

Diversité culturelle

Autor(en): **Pernet, Véronique**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **92 (1994)**

Heft 1

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950413>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Diversité culturelle

Texte de Véronique Pernet – Ch. de la Vuachère 14 – 1005 Lausanne, Véronique a été 10 ans infirmière en soins généraux au C.H.U.V. Dans le cadre d'une formation post-diplôme elle a élaboré une étude sur «Les traditions autour de la naissance».

L'article ici publié a déjà paru dans la Revue de l'ASI, en septembre 1993.

Le premier mois où j'ai travaillé à la maternité du CHUV à Lausanne, j'ai été amenée à soigner plusieurs mamans étrangères. Je me suis sentie très vite désemparée et le plus souvent inefficace face aux demandes des patientes étrangères. Je me souviens fort bien de cette femme turque qui ne voulait pas s'occuper de son enfant. Comme elle ne parlait pas un mot de français, notre communication se faisait par gestes. J'ai dans un premier temps estimé que son apathie était due à la fatigue de cette troisième grossesse. Son indolence persistante et ma patience s'amenuisant, le cinquième jour j'ai insisté pour qu'elle baigne son bébé. Ce qu'elle fit sans aucune délicatesse, comme si elle lavait la vaisselle! J'étais abasourdie, j'ai échafaudé plusieurs hypothèses pour m'expliquer son comportement. J'étais prête à contacter l'assistante sociale, la psychologue... C'est alors qu'une collè-

gue m'a parlé de la coutume de la quarantaine chez les femmes turques!

La quarantaine correspond au repos de quarante jours après l'accouchement. En Turquie, cette coutume reste très implantée. Cependant elle dépend des conditions sociales. Pour certaines femmes la période est raccourcie à vingt jours et vingt nuits.

Cette anecdote m'a beaucoup marquée. Elle m'a permis de prendre conscience qu'un manque de connaissances culturelles a des répercussions négatives dans les soins prodigués aux jeunes mamans. Les différences culturelles peuvent être la cause de relations conflictuelles entre patientes et soignantes.

L'hospitalisation dans un service d'obstétrique est souvent vécue comme une agression par les femmes fraîchement immigrées qui ont subi un choc culturel intense. Ce constat est valable aussi pour les étrangères dont l'intégration s'avère particulièrement difficile voire éprouvante.

C'est essentiellement l'impossibilité de communiquer qui assombrit leur séjour à la maternité.

Altérité et conflits

L'absence de communication provoque l'incompréhension entre les patientes, l'équipe soignante et le corps médical. Les parturientes sont effrayées, elles craignent d'être jugées, rejetées. Le plus souvent elles ne parlent pas notre langue, par conséquent elles ne sont pas en mesure d'exprimer leur peur, leur inquiétude face au monde médical occidental qu'elles ne connaissent pas.

Leurs valeurs culturelles, leurs normes sont différentes des nôtres voire drastiquement opposées. Les soignantes tentent de leur prodiguer des soins qui ne sont pas toujours adaptés à leur besoin.

Pour les femmes migrantes, par exemple, la maternité ne revêt aucun caractè-

re morbide. La grossesse est un privilège, une bénédiction. La maternité a une légitimité incontestable, et il est mal à propos d'aborder avec elles un discours qui prône la planification des naissances. Dans leur pays d'origine, par exemple, avoir de nombreux enfants est synonyme de richesse. Les enfants une fois adultes seront en quelque sorte l'assurance vieillesse des parents.

L'élaboration de mon étude effectuée dans le cadre de ma formation et intitulée «Traditions» a corroboré mon opinion. Le fait de posséder la connaissance des autres cultures nous permet de juguler les difficultés relationnelles, de comprendre la patiente, d'accepter sa différence et d'adopter une attitude professionnelle appropriée.

J'ai constaté tout au long de ma recherche que la découverte des différences culturelles nous incite nous – équipe soignante – à assurer des soins plus individualisés, mieux adaptés et de qualité optimale.

En effet ce savoir nous donne l'opportunité d'être plus à l'écoute de l'autre en répondant à ses besoins et en étant empathique. Par exemple, en comprenant l'angoisse des mamans tamoules quand elles sont séparées de leur bébé pendant la nuit. Dans leur culture, la mère et le bébé ne font qu'un. Pendant quarante jours ils ne doivent pas être séparés l'un de l'autre par peur du mauvais oeil et des mauvais esprits.

