



**DIPLOME
INTER UNIVERSITAIRE
SANTÉ, SOCIÉTÉ ET MIGRATION**

DE LA HAINE, A LA PEINE ...VOIR A LA PAIX

Mettre des mots sur l'ALTERITE

pour améliorer les relations de soins à domicile

dans un contexte multiculturel



Mémoire du Diplôme inter-universitaire « Santé, société et migration »

Rédigé sous la direction de Arnaud BEAL

AWLISHIE Dominique

Année 2016-2017



UNIVERSITÉ
JEAN MONNET
SAINT-ÉTIENNE

Université Claude Bernard



Lyon 1

DE LA HAINE, A LA PEINE ...VOIR A LA PAIX

Mettre des mots sur l'ALTERITE

pour améliorer les relations de soins à domicile

dans un contexte multiculturel

Mots clés : Altérité, Soins à domicile, Migrants, Personne âgée, Relation soignant-soigné

Les soignants sont en permanence confrontés à l'altérité de celui qu'ils soignent. C'est le propre du soignant de « migrer » d'un Autre à l'autre, d'un malade à un autre, d'une pathologie à l'autre, d'un environnement à un autre, d'une émotion à une autre ...

Qu'est-ce qui fait que cette personne qui a choisi de faire son métier le « prendre soin de l'autre » dit à un moment donné « Stop celui-ci je ne le comprends pas » ?

REMERCIEMENTS

A Arnaud Beal, pour m'avoir ouvert la voie vers l'Altérité et guidée pas à pas vers cet écrit final.

A Ousmane, qui depuis son arrivée en France en juin 2012 me fait vivre de mois en mois les espoirs et désespoirs de celui qui quitte sa terre natale pour une vie meilleure.

A Christelle Dhoye, ma chère collègue de travail, garde-fou dans mes élans altruistes souvent égocentrés

A toutes mes collègues du SSIAD, avec qui j'ai grandi, appris, échoué, réussi ... dans l'apprentissage de la relation avec l'Autre, patient, famille, pairs, ... et avec qui j'ai toujours du plaisir à Etre ...

A mes enfants, métissés, qui au quotidien m'aident à concrétiser les pensées de tolérance ...

A mon mari, migrant par Amour ..., qui me supporte chaque jour ... et vit son étrangeté, sa différence comme un combat et aussi comme une fierté.

A mes parents, qui m'ont appris « l'ouverture d'esprit » ... mon cher papa décédé pendant la rédaction de ce mémoire.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I - Présentation du SSIAD de la Mutualité d'Annecy	4
1. La structure et son évolution.....	4
2. Les spécificités du soin à domicile	6
3. La qualité des soins.....	9
II - Questionnement et méthodologie	11
III – Les formes d'Altérité dans la relation de soins	12
1. Définition de l'altérité et des relations intergroupe	12
2. Spécificité de cet Autre migrant dans les soins : soignant ou soigné	13
3. Spécificité de cet Autre âgé, en migration temporelle.....	18
4. Soignant face à cette altérité dans les soins = soignant en migration	20
5. Spécificité de notre propre étrangeté : chemin vers la liberté relationnelle.....	24
IV – Faire de l'altérité une force dans la relation de soins.....	25
1. Se décentrer en identifiant ce qui fait notre propre étrangeté	25
2. Devenir un ignorant attentif aux autres, et plus encore à soi-même.....	25
3. Etre conscient de nos similitude... ..	26
4. Décliner nos appartenances pour permettre à l'Autre de puiser des ressemblances	27
5. Eviter la culturalisation de l'Autre.....	28
6. Agir sur les discriminations	29
CONCLUSION	30
Bibliographie	32

INTRODUCTION

Début 2016, l'arrivée massive de migrants en Europe fait l'actualité. Sur mon lieu de travail, le SSIAD¹ de la mutualité d'Annecy, les réflexions de rejet fusent de la part de certains soignants. En moi naît un sentiment de malaise. Il me semble impossible d'être à la fois un soignant attentionné et une personne xénophobe. L'idée d'un nouveau projet professionnel émerge, pour cela une formation me semble indispensable. Elle théoriserait mon expérience de bénévolat réalisée en 2013 et 2014 au sein d'une équipe d'accueil de demandeurs d'asile.

Dans ce contexte, je découvre au printemps 2016 l'existence de ce DIU Santé, Société et Migration et aussitôt je m'inscris avec enthousiasme. Il est temps pour moi de me donner de la peine pour comprendre ce qui me bouleverse ainsi, ce qui devient douloureux, ce qui me fait tant de peine. Les deux occurrences du mot « peine » renvoient chacune à deux significations différentes, à savoir travail/effort et tristesse/mal-être, reflet de mon état d'esprit tout au long des huit modules de ce DIU.

La réalisation du mémoire ne me tracasse pas outre mesure, j'ai été confrontée à cette épreuve ... en 2012 dans le cadre d'un DU Management des soins et des équipes. Les équipes ... parlons-en ... en tout cas des miennes ... j'ai la chance d'encadrer deux équipes soignantes : une composée de six et une autre de cinq aides-soignants ... Ensemble nous prenons soins de trente patients. Ce sont certains de ces collègues que j'évoquais plus haut ... tous investis, attentionnés, soucieux du bien-être du patient, à l'affût des signes d'épuisement des aidants, capables d'échanger en équipe sur des situations complexes rencontrées, de mesurer le bénéfique/risque et d'adhérer aux décisions prises en commun. Mais pour certains lorsqu'on aborde l'actualité, leur position est : « On ne peut pas accueillir toute la misère du monde !! » ou « Nous pendant la deuxième guerre mondiale, on est resté chez nous... » Ces mots font monter en moi colère, tristesse, sentiment d'impuissance ... voir de haine ...

¹ Service de soins infirmiers à domicile

Rapidement je crois avoir trouvé une question de départ pour ce travail de réflexion : « Est-il possible de modifier le rejet du migrant dans une équipe de travail ? ». Mais Arnaud BEAL, mon directeur de mémoire me précise rapidement avec beaucoup de diplomatie : « A mon avis c'est une question trop précise et trop orientée à priori. ». Les trois premiers modules de formation me permettent de prendre du recul. Je prends conscience que sans parler des migrants de Calais, nous vivons au quotidien des spécificités relationnelles avec nos patients en lien avec la problématique de migration. Nombreux sont les patients d'origine italienne, espagnole, algérienne mais nous avons ou avons eu aussi en soin des patients portugais, marocains, serbes, turques, chinois, ... Je me dis alors qu'il se peut qu' « en décortiquant ces situations, nous puissions mettre des mots sur nos ressentis et ceux de ces patients et de leur famille et ainsi modifier notre entrée en relation de soins Et par là-même faire bouger les limites de nos pensées à tous.»

A la fin des six premiers modules de formation et suite à de nombreuses lectures : livres, web, quotidiens ..., ma pensée a évolué. Tout d'abord, j'ai compris que la catégorisation était humaine et qu'elle était à l'origine de stéréotypes, préjugés et discriminations ... que les relations intergroupes étaient de nature à créer des inégalités et des conflits ... En ajustant mon regard et mon écoute, j'ai pris conscience du poids de la politique et des médias sur l'activation du rejet du migrant. Comment des visions politiques pouvaient à leur manière aborder sous un angle différent la question de l'accueil de l'étranger et influencer chacun de nous. Les cours abordant anthropologie, ethnologie et sociologie, m'ont permis de comprendre sous un autre angle le rapport à l'autre dans notre société actuelle et de réfléchir sur la différence entre interculturalité et transculturalité. Les modules sur l'approche psychopathologique de la migration et l'ethnopsychiatrie m'ont fait prendre conscience de la spécificité de mes patients migrants âgés et permis de mieux comprendre les difficultés relationnelles vécues par les équipes de soins.... Enfin au sein même de l'équipe de soins les origines sont diverses, savoyard, berbère, parisien, italien, espagnol, chrétien, musulmans, jeune adulte, trentenaire, quinquagénaire, se côtoient. L'identité personnelle et sociale de chacun est à prendre en compte dans le travail en équipe.

Après avoir lu JC Metraux « Nous sommes tous en migration qu'elle soit dans l'espace ou uniquement dans le temps » et échangé avec Arnaud BEAL sur le rapport à l'Autre... je décide de m'intéresser aux représentations des acteurs de ce contexte de soins, à savoir, les patients, les familles mais aussi les professionnels. Notamment aux représentations de certaines formes d'altérité, origine, âge, sexe, ... en quoi elles peuvent-êre un frein à l'entrée en relation de soin et quels sont les leviers pour faire de cette l'altérité une force dans les soins à domicile ?

I - PRESENTATION DU SSIAD DE LA MUTUALITE D'ANNECY

1- La structure et son évolution

Ce Service de Soins Infirmiers A Domicile a été créé en 1983. Il a débuté avec 6 salariés et 25 patients. Il s'est progressivement agrandi pour aboutir à ce jour à 41 salariés et 115 patients. D'une équipe de soins nous sommes passés à 2 puis 4 et aujourd'hui il existe 5 équipes plus une équipe ESA². D'autre part en 2002, la répartition géographique des SSIAD de Haute-Savoie a été revue par l'ARS³ et de semi-rural, nous sommes passés à un SSIAD 100% urbain. D'une population homogène, majoritairement savoyarde, à laquelle la plupart des soignants pouvaient s'identifier, nous sommes passés à une population uniquement citadine, bourgeoise dans certains quartiers et d'origines sociales et culturelles diverses dans d'autres.

