

Dialoguer et prendre soin de personnes venues d'ailleurs – Situations et sensibilité inter- culturelles

Relations sociales et thérapeutiques: des cadres de références différents

Jean Martin

Au début 1998, la presse s'est fait l'écho d'une situation délicate à laquelle a été confrontée la Commission scolaire de la Chaux-de-Fonds (Salvadé, 1998). L'autorité cantonale neuchâteloise, en ce qui concerne des signes à connotation religieuse comme le port du voile islamique par les filles et suivant en cela la Conférence des Chefs de l'instruction publique de Suisse romande, montre une attitude flexible et ne s'y oppose pas par principe (alors que c'est le cas en France, au nom de la tradition républicaine et laïque – ou au nom de son interprétation actuelle). La situation de la Chaux-de-Fonds était particulière dans la mesure où l'écolière concernée semblait *ne pas souhaiter* porter le voile que son père lui ordonnait d'avoir... Des situations de ce type sont de plus en plus fréquentes dans un pays comme la Suisse, dont beaucoup de résidents sont nés ailleurs (chose que pour notre part nous considérons comme une source de stimulation et d'enseignements enrichissants).

Pour les professionnels de santé, cela demande de développer une sensibilité au fait que d'autres cultures ont une vision différente de la santé et de ses perturbations, de la relation soignant-soigné et des soins. Ainsi pour l'implication dans la situation thérapeutique des proches du patient, ce qui peut poser des questions délicates en rapport avec la confidentialité et le secret médical, valeur forte de notre mode de pratique. Mais le soignant ne peut pas balayer du dos de la main le fait que, dans des sociétés traditionnelles (d'Afrique ou du Moyen-Orient notamment), la maladie est une affaire de famille qui est discutée et gérée dans un cadre plus large que le col-

loque singulier. On doit donc tenir compte de ce que le patient et son entourage attendent du médecin qu'il participe à l'information et à la discussion avec les proches (d'une manière différente de la situation «entre Suisses»)*.

Ci-dessous, nous évoquons des situations rencontrées au cours des dernières années, où un confrère praticien ou d'autres nous ont consulté à propos de l'attitude à avoir. Soulignons qu'il ne s'agit pas de dire qu'il y a dans ces cas *une* seule bonne manière de faire. Le *respect* de l'autre et de ses convictions, même si on garde évidemment le droit d'être en désaccord, est ici un ingrédient fondamental d'une interaction constructive.

Rapports parents-enfants

On sait comment la situation d'enfants, et spécialement d'adolescents, de familles étrangères résidant dans notre pays peut être difficile: A cause de la dissonance entre les valeurs et le mode de fonctionnement de leur famille et de la communauté dont elle est issue d'une part et, d'autre part, les valeurs et le fonctionnement de la société suisse dans laquelle ils grandissent et vont à l'école. Passant plus de temps avec leurs camarades qu'avec leurs parents et parlant français (respectivement allemand ou italien) comme les Suisses, alors que leurs parents le maîtrisent parfois mal, ces jeunes venus d'ailleurs sont (très) influencés par la manière dont les choses se passent ici. C'est le cas notamment, et cela amène des situations délicates ou conflictuelles, pour tout le domaine des relations filles-garçons, de la camaraderie jusqu'aux relations sexuelles; avec des questions allant des heures de sortie à la contraception et à la grossesse (et son éventuelle interruption). Des situations difficiles père-fille se voient souvent dans des familles musulmanes du Kosovo et de la Turquie.