De cet acquis, s'ensuit un enrichissement personnel et la possibilité d'élargir son seuil de tolérance. Ainsi peut s'établir entre la patiente et la soignante une relation basée sur la confiance.

Ce rapport fondamental entre deux personnes ne requiert pas uniquement l'usage des mots. Un sourire, un geste amical s'avèrent nécessaires dans tout contact relationnel.

Ce qu'il faut savoir

La connaissance des autres cultures va nécessiter un effort intellectuel de la part de l'infirmière. En revanche ce savoir va l'aider à mieux comprendre les normes des femmes étrangères et va lui faciliter la tâche.

Commission du fonds d'entraide

Voulez-vous collaborer avec la commission du fonds d'entraide?

Nous cherchons une personne intéressée, disponible quelques heures par année et parlant l'allemand.

Pour tous renseignements:

Renée BALLY
Devin 31 B
1012 Lausanne
Tél. 021/652 92 57 □

L'accueil et la prise en charge des femmes immigrées vont être beaucoup plus personnalisés. L'intégration des patientes sera facilitée et un gain de temps non négligeable pour le personnel soignant pourra être réalisé.

La reconnaissance des valeurs des jeunes mères va permettre de diminuer la peur de l'autre, le rejet de l'autre et va désamorcer les situations conflictuelles. Quand une patiente arrive dans une unité d'obstétrique post-natale, l'infirmière devrait toujours garder présent à l'esprit que toute femme migrante se trouve déstabilisée, désécurisée dans le pays d'accueil. En quittant son pays, elle perd ses repères et se trouve isolée. Il est important que l'infirmière s'enquiert de renseignements cruciaux qu'il n'aura peut être pas été possible de recueillir lors de l'anamnèse de la patiente. Il s'agit de connaître:

- origine, ethnie, religion de la patiente
- provenance: zone urbaine ou rurale
- durée de la résidence en Suisse
- statut: réfugiée politique, demandeur d'asile, etc.
- primipare, multipare
- conditions de logement
- garde des enfants pendant l'hospitalisation
- degré de compréhension de la langue française
- langues parlées
- traducteur (mari, membre de la famille, compatriote, etc.)

Quand l'infirmière est en possession de ces informations succinctes, elle peut alors élaborer un plan de soins en parallèle avec ses quelques connaissances culturelles. Je vais présenter en guise d'exemple l'étude de deux cas:

L'allaitement chez une femme albanaise et l'allaitement chez une femme tamoule du Sri-Lanka.

Chez les Albanais de religion musulmane, l'allaitement est une obligation morale. L'allaitement est à la demande, tout de suite après la naissance, dès que le bébé pleure. Il ne faut surtout pas donner le sein devant des hommes et encore moins devant des hommes de la famille. La femme se cache le sein avec une serviette. Il ne faut pas que la femme ait peur pendant qu'elle allaite, sinon le lait sera coupé. L'allaitement est long pendant une année. L'infirmière en possession de ces quelques informations peut répondre aux besoins de confort de cette patiente pendant qu'elle allaite son enfant. Elle peut comprendre son attitude face aux membres masculins de la famille.

Chez les Tamouls, l'allaitement se pratique toujours à la demande dès que le bébé pleure et comme il le désire, dès la naissance. On ne laisse jamais pleurer un bébé, c'est une offense aux Dieux. Le mari éprouve une grande fierté si sa femme est une bonne nourrice. L'allaitement est une obligation morale et une nécessité économique. Très souvent les femmes qui allaitent ne portent pas de soutien-gorge pour que l'on ne devine pas leur poitrine. L'entourage pourrait le remarquer et cela aurait pour conséquence d'amoindrir la lactation. L'allaitement est long pendant un an à un an et demi.

L'infirmière qui suit cette patiente ne sera pas étonnée si cette maman allaite son bébé x fois dans la journée et durant la nuit. L'attitude souple de l'infirmière qui ne contrecarre pas la patiente permet à la maman d'avoir un allaitement harmonieux, en accord avec ses croyances et ses traditions. Par exemple, elle n'insistera pas sur le port d'un soutien-gorge en essayant de la persuader que c'est mieux pour elle.

L'infirmière pour mieux soigner les parturientes étrangères doit connaître quelques caractéristiques culturelles. En voici quelques-unes que j'ai découvertes dans le cadre de mes recherches et que j'expose brièvement.