Comme tous les SSIAD, les missions et conditions de fonctionnement sont régies par le décret du 25 juin 2004⁴. Notre capacité et notre budget sont soumis à l'autorisation de l'ARS (Agence Régionale de Santé). Les interventions à domicile se font sur prescription médicale et sont prises en charge par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Notre gestionnaire est la Mutualité des Savoie. En 2011, une fusion des Mutualités Françaises de Savoie et de Haute-Savoie a eu lieu, avec l'arrivée d'un nouveau directeur. D'une ambiance plutôt familiale, nous sommes passés à une dimension d'entreprise d'une tout autre envergure, avec des objectifs à atteindre. Parallèlement, la loi 2002.2 relative aux droits des malades impose la mise en place de nouvelles normes : livret d'accueil, groupe d'expression des usagers, évaluation externe, ... et règlement de fonctionnement. Ces changements fragilisent les équipes qui ont l'impression qu'on leur demande toujours plus d'efforts et que la reconnaissance est loin d'être proportionnelle que ce soit financière ou de la part des usagers de plus en plus exigeants.

C'est dans ce contexte de soins chaotique que la société évolue avec l'arrivée de soignants d'origines diverses. Sur les 38 salariés soignants, nous comptons : 3 migrants venus respectivement du Cameroun, Algérie et Maroc. 9 soignants issus de la première génération

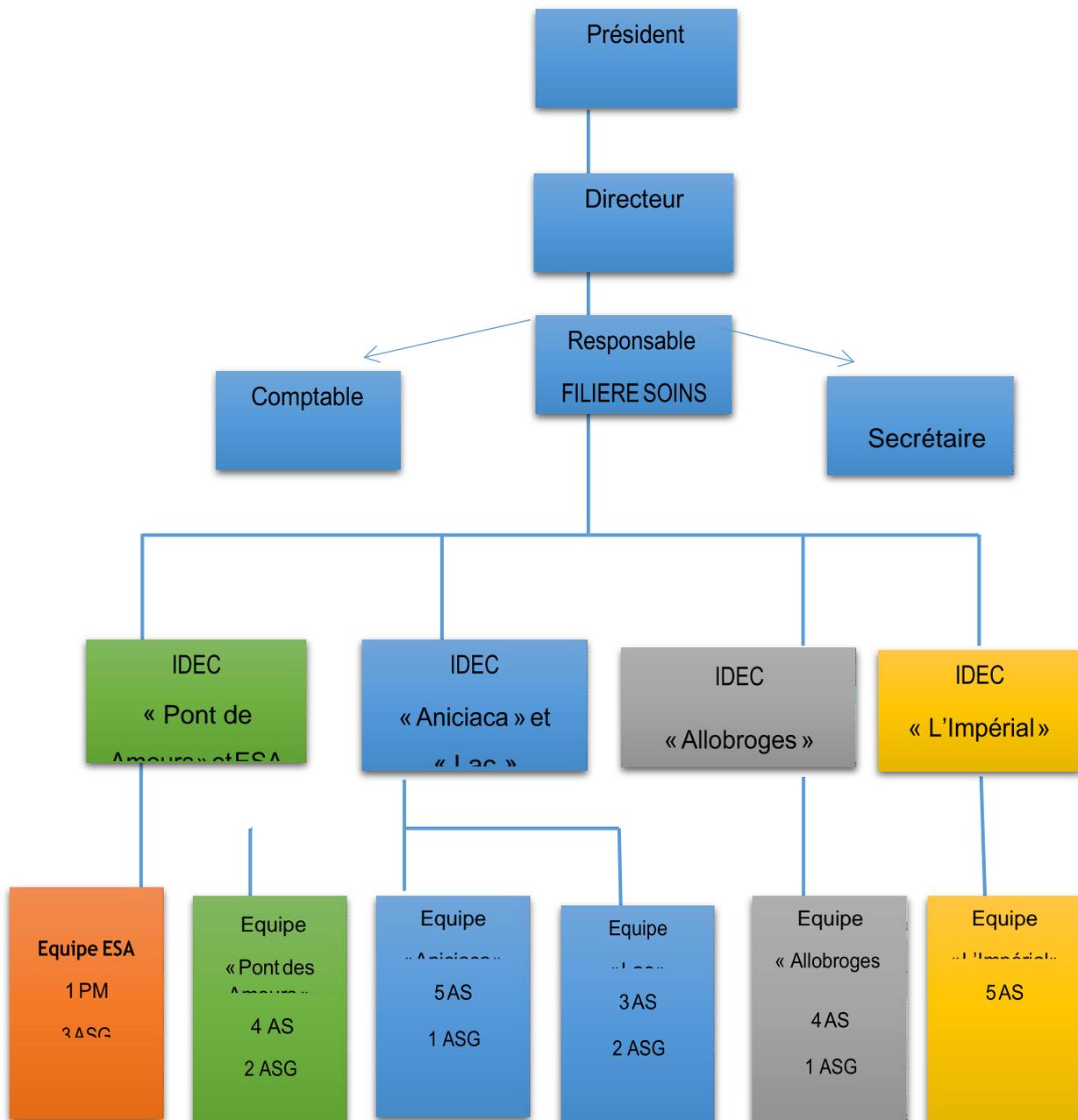
² Equipe Spécialisée Alzheimer

³ Agence Régionale de Santé

⁴ Décret no 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile

post migration : 1 italien, 3 espagnols, 2 portugais, 2 algériens, 1 ukrainien soit 24%. Cette mixité demande elle aussi une capacité d'adaptation, ne serait-ce qu'au cours des moments festifs où il devient indispensable de « faire l'effort » d'identifier la quiche aux lardons et la tourte au saumon pour les 3 collègues musulmans ...

L'organigramme du SSIAD :



Je suis donc l'infirmière coordinatrice (IDEC) des équipes ANICIACA et LAC. Elles comptent respectivement six et cinq aide-soignants. Chacune comprend des ASG , assistants de soins en gérontologie, spécialisation AS. La première équipe prend soin de 29 patients et la seconde des 115 patients, elle est dite « volante » et remplace les AS sur les quatre secteurs.

Chaque jour est prévu un temps de transmissions de 20 mn en fin de matinée, toutes les trois semaines une réunion d'équipe d'1h30 permet d'aborder les situations plus complexes. Une analyse de la pratique est également réalisée par groupe de douze à raison de quatre fois par an. Tous ces temps d'échange permettent à chacun de se ressourcer, d'approfondir les situations de soins complexes et de prendre des décisions en commun.

2- Les spécificités du soin à domicile

Le SSIAD assure au domicile des patients, sur prescription médicale, la réalisation de tous les soins infirmiers.

Sa capacité est de 104 personnes âgées dépendantes et 11 personnes de moins de 60ans présentant un handicap ou atteintes de pathologies chroniques.

Les soins infirmiers d'hygiène et d'accompagnement sont réalisés par les aides-soignants encadrés par l'infirmière coordinatrice et les soins techniques sont délégués par celle-ci aux infirmières libérales sous convention. Un patient peut bénéficier de un à cinq passages par jour pris en charge par le SSIAD, à raison d'une fois par semaine à sept jours sur sept pour les patients les plus dépendants et/ou isolés.

La moyenne d'âge de nos patients est de 83 ans. La durée de prise en soins va de un mois à 10 ans. Pour les soignants, ces soins chroniques sont dans certains cas source de lassitude, en lien avec la routine et bien sûr avec le lien de confiance plus ou moins facile à instaurer et à conserver suivant les situations. Les patients migrants, nés étrangers à l'étranger, représentent 33 %. Parmi ce groupe de patients migrants, les nationalités les plus représentées sont italiennes 50% et espagnoles 20%, mais certains sont serbes, chinois, algériens, portugais, turques ...

La perte d'autonomie et l'approche de la mort communes à la majorité de nos patients sont sources de souffrances psychologiques à la fois pour eux et pour leur famille.

Les soignants ont à faire face à des situations de crise au sein du couple, de la fratrie dans lesquelles ils sont parfois pris à partie. Une capacité d'adaptation est sans cesse nécessaire car chaque situation de soin est spécifique et fait plus ou moins écho à l'histoire personnelle de chacun. L'identité et les représentations sociales de chaque soignant influencent la relation de soins.

Le rôle de l'infirmière coordinatrice est d'organiser la prise en soin, d'accompagner à la fois les usagers et l'équipe soignante dans une relation de soins optimale. Avec pour objectifs d'une part, le bien-être physique et psychologique du patient et de sa famille et d'autre part, la satisfaction d'un accompagnement réussi pour l'ensemble de l'équipe. Cette source de reconnaissance pour les soignants est ainsi définie par Christophe Dejours, psychiatre, professeur de psychologie français : « Rétribution morale symbolique en contrepartie de sa contribution à l'efficacité de l'organisation du travail, c'est-à-dire de l'engagement de sa subjectivité et de son intelligence »⁵. Reconnaissance primordiale pour un métier aussi ardu que celui d'aide-soignant et à la reconnaissance financière dérisoire.

Le fait d'intervenir au domicile du patient complexifie la tâche de l'IDEC⁶ et des AS⁷.

I. NONY, sociologue et formatrice à l'ETSUP (École Supérieure de Travail Social), développe la notion de domicile en la divisant en plusieurs dimensions. Elle énonce que « le logement participe à la construction de notre identité, de notre intégrité physique et morale, de notre vie privée, de nos secrets de famille et de notre intimité. »⁸

Même si nous, soignants, sommes « invités » par la famille en général à pénétrer dans le domicile, nous n'en sommes pas moins des intrus qui venons à la fois flouer cette intimité que représente le lieu d'habitation et imposer certaines de nos règles de fonctionnement qui pourraient porter atteinte à l'identité de l'autre. A chaque nouvelle prise en soins et à chaque évolution dans la perte d'autonomie, nous devons nous questionner sur nos choix, par exemple la mise en place de matériel adapté et sur l'impact de celui-ci dans la vie de l'Autre.

Cette réflexion se fait en équipe, elle est progressive, elle peut prendre des jours et des semaines avant d'aboutir. Elle est réalisée conjointement avec les familles et le patient, ces derniers ne sont pas forcément en accord.

⁵ DEJOURS Christophe « Le facteur humain » pp62

⁶ Infirmière diplômée d'état coordinatrice

⁷ Aides-soignants

⁸ CREAS (Centre de Recherche et d'Etudes en Action Sociale) – Manières d'habiter : qu'est-ce que le domicile ? – Séminaire du CREAS. - 23 juin 2011 – p.2.

Quoi qu'il en soit l'idec sera amenée à prendre la décision finale et parfois à l'encontre du souhait d'un conjoint ... Me vient ici en mémoire l'histoire de Mr et Mme D.

Mr D, 70 ans, vit avec son épouse, aidante principale depuis 29 ans, serbes tous les deux ... Il souffre d'une hémiplegie droite depuis 30 ans suite à un accident.

« Ils partaient en vacances dans leur famille à Belgrade avec leurs deux fils âgés de 8 et 6 ans nés en France, ils venaient juste de passer la frontière un poids lourd les percute... enfants indemnes, maman avec trauma crânien, papa dans le coma... rééducation en France... 1 an plus tard toute la famille est à nouveau réunie à la maison (en France) avec papa handicapé à 90 %... Madame prend tout en main, l'éducation des enfants, les soins auprès de Mr, la gestion de la maison et le travail en usine de 6h à 15h... »

En 2011, Mr fait un AVC⁹, à l'origine d'une hémiplegie gauche cette fois... Dépendance très lourde, Mme accepte que le SSIAD vienne tous les matins l'aider pour la toilette et le transfert au fauteuil.

A partir de 2015, le maintien en position debout de Mr est de plus en plus difficile Mai 2016, en réunion de transmissions, un aide-soignant remplaçant prend la parole. Il s'est occupé de Mr D ce matin en binôme comme d'habitude, avec une AS du secteur. Voilà un mois qu'il intervient régulièrement chez ce patient et il prend la parole, plutôt contrarié :

- « Franchement je ne comprends pas pourquoi vous vous obstinez à utiliser ce verticalisateur¹⁰, un lève-malade¹¹ serait tellement moins dangereux pour notre dos et aussi pour la sécurité de Mr »

- Idec : « C'est vrai ce transfert est à risque, mais Mme réalise de nombreux transferts seule dans la journée et on ne peut pas lui imposer un matériel plus compliqué à utiliser seule.

- « Oui mais un jour, le patient va tomber et on se fera tous mal ... »

- AS du secteur à son collègue : « Tu sais Mme D, ça fait des années qu'elle s'occupe de son mari, on se doit de prendre en compte ses habitudes. C'est impossible d'avoir les deux appareils, l'appartement est trop petit, la cpam¹² ne rembourse pas les deux et ils n'ont pas d'argent pour financer le vertic... Comment lui imposer ! ...»

- « Un jour y'aura un arrêt de travail, ils auront tout gagné ! ».

Quelques semaines plus tard, le changement de matériel a été décidé, soutenu par la kinésithérapeute de Monsieur D., accepté à contre cœur par Madame. Grande frustration pour Madame et colère vis-à-vis de l'idec qui « a privilégié les soignants et n'a pas tenu compte du bouleversement occasionné par ce changement pour elle et son mari ». Un an plus tard, cette même rancœur persiste ...

⁹ Accident Vasculaire Cérébral

¹⁰ Dispositif médical de transfert de la position assise à assise, nécessite un passage en position debout

¹¹ Dispositif médical de transfert de la position couchée à assise

¹² Caisse primaire d'assurance maladie

Ne pouvons-nous pas dire ici que l'histoire de vie de ce couple, sa singularité, leur appartenance à plusieurs exogroupes patient, migrant, n'a pas suffisamment été pris en compte par notre équipe ? L'idée que je suis, n'aurait-elle pas pu agir autrement afin d'éviter cette souffrance psychologique vécue par Mme D. ? Reconnaître davantage l'isolement de cette épouse, son parcours d'exil, ... lui aurait-il permis de mieux accepter ce changement ?

3- La qualité des soins

La qualité des soins est notre souci permanent. Notre service a fait l'objet d'une évaluation externe en 2015. Et la mise en place des documents stipulés dans la loi 2002.2 a été soigneusement effectuée. Ainsi nous pouvons lire dans le règlement de fonctionnement du SSIAD signé à la fois par les usagers et le service :

« Le principe éthique qui fonde les interventions du SSIAD et lie les membres de l'équipe est le respect des personnes :



La relation de soin est basée sur la relation de confiance. L'écoute, l'empathie et le professionnalisme facilitent un accompagnement de qualité.

Le service adhère à la charte qualité des établissements mutualistes et s'engage vis-à-vis de chaque usager à : l'accueillir, le respecter, lui permettre l'autonomie, lui donner la parole, lui préserver une vie sociale, .lui garantir un savoir-faire. »

D'autre part, la relation soignant-soigné trouve un cadre réglementaire dans le Code de la Santé Publique, plus précisément dans le décret n° 2004-802. En le parcourant, on peut d'ailleurs remarquer que les rédacteurs ont intégré une déontologie rejoignant des principes énoncés par la psychologie humaniste dans l'article R4311-2 :

« Les soins infirmiers [...] intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques, [...] dans le respect des droits de la personne, [...] et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.

Ce dernier est appuyé par l'article R4312-2 :

« L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille. »,

et par l'article R4312-25 :

« L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation. »

Mais quel sens ont tous ces mots dans notre quotidien professionnel ? Les mettons-nous en application ? Si oui de quelle manière ?

II - QUESTIONNEMENT et METHODOLOGIE

Dans ce mémoire, je m'interroge sur cette mise en altérité permanente vécue à la fois par les soignants entre eux et par la public soigné, à fortiori quand l'origine culturelle est différente. Les représentations de certaines formes d'altérité sont pour chacun d'entre nous le point de départ d'une entrée en relation. Dans ce contexte de soins n'est-il pas indispensable qu'on s'interroge sur nos représentations, en lien avec notre identité sociale pour permettre d'identifier notre propre étrangeté et mieux appréhender le rapport à l'Autre ?

La spécificité des soins à domicile complexifie la relation à l'Autre car celle-ci est imposée à chaque acteur, il ne peut donc pas faire le choix de l'éviter : le soignant doit entrer dans l'intimité du patient et ce dernier doit « accueillir », accepter cet étranger qui franchit la porte de ce qui représentait jusque-là une sécurité. Notons toutefois un objectif commun pour ces 2 groupes soignant et soigné : permettre le maintien à domicile du patient. Si on n'en croit JB Legal et S. Delouée « la poursuite d'un but commun atténuerait les préjugés »¹³. Nous pouvons essayer de comprendre pourquoi dans certaines situations de soins, l'intervention de l'équipe soignante au domicile n'est que soulagement, soutien moral et physique pour les usagers alors que pour d'autres cette « intrusion » dans la vie privée est plutôt une contrainte, une entrave à ce droit d'être « maître chez soi ». En mettant des mots sur les différences qu'il existe entre chaque acteur du soin, arriverions-nous à mieux comprendre la complexité de certaines relations de soins ?

Tentée par la réalisation d'un questionnaire adressé conjointement aux soignants et aux patients migrants, j'ai rapidement abandonné l'idée. Je risquais d'obtenir des réponses de complaisance de la part des collègues qui me connaissent bien et concernant les patients, auraient-ils osé dire le fond de leur pensée sans risquer d'être jugés ?

J'ai ainsi fait le choix, avec l'aide de mon directeur de mémoire, de partir de situations vécues en sillonnant mon expérience d'idec. Dans un premier temps, à partir d'un certains nombres de vignettes cliniques, je vais essayer de décortiquer la relation à l'Autre, ce qu'elle a d'étrange et de conflictuel. Pouvoir ainsi mettre des mots, faire des liens sur ce qu'on a jusque-là juste identifié comme étant des situations de soins complexes. Puis dans un deuxième temps, je vais tenter de décrire des savoir-faire et savoir être recueillis au cours de mes lectures et des huit modules du DIU.

¹³ Stéréotypes, préjugés et discrimination - JB LEGAL S DELOUVEE, DUNOD, 2008

IV - LES FORMES D'ALTERITE DANS LA RELATION DE SOINS

1- Définition de l'altérité et des relations intergroupes

Le mot provient du latin « alteritas » qui signifie différence. L'altérité est le caractère, la qualité de ce qui est autre. C'est aussi la reconnaissance de l'autre dans sa différence, qu'elle soit ethnique, sociale, culturelle ou religieuse.

Le contraire de l'altérité c'est l'identité. C'est grâce aux points de comparaison que l'on peut faire en observant les autres que l'on peut décrire qui l'on est et ainsi s'affilier à des groupes d'appartenance.

Chacun d'entre nous se décrit comme appartenant à un ou plusieurs groupes, choisis ou imposés et chacun va être décrit par l'autre comme membre de tel ou tel groupe. A partir de là des relations intergroupes se créent. Elles peuvent être des relations de coopération, de compétition, de domination.

Dire de l'Autre qu'il appartient à tel groupe c'est le catégoriser. Cela permet à l'homme de simplifier la réalité. Nos ressources cognitives sont limitées, sans cette catégorisation sociale, il nous faudrait trop de temps pour gérer les informations et agir.