Que ce soit au Maghreb, en Afrique Noire, en Asie du Sud Est, le statut de la femme est identique sur ces points: Elle pérennise les traditions, elle a une fonction de reproduction et d'éducation. Quand elle se marie on attend d'elle qu'elle soit réservée et féconde.

L'accouchement est une affaire collective, une affaire de femmes. Le mari n'y participe pas.

Dans ces pays, le célibat est très mal considéré. Au Maghreb, un célibataire est un être à part qui ne peut être intégré dans la société.

En Afrique, il ne convient pas qu'une femme soit seule. Le célibat dans la société représente un sort peu enviable. L'absence de descendance est le problème le plus douloureux à surmonter pour une femme africaine.

Pour une musulmane ne plus avoir ou ne pas avoir d'enfant, c'est ce qui peut lui arriver de pire. Les femmes musulmanes sont pour la plupart fatalistes. Ce fatalisme est lié aux croyances religieuses: Dieu décide, Dieu crée. Dieu donne (fécondité, naissance); mais Dieu reprend, Dieu punit (grossesses pathologiques, morbidité ou mortalité infantile, stérilité).

Au Sri-Lanka, le célibat des femmes est qualifié de déshonorant. Un couple marié sans enfant n'est pas très bien considéré. Si une femme ne peut pas avoir d'enfant c'est un drame.

Dans ces cultures il s'avère fondamental d'avoir un fils. Chez les musulmans, la naissance d'un fils confirme la virilité du père. Pour la femme musulmane il est fondamental pour elle de donner naissance à un fils. Cela la valorise auprès de son mari et de sa belle-mère.

Chez les Hindous, la naissance d'un fils et particulièrement d'un premier fils est considéré comme essentiel tant au point de vue religieux que social.

Il est important d'éviter de s'extasier sur la beauté d'un enfant. En effet cela a pour conséquence d'attirer les mauvais esprits. La peur de la sorcellerie, du mauvais oeil font partie du quotidien.

Changements de pratique

Quelques éléments culturels m'ont beaucoup aidée dans l'exercice de ma profession. J'ai évité de complimenter les nouveau-nés. Quand des élèves infirmières arrivaient en stage dans notre unité, je les mettais en garde. Quand des familles se montraient dépitées devant la venue au monde d'une petite fille, j'ai fait preuve de tolérance. Je ne trouvais plus cette attitude dénuée de sens, ni inacceptable puisque j'en connaissais les raisons profondes.

L'amour de la maman envers sa petite fille était très rarement amoindri. Dans certains cas, ce qui me crevait le coeur c'était l'attitude rigide du mari envers sa femme. J'ai souvent eu une révolte intérieure vis à vis de ces hommes qui sont en réalité responsables du sexe de leur enfant. Toutefois j'ai compris que le machisme n'est pas l'unique raison de ce désir ardent d'avoir un garçon.

Dans ces pays, la contraception est encore mal perçue. Parler de sexualité est incongru, est tabou.

Pour ces femmes qui ont quitté leur pays, se faire proposer un moyen de contraception par un médecin européen et de surcroît un homme relève de l'outrage. En effet cela porte atteinte à leur dignité, leur culture et leurs valeurs.

L'ignorance peut nous amener à commettre des erreurs. Par exemple, proposer un moyen de contraception à une femme de religion musulmane ou de

religion hindoue à la sortie de la maternité. Après l'accouchement la femme est impure pendant quarante jours. Ce n'est qu'après cette quarantaine qu'elle peut avoir des relations sexuelles avec son mari. Nombreux sont les musulmans qui s'opposent à toute contraception, leur femme étant faite pour procréer.

Dans cette situation l'infirmière doit connaître leur désir ou leur non-désir de respecter leur tradition. Nous devons aussi privilégier les entretiens si tel est leur désir avec un membre féminin de leur famille.

Les femmes tamoules ont de l'aversion contre la pillule (peur de grossir, peur des maladies, du cancer...). Une croyance est populaire, la pillule réchaufferait le corps, par conséquent chaufferait le lait maternel. Cela provoquerait des éruptions cutanées et de la fièvre chez le bébé.

La plupart des femmes étrangères sont réticentes à venir aux consultations prénatales et post-natales. Ce n'est pas par négligence mais par peur. La nudité est tabou. Pour elles c'est inconcevable de se faire examiner par un gynécologue

masculin. Les touchers vaginaux ne se pratiquent pas. Ils sont tolérés au moment de l'accouchement. Pour ces femmes la pudeur est extrêmement importante. Lors des consultations dans leur pays d'origine, elles ne se déshabillent jamais entièrement.