Pour décrire un autre groupe, on utilise les stéréotypes, ils peuvent être positifs ou négatifs. Le stéréotype est une croyance, il peut être à l'origine de préjugés et de discrimination.

Ces stéréotypes sont véhiculés par les membres de notre propre groupe, par des blagues mais aussi par les médias ... « Moscovici (1961) accordait une place capitale à la communication dans la dynamique des représentations sociales. Il a notamment montré, à travers différents modes ou système de communication (diffusion, propagation, propagande), comment les médias participaient à la construction de modèles d'interprétation qui nous permettent d'organiser, d'évaluer et de juger les événements sociaux de notre environnement. »¹⁴

Faisons ici le lien, entre l'actualité, à savoir l'afflux migratoire et la campagne électorale pour la présidentielle. Tous deux alimentent grandement les journaux télévisés et confortent chacun dans ses propres représentations sociales, accentuant davantage les différences entre Eux et Nous. La répercussion dans la relation de soin est inévitable, que ce soit entre collègues, ou de

¹⁴ Aline Valence, Nicolas Roussiau, « "L'immigration et les droits de l'Homme dans les médias : une analyse représentationnelle en réseau" », Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale 2009/1 (Numéro 81), p. 41-63.

la part des patients vis-à-vis des soignants et vice-versa comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

2- Spécificité de cet Autre migrant dans les soins : soignant ou soigné

VIGNETTE 1 : *Mme A, 65 ans, portugaise, francophone, vit en couple*

Elle est arrivée en France à l'âge de 18 ans. Son mari est un entrepreneur portugais toujours en activité. Son fils est son aidant principal, il gère le quotidien de 7h à 19h. Sa fille vit au Portugal.

Elle est alitée 22 heures sur 24, est atteinte d'une insuffisance cardio-respiratoire, sous oxygène 24h/24, diabétique insulino-dépendante, a été amputée de la jambe droite, est porteuse d'une sonde urinaire et souffre d'une dépression et d'une obésité morbide.

Les AS passent tous les matins chez Mme A pour la toilette au lit et si l'état général le permet assurent le transfert au fauteuil. Ce soin complexe est physiquement lourd pour les aides-soignantes et psychologiquement difficile. Les infirmières libérales interviennent trois fois par jour au domicile de Mme A et se plaignent d'un manque de communication entre la patiente, la famille et elles, d'un manque de réactivité quand les problèmes arrivent. Tous ces intervenants déplorent les échanges mère-fils toujours fait dans la langue maternelle : le portugais. « On ne sait pas ce qu'ils disent, ils pourraient quand même nous respecter et faire en sorte qu'on comprenne puisqu'ils parlent tous les deux le français ; on a l'impression d'être des objets dans ces moments-là !!! ».

La douleur étant croissante et difficile à calmer le médecin de l'HAD (Hôpital A Domicile) a été sollicité par le généraliste pour une visite à domicile. Voici le compte-rendu du médecin hospitalier fait par téléphone à l'IDEC: «L'échange a été difficile, Mme a refusé de s'asseoir pour nous parler, elle regardait le mur et nous avons dû tirer le lit et nous faufiler à ses côtés ; le mari a tout juste répondu à nos questions et le fils était en retrait

... Que voulez-vous qu'on fasse ? ... une hospitalisation en psychiatrie me semble la seule décision plausible ... mais le couple ne veut pas ... et de toute façon aucun service de psychiatrie ne voudra de cette patiente trop dépendante physiquement... Une prise en charge HAD sur quelques semaines n'aurait aucun sens/...

.../... Je vais préconiser au médecin traitant la mise en place de morphine administrée en goutte avant le nursing, la poursuite du fentanyl (antalgique palier3) et la prescription d'un antidépresseur. Il faudrait qu'elle se lève davantage, au moins deux fois par jour et faut arrêter de lui donner à manger !! En la voyant ma première pensée a été « on dirait une baleine échouée ! »

Le médecin généraliste connaît Mme A depuis son arrivée en France, il montre beaucoup d'empathie pour elle, lui fait la bise en arrivant, l'appelle par son prénom, lui tapote sur l'épaule en disant : « Ca va aller ... » d'un ton rassurant. La patiente retrouve le sourire. A distance de la patiente, il dit son impuissance face à cette situation, il évoque la gentillesse et le courage de cette femme qu'il connaît depuis longtemps. On peut percevoir dans son regard et dans le ton de sa voix qu'elle est une patiente à laquelle il s'est attaché.

L'époux aussi a peur de l'hospitalisation, il me confie un jour, les yeux plein de larmes : « Vous savez à l'hôpital les gens ne sont pas toujours gentils, On nous prend pas au sérieux. Vous savez le racisme c'est dans tous les pays pareils ! Moi j'ai voyagé et j'ai bien vu ! Tout ce que j'aimerais c'est qu'on soit gentil avec ma femme ! »

Dans cette vignette 1, l'Autre, celui qui est étrange, est problématique pour les acteurs du soin à domicile : aides-soignants, infirmière libérale, médecin hospitalier, ... Seul le médecin traitant qui connaît la patiente depuis 30 ans ne semble pas évoquer de différence. Est-ce à dire que le fait de se côtoyer depuis des années, d'être proche annule la différence culturelle ? Pour ce qui est de la patiente, l'Autre, c'est celui qui lui fait peur, à qui elle refuse de s'adresser directement ; ni oralement en parlant dans une langue qu'il ne comprend pas, ni non-verbalement en choisissant d'être tournée vers le mur, visage fermé. Pour elle l'Autre, c'est celui qui fait partie du groupe soignant autochtone, groupe qui la repousse dans son appartenance au groupe patient étranger. D'ailleurs quand l'hospitalisation lui est proposée, le refus, les larmes, la détresse les envahissent elle, son mari et son fils, ceux de son groupe. L'hospitalisation représente pour eux une plongée dans le monde sans pitié de cet Autre soignant autochtone, c'est « lâcher la main » de la sécurité que représente son domicile.

Le médecin traitant l'a bien compris, c'est difficile pour lui de prendre cette décision même si elle représente une potentielle amélioration de l'état de santé de sa patiente. Allport en 1954

a proposé « la théorie de l'hypothèse du contact, qui postule que le contacte augmente notre connaissance et notre compréhension des autres, ... »¹⁵. Ce médecin qui a vu cette patiente devenir maman, s'inquiéter pour ses enfants quand ils étaient malades, se battre contre ses propres problèmes de santé depuis des années ne pourra jamais la voir comme une « baleine échouée » ... Une des conditions proposée par Cook en 1978 pour que cette théorie s'applique est : « la situation de contact doit amener les individus à se considérer comme tels et non comme de simples représentants d'un groupe stéréotypé ». Mme A est pour le docteur une patiente unique avec sa propre histoire de vie. Ce médecin généraliste représente pour Mme A celui en qui elle a donné sa confiance depuis son arrivée en France.

Le médecin hospitalier n'est pour elle qu'un membre du groupe soignant autochtone et elle n'est pour lui qu'une patiente qui par son refus de soin et d'échanges met en avant son altérité. La théorie de l'autocatégoriesation ne prend-elle pas son sens ici ? « Selon Turner nous pouvons nous catégoriser à plusieurs niveaux d'abstraction : comme des individus, comme des membres d'un groupe ou comme des êtres humains. »¹⁶ Dans cette relation conflictuelle médecin hospitalier – patient, le premier se sent attaqué dans son rôle et sa patiente devient alors étrangère aux normes des professionnels ; quant à la patiente, elle se sent elle aussi en danger. La relation d'individu à individu se perd au profit de celle d'un membre du groupe soignant avec sa puissance face à un membre du groupe patient, étranger qui plus est, incompris qui refuse l'échange.

Remarquons également que les soignants disent se sentir « comme des objets » dans cette relation. En particulier lorsque la patiente et son fils parle entre eux en portugais, langue incomprise par le soignant. C'est une forme de mise en altérité extrême pour eux, ils ne sont plus reconnus dans leur rôle et leur présence perd son sens. On peut parler de réification pour le soignant. Pour les usagers, n'est-ce pas une façon de garder le pouvoir chez eux ? Mais aussi leur identité sociale que tous semblent nier en cherchant à imposer une organisation dans ce domicile qui est le leur. A. Chaouite explique que « plus les rapports de l'étranger sont conflictuels avec le nouveau lieu, plus ce dernier lui dénie sa singularité, et plus il pourra se réfugier dans ses anciens modes de dire et de voir »¹⁷

¹⁵ LEGAL et DELOUVEE Stéréotypes, préjugés et discrimination Dunod 2013, p96

¹⁶ AZZI et KLEIN psychologie sociale et relations intergroupes, Dunod 2013, p71

¹⁷ CHAOUITE Abdellatif L'interculturel comme art de vivre, L'harmattan 2015,p28

Vignette 2 - Mme B, 87 ans, veuve sans enfants, espagnole, vit seule

Née en Algérie, papa militaire décédé avant sa naissance, sa maman la confie bébé à sa Mère qui vit en Espagne ; à l'âge de 8 ans la maman réapparaît et la ramène avec elle en Algérie dans sa nouvelle famille où elle sera la « bonne à tout faire » ... A 18 ans elle tombe amoureuse d'un militaire français, se marie et vient vivre en France. Ils n'auront pas d'enfants. Elle explique qu'elle a toujours été très casanière car avec son fort accent espagnol ce n'était pas facile d'aller vers les autres

Les aides-soignantes interviennent tous les jours chez cette patiente qui souffre d'arthrose des genoux et se déplace en fauteuil roulant. Le lien de confiance créée avec les AS n'est pas le même pour tous ... Avec José, hispanophone : un lien particulier existe. Avec Léa, Chloé, Florence, Francine, la confiance est établie. Avec Julie, embauchée depuis 4 mois, les preuves sont encore à faire. Mais avec Fatiha et Mourad, la relation est compliquée.