On peut imaginer leur stress et on peut comprendre leur attitude repliée ou agitée durant les examens médicaux. Quand ces femmes sont incapables de communiquer, l'angoisse est à son paroxysme!

Dans cette situation l'infirmière doit être discrète et attentionnée. Par exemple, elle peut recouvrir la patiente avec une alaise...

Dans la mesure du possible il faut éviter la présence d'élèves pendant ces consultations.

Immanquablement, toute infirmière enrichie de ces notions culturelles va évoluer dans son mode de fonctionnement et de réflexion.

L'infirmière va avoir en sa possession un canevas qui va lui permettre de s'adapter à toute situation, et qui va lui permettre d'avoir une meilleure prise en

charge des femmes étrangères. Individualiser les soins cela fait partie intégrante de notre fonction.

Par exemple, quand je donnais des conseils pratiques pour le retour à la maison, je n'insistais pas sur les explications concernant la première sortie du bébé. Je savais que traditionnellement, pendant au moins quarante jours le bébé doit rester au chaud. Ceci pour le protéger du mauvais oeil. J'adaptais mon enseignement aux normes, aux besoins des mamans étrangères.

En ce qui me concerne, à court terme, ce savoir m'a déstabilisée. Je ne pouvais plus appliquer aux mères étrangères certaines routines de service (allaitement, bain du bébé, enseignement...).

Mes valeurs, mon mode de fonctionnement ont été modifiés. Je me suis remise en question. J'ai pris conscience du pouvoir infirmier, de l'autorité que je pouvais exercer sur les patientes étrangères.

J'ai compris que je devais adapter mes critères de soins aux normes des patientes étrangères. Je suis devenue plus tolérante. J'ai mieux perçu le comportement de certaines femmes qui me paraissaient trop soumises à leur mari. Je n'avais plus de préjugés, ni de jugements de valeur. J'acceptais les femmes étrangères dans leur intégrité.

J'ai eu des moments de profonde émotion au départ de familles étrangères. Leurs remerciements, leur gratitude m'ont énormément touchée.

Réciprocité

J'ai pris conscience que par le biais de ce travail de recherche je m'étais métamorphosée. J'ai relativisé la plupart de mes a priori. J'ai réalisé aussi combien il était primordial que les efforts de compréhension et de communication soient réciproques. Il s'avérait crucial d'arriver à un compromis entre patientes et soignantes. Par exemple si pendant son séjour à la maternité une maman ne désire pas s'occuper de son bébé par respect de la tradition de la quarantaine, il est nécessaire de faire intervenir un membre de la famille ou un proche. L'infirmière n'ayant pas la possibilité de rentrer dans toutes les traditions des femmes étrangères, il se révèle indispensable de se fixer des limites. Il est indispensable de négocier afin de s'adapter à l'organisation du service.

C'est seulement dans ce climat d'entente réciproque que la patiente va pouvoir

Nouveau et chic, les montres avec les secondes et date à accrocher ou à suspendre dans un superbe entourage de bois. Une fabrication suisse.

Elégant pour les loisirs et pratique pour le personnel soignant.



Remplissez ce **coupon** qui vous donne droit à un choix de 4 modèles au prix de lancement.

Envoyez-moi à choix quatre montres différentes en superbe bois. Au prix de Fr. 84.- et Fr. 94.- la pièce. Je renverrai celles qui ne sont pas à ma convenance dans les 4 jours après réception.

Nom, Prénom: _____

Rue: _____

NPA/Lieu: _____

Eugen Morel, Postfach, 8708 Männedorf

évoluer sainement. Elle va être rassérénée, mieux comprise et mieux perçue. De se savoir écoutée va la mettre en confiance. Elle va accepter plus facilement de collaborer avec l'équipe infirmière et médicale, ne craignant plus le regard inquisiteur que l'on pouvait porter sur elle. Elle va se sentir reconnue à part entière. Elle va être en mesure de s'intégrer. Comme on a pu le constater le problème primordial était celui de la communica-

tion et de la compréhension. Celui-ci peut se résoudre par la découverte des différences culturelles.