Fatiha explique : « Je ne comprends pas, j'ai l'impression qu'elle ne m'aime pas ... et J'avoue moi j'y vais à reculons ... Je suis mal à l'aise ... » Mourad essuie des réflexions du type : « Ah vous êtes à l'heure pour une fois ! D'habitude vous êtes toujours en retard ! » Fatiha et Mourad ont en commun une origine algérienne et Fatiha, musulmane, a fait le choix de couvrir ses cheveux.

Cette vignette 2 met en évidence que le soignant en mettant involontairement son altérité en avant par son faciès, son prénom ou volontairement par le port du voile peut lui aussi être discriminé par le patient migrant vieillissant. Y a-t-il un lien à faire avec l'histoire de vie de Mme B ? Peut-on dire qu'il ne suffit pas d'avoir souffert de son « étrangeté » pour accepter l'Autre dans sa différence ? Pouvons-nous dire que les soignants sont ici victimes de leurs origines migratoires ? Que celles-ci complexifient le savoir-être du soignant ?

Tout d'abord je voulais citer Abdellatif Chaouite : « L'altérité est constitutive de la langue et de l'identité linguistique »¹⁸ Dans cette vignette, on voit bien comment la langue maternelle et la non maîtrise de l' « autre-langue » sont respectivement à l'origine d'un effacement et d'une mise en avant de l'altérité. Si José n'était pas hispanophone, seule son origine

¹⁸ CHAOUITE Abdelattif « L'interculturel comme art de vivre » p67

espagnole n'aurait probablement pas suffi à créer cette relation de soin source d'apaisement pour la patiente. Et cet accent prononcé représente pour Mme B. une barrière permanente dans sa relation avec autrui. La spécificité de cette patiente est son appartenance à trois territoires distincts : l'Espagne où elle a été aimée et s'est construite grâce à sa grand-mère, l'Algérie où elle est née, a été abandonnée aussitôt puis exploitée de 8 à 18 ans, la France où elle s'est créée un chez soi sécurisant avec un mari aimant. L'histoire de vie de Mme B fait son identité et a forgé ses représentations sociales. Ses préjugés sur le groupe «maghrébin » influencent aujourd'hui la relation de soin. Nous pouvons même parler de discrimination vis-à-vis de Fatiha et Mourad. Pour parvenir à une relation de confiance, un professionnalisme irréprochable serait-il suffisant ?

Concernant l'influence des origines du soignant sur la relation soignant-soigné, sans aucun doute elle peut aussi être positive. Il est courant de voir un lien particulier se créer entre un patient parisien, venu passer sa retraite à Annecy et un soignant né à Paris, venus s'installer à la montagne : partage d'expressions, d'un accent, de connaissances communes, ... du sentiment de l'appartenance à un même groupe, dominant qui plus est. Dans ce cas, tous deux choisissent l'appartenance qui les relie pour faciliter la relation et mettent en deuxième plan leur appartenance respective au groupe patient âgé et soignant à domicile. Là encore la théorie de l'autocatégorisation évoquée plus haut semble s'appliquer.

Comme nous l'avons vu plus haut, l'origine du soignant peut faire l'objet d'un rejet du patient : il est parfois difficile pour un patient « pied noir » d'accepter d'être pris en soin par un soignant algérien, ou pour un patient savoyard d'être soigné par un soignant d'Afrique subsaharienne. Dans une étude sur la diversité culturelle à l'hôpital, on peut lire : « Les professionnels de santé disent la (la discrimination des patients à l'égard des soignants) subir quotidiennement, sous la forme d'une remise en cause de leur compétence ou de refus de soin, par exemple. C'est ce qu'ils appellent le « racisme ordinaire ». Le plus souvent, le personnel médical et paramédical banalise ces attitudes et propos racistes en les justifiant par l'asymétrie de la relation de soin : le patient est âgé, malade, fragile et il est donc excusé. Les soignants font le plus souvent abstraction de ce racisme pour pouvoir faire leur métier et soigner tous les patients. »¹⁹ Cependant si aucun mot n'est mis sur cette non-reconnaissance dans un métier aussi difficile que celui de soignant, on peut craindre un épuisement

¹⁹ La « diversité » à l'hôpital : identités sociales et discriminations - étude de l'Ifri, C. Bertossi et D. Prud'homme

professionnel. Celui-ci peut se manifester par des comportements non adaptés de la part du soignant : incapacité à rester à l'écoute des besoins du patient, à perpétuer la cohésion d'équipe, sentiment grandissant d'injustice, de mal-être pouvant aller jusqu'à l'arrêt maladie.

3- Spécificité de cet Autre âgé, en migration temporelle

Dans ce chapitre, nous quittons provisoirement la notion de migration territoriale pour à la fois entrer dans la migration temporelle et sociale. Métraux, dans son livre « La migration comme métaphore » nous aide à prendre conscience que nous sommes tous des migrants, que nous sommes tous amenés à passer d'un groupe à un autre, voir d'un monde à l'autre.

Concernant les patients d'un SSIAD, ils vivent tous la double contrainte de la vieillesse et de la dépendance. Leur groupe d'appartenance est celui de la personne âgée dépendante et leur entourage appartient au groupe des aidants. Exit le niveau de formation, la classe sociale, l'origine culturelle,... son identité se définit par sa perte d'autonomie. Ceux qui ont eu l'idée judicieuse de laisser leur photo de mariage sur les murs de leur chambre nous aident à ne pas oublier qu'ils ont migré d'un état de jeunesse, de beauté, de fierté à cette image qu'ils renvoient aujourd'hui : peau fripée, cheveux gris, sourire édenté, incontinence et perte d'estime de soi.

Pour ce qui est de la prise en compte de l'identité sociale, tout se complique. L'identité sociale, telle que la définit H. Tajfel est « la partie de soi qui provient de la conscience qu'à l'individu d'appartenir à un groupe social (ou à des groupes sociaux), ainsi que la valeur et la signification émotionnelle qu'il attache à cette appartenance »²⁰

Dans la vignette 3, nous observons combien il est complexe pour un patient du ssiad et pour son entourage de revendiquer cette identité sociale. L'entrée dans la dépendance est une réelle migration dans un nouveau monde.

²⁰ Psychologie sociale et relations intergroupes p66 AZZI et KLEIN, Dunod 2013

Vignette 3 Mr B, 92 ans, atteint de la maladie de Parkinson, vit en couple

Inspecteur des impôts en retraite, dépendant pour tous les gestes de la vie quotidienne et aphasique, il est très entouré par une épouse aimante, respectueuse et d'une exigence sans faille vis-à-vis de tous ceux qui prennent soin de son mari. Elle guette tous les faits et gestes des soignants, cherche à imposer le mode d'utilisation d'un appareil de transfert, contrôle l'évolution d'une plaie, intransigeante sur la durée du soin, insiste sur l'importance de le faire marcher, de préserver sa continence et explique avec force détails la distance relationnelle à avoir vis-à-vis de son mari. L'équipe se sent dominée, non reconnue dans sa

Les soignants auraient aimé prendre soin de ce patient, comme ils le font avec les autres, créer une relation de confiance et une complicité avec l'aidant. Cela supposait « seulement » que cette épouse se fonde dans la masse des aidants naturels et accepte que son époux intègre le groupe des « dominés » que représente celui des patients âgés dépendants, qu'elle ne devienne pas elle aussi une « étrangère aux normes des professionnels ». Tout à coup je me rends compte, qu'il m'était plus facile d'admettre cet état de fait vis-à-vis du patient migrant. Mon appartenance au groupe « pro-migrant » et à celui « contre les inégalités sociales » l'explique sans doute. Ce pouvoir que représente cette femme par son appartenance au groupe « dominants » des plus aisés a fait resurgir en moi et en chacun des membres de notre équipe un sentiment d'injustice.

Je pense que la théorie de la dominance sociale proposée par Sidanius et Pratto en 1999, peut être une explication à cette situation de soin complexe. En effet la famille de Mr B adhère probablement à l'idée d'une hiérarchie entre les groupes sociaux. Son épouse était à la tête d'une équipe de vendeurs, elle aime l'évoquer et rappeler que pour se faire respecter il n'était pas question de tutoyer le personnel. Elle se comporte avec l'équipe soignante comme elle le faisait avec ses employés.

En analyse de la pratique, la psychologue m'a conseillé de me mettre en « fausse position basse » vis-à-vis de Madame B pour éviter le conflit de pouvoir. En ce qui me concerne,

j'adhère davantage aux mythes qui atténuent la hiérarchie sociale : universalisme, multiculturalisme, ... Comment faire en sorte que la prise en soins de ce patient soit possible ?

Je comprends toutefois mieux suite à cet exemple comment une appartenance à un groupe social peut être un frein à l'acceptation de la différence de l'Autre.

4 Soignant face à cette altérité dans les soins = soignant en migration

Les soignants sont en permanence confrontés à l'altérité de celui qu'ils soignent. C'est le propre du soignant de « migrer » d'un Autre à l'autre, d'un malade à un autre, d'une pathologie à l'autre, d'un environnement à un autre, d'une émotion à une autre ...

« L'accueillant/praticien a quotidiennement à composer avec son étrangeté toujours réactualisée quels que soient les codes socioculturels de la personne rencontrée. Son intervention et le savoir-faire qu'il doit mobiliser ne sont donc pas spécifiques à la situation de rencontre avec les personnes migrantes ou socialement étrangères. »²¹

Qui mieux qu'un soignant a cette capacité de recueillir ce qui est l'étrangeté de l'Autre ? Le recueil de données est le premier acte de soin d'un aide-soignant et/ou d'une infirmière, à fortiori en SSIAD. Qu'est-ce qui fait que cette personne qui a choisi de faire son métier le « prendre soin de l'autre » dit à un moment donné « Stop celui-ci je ne le comprends pas » ?

Vignette 4 - Mme O., 90 ans, turque non francophone.

Cette patiente vit chez sa fille, aidante principale. Les aides-soignants passent deux fois par jour à deux pour assurer les soins d'hygiène, et les transferts. Un cabinet infirmier intervient lui trois fois par jour pour la gestion du traitement et la mise en place de l'alimentation parentérale. Soit donc sept personnes qui entrent dans l'appartement chaque jour. .../...

²¹ Aurélie Bonneville et al., « Quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Éléments pour une rencontre de l'autre », Psychothérapies 2010/1 (Vol. 30), p. 3-9.

.../... Pour sa fille, il est normal, voir culturel, de se déchausser quand on entre chez quelqu'un. Elle n'a pas osé immédiatement en parler. Mais au bout de quelques jours, elle croit avoir trouvé la solution, elle propose d'acheter quelques paires de chaussons que chacun mettrait en arrivant... Les soignants ne comprennent pas : « On ne va pas se déchausser ! On ne peut pas nous imposer de telles traditions ! On n'a jamais fait ça ! Et puis ce n'est pas hygiénique, enfiler des chaussons mis au préalable par quelqu'un d'autre... »

La fille de Mme O n'a pas insisté, le service à réexpliqué les procédures d'hygiène en cours pour l'ensemble des patients et sous-entendu :

« Il n'est pas question de faire du cas par cas ! ».

Imposer aux soignants une façon de faire en matière d'hygiène, c'est remettre en cause leur compétence professionnelle. D'autre part le fait de se déchausser relève de l'intimité. Cet Autre demande à ce qu'on se rapproche de lui, la posture professionnelle semble s'effacer.

Dans le document de recherche en médecine générale intitulé « Sociologie et anthropologie », l'auteur a écrit « Dans les pays occidentaux, les patients dérangeants sont ainsi souvent : ceux qui empêchent les professionnels de garder une distance émotionnelle et /ou de mobiliser des savoirs normalisés, et ceux qui font ressurgir leurs vies sociales pendant les soins, et/ou qui revendiquent souvent sinon des savoirs, au moins une autonomie remettant cette fois directement en cause la suprématie, l'universalité des savoirs professionnels. »²²

On pourrait ainsi dire que cette proposition jugée comme « absurde » par les soignants, a fait monter en eux de la colère. Face à cette idée hors norme, c'est-à-dire en dehors des règles de notre service, voire même de la profession, ce patient et sa famille sont devenus dérangeants. C'est alors que son altérité culturelle est venue sur le devant de la scène et cet événement a été le tremplin vers le saut dans l'incompréhension de l'Autre. La migration du soignant vers la compréhension de ce qu'est l'Autre n'a pas pu se faire. On peut alors parler de rejet et nos représentations sociales du migrant, avec sa cohorte de stéréotypes et préjugés reprend le dessus.

²² SFMG le plaisir de comprendre Sociologie et anthropologie n°64 nov 2007

Vignette 5 : *Mme A, 62 ans, en couple, algérienne, tétraplégique*

Madame refuse l'intervention de soignants hommes pour ses soins d'hygiène. Cette exigence a été respectée au CH suite à son accident puis en SSR puis au SSIAD. Cela a des conséquences directes sur l'organisation des tournées, le déséquilibre de la charge de travail entre soignants homme et femme. La prise en compte de ce souhait est aujourd'hui source de conflit, de sentiment d'injustice, alimente une notion de privilège pour celui de culture différente avec un risque de frustration pouvant être à l'origine de propos discriminants. Notons que cette patiente met en avant son extrême pudeur et en aucun cas sa religion ou sa culture pour justifier

Il semble intéressant ici de voir à quel point ont été associés dès le début du parcours de soin spécificité culturelle et respect de la demande du patient au détriment de l'organisation des soins, des répercussions sur la relation soignant homme-femme, sur la relation équipe- idec et à moyen terme sur la relation soignant-soigné. Mme A a bénéficié du stéréotype sur les femmes musulmanes face auquel aucune institution n'a osé s'opposer, par peur de se voir jugée comme discriminante. Les divers responsables d'équipe qu'elle a croisé l'ont tous identifiée comme une Autre, appartenant à un exogroupe pour lequel ils associaient cette spécificité. D'autre part, Mme A ne maîtrisant pas les règles du groupe soignant autochtone, s'est autorisée à formuler cette exigence. Nous pouvons imaginer qu'une femme de culture française tout aussi prude que Mme A., élevée dans la toute-puissance du monde hospitalier, n'aurait jamais osé demander cela.

La question de l'éthique se pose alors. Devons-nous, soignants, continuer à imposer nos modes de fonctionnement, persuadés de leur légitimité ? Ou comme le dit Louis Roy dans « L'éthique médicale L'engagement nécessaire », « Un régime démocratique ... accorde une importance primordiale aux libertés individuelles. Mais la pluralité de conceptions du Bien pose des problèmes de coordination dans l'espace public, elle est une source très importante de conflits. »

Vignette 6 : Mme B. 89 ans, vit seule, souffre de la maladie d'Alzheimer et d'un état dépressif

Elle vit dans un appartement de 90m2 avec 2 chambres et deux salles de bain. Elle vient d'accepter d'héberger un couple de Kosovar demandeurs d'asile pour quelques nuits.

Ce matin elle est fière de m'informer qu' « Une amie de la paroisse investie auprès des migrants la sollicitait depuis quelques temps et qu'elle a fini par accepter mais que sa fille n'approuve pas du tout ce choix et la met en garde. ». Le SSIAD intervient tous les jours chez cette dame. Quant au retour de tournée j'informe l'équipe de ce changement, la réaction immédiate d'une aide-soignante a été : « Oh ! La ! La !, il faudra planquer nos sacs à

Le préjugé est défini par Gergen et Jutras (1981) comme « une prédisposition à réagir défavorablement à l'encontre d'une personne sur la base de son appartenance à une classe ou à une catégorie (de personnes) »²³ Si les stéréotypes sont des connaissances, certes simplificatrices et déformantes de la réalité, les préjugés ont eux une dimension affective. Dans cette vignette 5, la dimension affective est la peur d'un danger. La fille et les AS activent leurs préjugés vis-à-vis des personnes de nationalités kosovares. Pour la fille, le danger est l'insécurité de sa maman. Pour l'équipe, le risque est le vol de sac à main. Le stéréotype des kosovars, gens de l'est, ... amalgamés à celui des roms, ... des gitans voleurs associé au préjugé envers ces migrants trop nombreux qui nous envahissent expliquent cette réaction spontanée et discriminante. On peut dire ici que la réalité a rejoint la fiction, que ceux dont les médias parlent arrivent ... Si le soignant n'est pas encouragé dans un travail de réflexion en équipe, mais aussi avec l'aide des politiques et des médias, à accepter ce monde qui change, va-t-il être en capacité de soigner ces nouveaux patients ? Va-t-il pouvoir migrer et s'intégrer dans ce nouveau monde ?

Dans cette vignette 6, n'aurions-nous pas pu prendre davantage en compte ce que représentait pour elle, pour son estime de soi, le fait d'accueillir l'Autre, forme de « thérapie » pour elle ?

²³ Stéréotypes, préjugés et discrimination – JB LEGAL S. DELOUVEE, DUNOD 2015 p10

5- Spécificité de notre propre étrangeté : chemin vers la liberté relationnelle

Comme le dit Marie-Ghislaine Stoffels : « L'approche de la différence de l'autre, de l'altérité de l'étranger appellent à approcher sa propre différence, sa propre altérité. ...Partir à la découverte de son étrangeté, de son errance peut devenir une aventure assez passionnante »²⁴.

Quittons un instant le groupe social soignant, pour se pencher sur l'individu. Le soignant a longtemps dû faire abstraction de son ressenti, de taire son vécu, pour accompagner le patient, ne pas montrer ses émotions, rester neutre ... Carl Rogers, psychologue américain né en 1902 a décrit les sept concepts de la relation d'aide : la présence, l'écoute, l'acceptation, le respect chaleureux, l'empathie, l'authenticité et la congruence. Cette approche centrée sur la personne pourrait probablement être aujourd'hui, dans ce contexte de mondialisation, complétée d'une idée supplémentaire adressé au soignant : « Apprends à identifier ta propre altérité pour mieux appréhender celle du patient »..... Faire taire ses émotions, rester neutre pour tout donner à celui qu'on soigne n'est-ce pas une erreur ? JC Métraux va plus loin et explique qu'il est important aussi de chercher ce qui fait lien, les similitudes : « Nous projetons notre propre altérité, cette inséparable compagne de nos vies, dans des Autres avec qui nous ne partagerions pas même l'ombre d'une similitude. Cette spirale se trouve à la source ... de notre incapacité notoire – dans les domaines de la santé, du social, ... à soulager « migrants, ..., malades d'un lien social défaillant, de l'effet au contraire iatrogène de nos interventions »²⁵

Reconnaissons ici que notre position de soignant, nous « oblige » à aller vers l'autre, aussi différent soit-il. Cet autre, par ce qu'il suscite en nous, nous aide à mieux nous connaître, à mettre des mots sur l'origine de nos émotions, origine puisée dans notre propre histoire de vie qu'elle soit professionnelle ou personnelle et ainsi reconnaître notre propre altérité.