En guise de conclusion, j'aimerais citer cet épigraphe d'André Malraux qui m'a accompagnée tout au long de mes recherches et de mon travail en maternité: «Juger c'est de toute façon ne pas comprendre, puisque si l'on comprenait, on ne pourrait plus juger». □

Conférence du Dr Michel Odent,

**le 17 janvier 1994 à 20h30,
au Centre théosophique
17, Rue Ferdinand-Hodler
Genève**

Kommission für Bildungsfragen im Gesundheitswesen (KBG)

Das Zentralkomitee des Schweizerischen Roten Kreuzes (ZK SRK) erlässt per 1.1.1994 das Reglement der «Kommission für Bildungsfragen im Gesundheitswesen (KBG)», die als beratende Kommission des ZK SRK im Sinne von Art. 35 der SRK-Statuten vom 22. November 1986

- sich als Fachorgan für Belange der Berufsbildung im Gesundheitswesen mit grundsätzlichen Fragen von gesamtschweizerischer Bedeutung befassen soll,
- einen Beitrag zur Meinungsbildung und Konsensbereitschaft unter den vertretenen Kreisen leisten soll.

Diese neue KBG wird höchstens 21 stimmberechtigte Mitglieder umfassen, die aus den Kreisen des Gesundheits- und des Erziehungswesens stammen:

- 3 Kantonsvertreter
- 3 SRK-Vertreter
- 3 Vertreter von Arbeitgebern (bzw. Arbeitgeber-Organisationen)
- 3 Vertreter von Schulen
- 3 Vertreter von Berufsverbänden
- 6 weitere Mitglieder

Ausserdem werden Mitglieder des Zentralkomitees und leitende Mitarbeiter des Bereichs Berufsbildung mit beratender Stimme mitwirken.

Im gleichen Reglement wird ein «Fachausschuss der Kaderschule» geschaffen, der den bisherigen Schulrat ersetzt. Diesem Fachausschuss werden Vertreter aus den Bereichen Spitalverwaltung, Leitung Pflegedienst, Schulen, Berufsverbände, kantonale Gesundheitsdirektionen, Ärzteschaft und Experten für Ausbildung oder Schulorganisation angehören.

- Aufgabe des Fachausschusses Kaderschule wird es sein,
- als Fachorgan des SRK für weiterführende Ausbildungen zu agieren,
 - die Kaderschule hinsichtlich des Angebots an Ausbildungsprogrammen zu beraten.

Zufolge der Bildung dieser neuen Kommission wird auch die bisherige Kommission für Berufsbildung (KfB) aufgelöst.

Schweizerisches Rotes Kreuz, Berufsbildung, Postfach, 3001 Bern, Telefon 031 387 71 11, Fax 031 311 04 68 □

Une nouvelle Commission pour la formation dans le domaine de la santé (CFS)

Le Comité central a mis en vigueur, au 1er janvier 1994, le règlement de la nouvelle Commission pour la formation dans le domaine de la santé (CFS), commission consultative au sens de l'article 35 des Statuts du 22 novembre 1986.

La CFS sera l'organe technique pour ce qui touche à la formation professionnelle dans le domaine de la santé; elle devra se pencher sur des questions de principe qui ont une importance nationale et contribuer en outre à former l'opinion et à rechercher le consensus parmi les milieux concernés.

La CFS se composera de 21 membres au maximum, issus des milieux de la santé et de l'éducatoin. Elle comprendra:

- 3 représentants des cantons»
- 3 représentants de la CRS
- 3 représentants des milieux employeurs
- 3 représentants des écoles
- 3 représentants des associations professionnelles
- 6 représentants d'organisations diverses.

En outre, le délégué à la formation professionnelle ainsi que certains proches collaborateurs y participeront avec voix consultative.

En vertu de ce même règlement, le Conseil d'Ecole est remplacé par la sous-commission des représentants de l'administration hospitalière, des directions de services de soins, des écoles, des associations professionnelles, des directions cantonales des affaires sanitaires, des milieux de la médecine et des experts dans le domaine de la formation et de l'organisation des écoles.

Cette sous-commission sera chargée en particulier

- de remplir la fonction d'organe technique pour les formations complémentaires
- de conseiller les écoles de cadres en matière d'offres de programmes de formation.

Suite à la création de cette nouvelle commission, la Commission de la formation professionnelle (CFP) est ainsi dissoute.

Croix-Rouge Suisse, Formation professionnelle, case postale, 3001 Berne, téléphone 031 387 71 11, fax 031 311 04 68 □