Amin Maalouf nous dit ainsi : « ..., dès lors qu'on conçoit son identité comme étant faite d'appartenances multiples, dès lors que l'on voit en soi-même, divers métissages, diverses influences subtiles et contradictoires, un rapport différent se crée avec les autres, comme avec sa propre « tribu ». »²⁶

²⁴ Marie-Ghislaine Stoffels, « L'autre émoi », Pensée plurielle 2003/1 (no 5), p. 17-23. DOI 10.3917/pp.005.0017

²⁵ JC METRAUX « La migration comme métaphore » p 168

²⁶ Amin MAALOUF « Identités meurtrières » p 40

IV – FAIRE DE L'ALTERITE UNE FORCE DANS LA RELATION DE SOINS

1- Se décentrer en identifiant ce qui fait notre propre étrangeté

« Un apprentissage à l'altérité doit avoir comme préalable, non pas un déni, un rejet ou une lutte contre les stéréotypes et préjugés, mais bien une reconnaissance de ceux-ci (les filtres cognitifs et psychologiques) puisqu'ils demeurent enracinés dans l'affectif, dans l'inconscient. Dans cette perspective, il convient de prendre conscience de ses propres mécanismes cognitifs et affectifs de faire l'effort de remettre indéfiniment en cause ses perceptions, représentations et acquis »²⁷ Martine Abdallah-Pretceille parle ici entre autre de nos représentations et du frein qu'elles représentent pour vivre l'altérité. Serge Moscovici dit aussi qu'elles sont indispensables pour comprendre les autres.

Il me semble donc nécessaire pour progresser en équipe dans la relation à l'Autre de prendre conscience ensemble qu'elles sont nos représentations et d'où elles viennent. Un apport théorique sur ce qui fait notre identité personnelle et sociale est nécessaire au sein des équipes soignantes. Comprendre son appartenance à des groupes choisis ou non, dominés ou dominants et l'impact de celle-ci sur la compréhension et le jugement qu'on peut avoir sur l'Autre devient indispensable dans la relation soignant-soigné. C'est ce que Martine Abdallah-Pretceille appelle filtres cognitifs et psychologiques.

2- Devenir un ignorant attentif aux autres, et plus encore à soi-même

Régulièrement la demande des équipes est d'avoir un apport théorique sur telle ou telle culture pour mieux la comprendre. Il est vrai que dans certaines situations cela est bénéfique.

²⁷ Martine Abdallah-Pretceille "Pour une éducation à l'altérité." Revue des sciences de l'éducation 231 (1997): 123–132. DOI : 10.7202/031907ar

Cela me rappelle Mme L. 92 ans, chinoise, non-francophone, que l'on disait obnubilée par ses selles qu'elles devaient observer attentivement chaque jour. « Une manie de vieux juste fait pour faire perdre du temps aux soignants... » Jusqu'au jour où au cours d'une formation, j'ai appris que dans la culture chinoise : la couleur, l'aspect, l'odeur, la quantité de ce qui sort du corps est le reflet du bien être intérieur. Suite à cette information, présenter ses excréments à cette patiente devenait un geste bienveillant réalisé avec professionnalisme par les aides-soignants.

Cependant il est impossible de connaître en détail l'infinie variété des cultures. Dans le document de la Société Française de Médecine Générale, on peut lire : « Comme les soignés et leurs proches les soignants sont porteurs d'histoire, d'habitudes et de conceptions particulières des soins qui influencent leurs sensibilités et leurs rapports à la maladie, à la douleur, à la mort, etc. ... appliquer de façon trop rigide ses propres cadres classificatoires peut déboucher sur des erreurs d'interprétation et provoquer des souffrances inutiles. La démarche anthropologique, en procédant par de constants va et vient, vise dans ces cas à inviter les soignants à poser des regards introspectifs tant sur leurs habitudes que sur leurs catégorisations professionnelles. »²⁸

Il est ainsi préférable d'accepter de ne pas tout savoir sur la culture de l'autre. Laisser libre cours à notre sensibilité, notre curiosité et notre capacité à interpréter nos propres ressentis est nécessaire. Accepter d'analyser nos réactions, colère, rejet par exemple, nous permet en équipe de comprendre ce qui porte atteinte à nos valeurs, à notre groupe d'appartenance, celui de soignant par ex ...

3- Etre conscient de nos similitudes

En proposant d'« être conscient de nos similitudes pour pouvoir reconnaître nos différences significantes et pouvoir s'en enrichir », JC Métraux, pédopsychiatre, part du principe que chacun d'entre nous est en migration qu'elle soit dans l'espace ou dans le temps. « Nous

²⁸ Document de recherche en médecine générale nov 2007 n°64 - SFMG

sommes certes tous des migrants dans l'espace ou dans le temps mais nous avons enfoui notre commune substance migrante dans les cryptes les plus reculées de notre psyché »²⁹

Dans le soin, que l'on parle du patient âgé ou du patient étranger, la première approche est celle dite des déficits : qu'est-ce que ce patient n'est plus capable de faire ou qu'est-ce qui manque à cet autre pour être de ma culture. Ne pourrions-nous pas envisager en équipe une analyse visant à chercher en l'Autre ce qui me ressemble dans son histoire de vie, dans sa souffrance, dans ses valeurs, ... ? Dans le recueil de données réalisé à l'entrée d'un patient migrant, nous pourrions axer davantage notre questionnement sur son vécu de l'exil. Ce serait à la fois lui donner l'occasion de s'exprimer sur cette période de sa vie et permettre au soignant de faire des liens avec ses propres émotions.

4 Décliner nos appartenances pour permettre à l'Autre de puiser des ressemblances

La théorie de l'échange est ainsi décrite par JC Métraux « Toute relation entre êtres humains implique un échange - de paroles, de gestes, d'objets – effectué selon trois modalités : le don, le marché, la redistribution » p173. Les soignants se prêtent souvent au potlatch c'est-à-dire à un échange où une surabondance de dons empêche toute réciprocité, le donateur devient le bon détenteur d'un pouvoir infini et incontestable. Cependant le don de paroles précieuses telle que décrites par Maurice Godelier, permet d'esquisser de véritables relation de réciprocité, susceptibles d'atténuer les humiliations.

Suivons Métraux dans sa description de paroles précieuses : « Nous découvrir, parler d'abord de nous... montrer que nous sommes nous-même des êtres parfois souffrants, que des pertes ont marqués, des échecs plongés dans le doute. En révélant des parcelles de notre intérieur, nous témoignons à l'Autre notre confiance et lui permettons d'en faire de même. En déclinant nos appartenances, nous lui donnons l'occasion de pêcher des ressemblances. Peut-être déclinera-t-il les siennes. Peut-être pourrons nous plus tard en décliner une nouvelle » p191.

²⁹ METRAUX JC « La migration comme métaphore » - La Dispute 2011

Ces quelques lignes semblent s'opposer au principe de neutralité du soignant mais dire notre impuissance, nos sentiments d'échec suggère notre similitude avec les personnes rabougries par nos quêtes aux déficits, dire nos émotions prouve notre appartenance à la même espèce humaine, ... Sophie Vetois, médecin psychiatre, disait elle aussi dans son cours du module 3 : « Prendre soin de l'autre c'est aussi reconnaître que je ne sais plus quoi faire. » C'est savoir avouer son impuissance pour retrouver une relation plus symétrique.

5- Eviter la culturalisation de l'Autre

Marc Augé, ethnologue et anthropologue français, explique que « Céder à la tentation culturaliste, c'est admettre l'irréductible altérité des autres ». Margarita Sanchez-Mazas, professeure de psychologie sociale, dans le module 2 du DIU, définit la culture comme « une collection de solutions adaptées à des problèmes existentielles. » Enfermer l'autre dans sa culture, c'est laissé croire que celle-ci est obtenue à la naissance et est immuable.

Dans le module 4, Halima Zeroug-Vial, psychiatre, nous explique que « La culture évolue avec le métissage et le mélange des monde facilité par les nouvelles technologies (internet)». Elle décrit une approche métissée comme suit : « Le professionnel et le migrant mettent en confrontation leurs propres représentations. C'est la fin de l'interculturalité où chaque culture est figée et la mise en avant de la transculturalité. »

Dans nos équipes multiculturelles, ne pourrions-nous pas profiter de cette mise en altérité pour modifier les représentations que chacun a de la culture de l'Autre ? Ne serait-il pas ainsi l'occasion de s'enrichir d'autres modes de pensées ? de faire des ponts entre l'autre et moi ?

Réfléchir ensemble dans un cadre professionnel, sur l'évolution de nos représentations sociales permettrait à la fois de mieux comprendre nos réactions dans les situations de soins et de travail en équipe.

6- Agir sur les discriminations

Il me semble important dans ce chapitre de me pencher plus particulièrement sur les discriminations faites aux soignants.

La discrimination intergroupe est définie par Allport en 1954 comme « tout comportement qui dénie à des individus ou à des groupes l'égalité de traitement qu'ils souhaiteraient »³⁰

Dans son livre « Tu ne discrimineras pas !? », Véronique Dessen Torres, consultante, écrit : « Prévenir et lutter contre les discriminations, c'est observer, sanctionner, prévenir, accompagner coordonner, communiquer. »³¹ Pour elle *Observer* c'est faire un diagnostic à partir des perceptions à l'aide d'une enquête par exemple. Cela permet d'identifier des pratiques de discrimination. Inscrire au projet de service du ssiad la lutte contre les discriminations ne nous est jamais venu à l'idée. Et pourtant il n'est pas rare que les patients tiennent des propos racistes, voire refusent l'intervention de soignants noirs. Un refus catégorique a déjà été un motif de fin de prise en charge. Mais face aux remarques racistes, l'âge du patient excuse son propos et la prise en soin se poursuit avec parfois un rappel au règlement de fonctionnement.

Créer un comité d'éthique avec des « Monsieur ou Madame Diversité » comme il existe déjà des « Monsieur ou Madame Hygiène » pourrait-être une façon d'échanger, de mettre en pensée les ressentis. Communiquer sur l'engagement du service à lutter contre les discriminations est une manière d'inviter les salariés et les usagers à s'exprimer plus librement. Donner la parole aux soignants victimes, c'est permettre aux autres soignants de prendre conscience de cette souffrance, de ne pas minimiser l'impact des paroles discriminantes du type : « Tu nous saoules ! Tu n'as qu'à manger du porc comme tout le monde ! ». Et pour ceux qui subissent ces remarques, leur offrir un espace d'expression, c'est travailler sur leur bien-être au travail, leur estime de soi et par là même leur capacité à mieux prendre soin de l'Autre .

³⁰ Psychologie sociale et relations intergroupes AZZI A.E. KLEIN O. p

³¹ DESSEN TORRES Véronique « Tu ne discrimineras pas !? »p93 - Les points sur les i

CONCLUSION

Je suis partie d'un mal être personnel qui remettait en quelque sorte en question mon appartenance au groupe soignant. Ce groupe choisi, auquel j'avais décidé d'appartenir en devenant infirmière. J'avais l'illusion qu'il suffisait d'être de ce groupe pour avoir une vision universaliste du monde. Mais c'était sans tenir compte de mes représentations sociales nées d'une éducation à la fois catholique et européenne et modifiées par mon appartenance dès l'âge de 25 ans au groupe des couples mixtes confronté en permanence aux règles de deux cultures. J'avais de la haine pour ces collègues qui rejetaient ceux qui fuyaient leur pays et se réjouissaient de les voir disparaître dans la méditerranée, opportunité pour qu'ils soient moins nombreux à arriver ...

En réalisant ce mémoire je me suis donné la peine de comprendre à quel point chacun pouvait être différent ; à quel point chacun évoluait en fonction de son histoire de vie, des évènements personnels mais aussi de l'évolution de la société dans laquelle il vit.

La mondialisation, nous pousse vers un monde multiculturel dans lequel il va devenir indispensable de savoir vivre l'altérité. Le microcosme que représente notre contexte de soins en est le reflet. La bonne morale chrétienne et la puissance des dominants européens sont aujourd'hui mises à l'épreuve par les mouvements migratoires qui viennent « chatouiller » les nantis des pays du Nord. Nous ne pouvons plus accepter que découvrir le monde ne se fasse que dans un seul sens ...

Mon premier objectif qui était d'agir directement sur le rejet du migrant, a grâce à cette formation, volé en éclat. Je m'en réjouis aujourd'hui car comme le dit Martine Abdallah-Preteuille : « Les injonctions et les discours moralisateurs tels «il faut être gentil, il faut respecter les différences, il faut aimer...», ces assertions sirupeuses n'ont guère d'efficacité et ne résistent pas aux premières difficultés et aux premiers conflits au cours desquels les mécanismes de rejet, de xénophobie réapparaissent spontanément alors qu'on les croyait enfouis. »³²

³² Martine Abdallah-Preteuille "Pour une éducation à l'altérité." Revue des sciences de l'éducation 231 (1997): 123–132. DOI : 10.7202/031907ar

Forte de ce que j'ai appris, compris au cours de cette année écoulée, j'ai la fierté d'avoir commencé à mettre en application le premier point du chapitre IV, à savoir « Se décentrer en identifiant ce qui fait notre propre étrangeté ». Au cours d'une réunion de service le 6 juin 2017, j'ai pu aborder avec l'ensemble des salariés du SSIAD le concept de l'altérité, des relations intergroupe et les origines de la discrimination. Quel n'a pas été mon bonheur quand à la fin de l'intervention, après 1h30 de concentration, d'écoute, de questionnement, l'ensemble de mes collègues m'ont applaudi. Ce jour-là nous n'avons pas parlé de migrants mais les paroles échangées, dites, écoutées ont fait bouger les limites du savoir vivre l'altérité.

Suis-je arrivée à la paix intérieure évoquée dans mon titre ?



Alors je crois que OUI ! Et me voilà ressourcée grâce à cette formation pour agir vers un mieux vivre ensemble et mourir moins idiote ...

*« Nous devons apprendre à vivre ensemble comme des frères sinon nous
allons mourir tous ensemble comme des idiots » Martin Luther King*

BIBLIOGRAPHIE

ABDALLAH-PRETCEILLE Marie "Pour une éducation à l'altérité." Revue des sciences de l'éducation 1997

AZZI Assad KLEIN Olivier « Psychologie sociale et relations intergroupes » Dunod -2015

BALIBAR Etienne. Identité culturelle, identité nationale. In: Quaderni, n°22, Hiver 1994. Exclusion-Intégration : la communication interculturelle. pp. 53-65

BELKIS D FRANGUIADAKIS S « Accueillir les demandeurs d'asile. Quand la relation à l'autre fabrique le politique » Ecarts d'identité N°107 - 2005

BERTOSSI et Prud'homme « La diversité à l'hôpital : identités sociales et discriminations » - étude Ifri 2009/2010

BONNEVILLEA et al., « Quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Éléments pour une rencontre de l'autre », Psychothérapies 2010/1 (Vol. 30), p. 3-9.

CHAOUITE Abdellatif « L'interculturel comme art de vivre » L'harmattan -2015

COMPAIJEN Jefta, « De la toute-puissance à l'humilité.... Se décentrer de soi pour mieux accueillir l'autre », Empan 2007/4 (n° 68), p. 135-143.

DEMESMAY C., « Le problème de l'identité culturelle dans la tradition libérale », Labyrinthe [En ligne], 8 | 2001, mis en ligne le 25 mai 2005, consulté le 05 octobre 2016. URL : <http://labyrinthe.revues.org/867> ; DOI : 10.4000/labyrinthe.867

DESSEN TORRES Véronique « Tu ne discrimineras pas !? » Les points sur les i -2011

DISPAUX MF, « La neutralité à l'épreuve de la clinique au quotidien », Revue française de psychanalyse 2007/3 (Vol. 71), p. 669-685.

ES-SAFI L., « La médiation culturelle dans les hôpitaux ou Comment rétablir la communication entre les patients d'origine étrangère et le personnel soignant », Pensée plurielle 2001/1 (no 3), p. 27-34. il, « Ambiance raciste dans l'aide à domicile », Plein droit 2013/1 (n° 96), p. 11-14.

FASSIN Didier « Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration » H&M n°1225 juin 2000

GASTAUT Y. « La représentation des réfugiés et migrants dans les médias » France terre d'asile 2011

GOGUIKIAN RATCLIFF, Betty, BERCHER, Delphine Migrants et réfugiés en consultation. Quelles pratiques, quelle éthique? Psychoscope, 2011, vol. 8-9, p. 16-19

HUNGERBUHLER H. et Corinna Bisegger « Alors nous sommes restés ... »
dec 2012 KOTOBI Laurence « Le malade dans sa différence » H&M n°1225
juin2000 LEGAL J-B DELOUVEE S « Stéréotypes, préjugés et
discrimination » Dunod 2015

MAALOUF Amin « Les identités meurtrières » livre de poche 2001

MARTINE MAURER Louise, Warren Jane. Représentations de soi et de l'autre
dans des entretiens avec des intermédiaires culturels australiens et français. In:
Mots, n°64, décembre 2000. Autour d'une crise franco-australienne. Stéréotypies
xénophiles et xénophobes. pp. 77- 95;

METRAUX Jean-Claude « La migration comme métaphore » La dispute 2011

PIERRE ACHARD. Pierre-André Taguieff : La force du préjugé - Essai sur le
racisme et ses doubles . In: Langage et société, n°46, 1988. Le sujet indéterminé
dans le discours oral au Brésil. pp. 69-80;

PLARD Mathilde « Fin de vie et migration, « territoires de la vieillesse » eso,
travaux & documents, n° 36, décembre 2013

LEROY Louis « Ethique médicale l'engagement nécessaire » L'harmattan 2016

QUITTERIE DE La Noë, « Vieillir en exil : ruptures et transmissions », Champ
psychosomatique 2001/4 (no 24), p. 81-98.

SALES-WUILLEMIN, E. (2007). Catégorisation et représentations
sociales, in : M., Bromberg et A. Trognon (Eds.) Cours de psychologie
sociale 2, (pp. 7-32). Presses Universitaires de France.

SFMG le plaisir de comprendre Sociologie et anthropologie n°64 nov 2007

STOFFELS Marie-Ghislaine « L'autre émoi », Pensée plurielle 2003/1 (no 5), p. 17-23.

TERMINE Émile, Bolzman Claudio, Fibbi Rosita, Guillon Michelle. Vieillir en
immigration. In: Revue européenne des migrations internationales, vol. 17, n°1,2001.
Émigrés-Immigrés : vieillir ici et là-bas. pp. 37-54;

VALENCE A, Nicolas Roussiau, « “L'immigration et les droits de l'Homme dans les
médias : une analyse représentationnelle en réseau” », Les Cahiers Internationaux de
Psychologie Sociale 2009/1 (Numéro 81), p. 41-63.

VERHELST Marie « Comment accompagner les personnes migrantes en fin de vie
?» santé conjugquée, sept 2015 n°72