Dans le cadre de la supervision que nous exerçons de l'application de l'art. 120 CPS (interruption non punissable de la grossesse), nous avons été frappé de constater les conséquences, parfois dramatiques, du fait que des jeunes gens de pays du Sud de l'Europe adoptent les comportements de leurs camarades suisses. La confrontation ultérieure (p.ex. en cas de grossesse) avec l'impossibilité d'en parler dans leur milieu, marqué par des normes rigides sur la virginité notamment,

* Il est clair que le médecin reste tenu au secret médical selon l'article 321 du Code pénal. On rappellera qu'il peut être délié de ce secret et que le moyen habituel et préférable est d'être délié par le malade lui-même. Dans la grande majorité des cas, ce dernier sera donc d'accord qu'on renseigne sa famille et que, de manière appropriée, on tienne compte de son avis. On observera strictement par ailleurs la demande du patient doué de discernement que la confidentialité soit gardée, en général ou sur des points précis.

entraîne des situations lourdes et des cas de conscience pour le professionnel. Les problèmes sont liés aussi aux connaissances très insuffisantes de ces jeunes (qui évoquent chez moi une idée d'«analphabétisme» en matière sexuelle), dont les parents ne sont culturellement (et même factuellement) pas en mesure d'assumer ce rôle d'information. Il est impératif que soient accessibles des services offrant des possibilités de dialogue et de conseil (tels que, dans le canton de Vaud, ProFa). Il faut aussi un programme adéquat d'éducation sexuelle à l'école. Le professionnel de santé cherchera à informer les différentes parties (dans la mesure du possible, avec la prudence voulue) et à promouvoir un dialogue serein. En gardant en mémoire que seul le respect (pour le moins un certain respect) des loyautés aux origines garantit à la jeune fille le droit et l'accès à une autonomie, à se distancer de certaines règles culturelles héritées.

Près de nous, différents efforts de formation sont faits afin d'améliorer la compétence des professionnels dans leurs rapports avec des migrants: sous les auspices notamment de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (Prof. A. Pécoud, Dr I. Rossi), d'Appartenances (Dr J.-C. Métraux, cf. infra) et du Service médical (FARMED) et infirmier de la FAREAS (fondation s'occupant des requérants d'asile). A relever aussi que, par rapport à la situation prévalant il y a vingt ou trente ans, nous avons à nous relier (à établir des liens) avec des personnes dont les cultures sont souvent plus éloignées de la nôtre qu'auparavant.

Relations parents–professionnels

Deux exemples:

- Récemment, la direction d'un établissement nous interpellait à propos d'un enfant étranger dont l'examen médico-dentaire montrait que sa dentition était en très mauvais état et nécessitait un traitement. Malgré tous les efforts d'explication déployés, son père refusait véhémentement qu'il soit traité.
- Autre situation critique qui nous a été rapportée: celle d'un père qui, ayant été informé en milieu hospitalier du fait que son enfant présentait une affection grave, a physiquement agressé le médecin (dans le même sens où, dans les

siècles passés, il arrivait qu'on fasse subir un sort funeste au porteur de mauvaises nouvelles?).

Nous disposons dans le canton de Vaud depuis 1992 d'une association privée qui s'attache à faciliter la communication entre les personnes immigrées et les professionnels et institutions du domaine médico-social; entre autres, à apprendre à ces personnes (familles, groupes) ce qu'on pourrait appeler le bon usage de nos structures (cf. Appartenances dans les références). Rapidement, son action a démontré qu'elle répondait à de réels besoins et on fait maintenant souvent appel à ses compétences.

Interruption de grossesse

Il n'est pas rare, nous l'avons relevé, de voir des jeunes filles étrangères, souvent du Sud de l'Europe séjournant chez nous sans permis (ou du Moyen-Orient et d'ailleurs étudiant dans des écoles privées suisses), devenir enceintes dans l'ignorance (quasi) complète des faits physiologiques pertinents; ceci alors que, autour d'elles ici, on a des relations sexuelles dans des conditions prohibées par leur propre culture. Il est essentiel d'être sensible à l'incertitude et souvent la solitude de ces jeunes filles et de proposer l'écoute adéquate, dans le sens de résoudre un problème existant et dans un sens préventif. Nous avons aussi été confronté à un cas particulier d'une autre nature:

S'est présentée en sollicitant une interruption de grossesse une jeune femme chinoise, étudiante en Suisse avec son mari, chinois lui aussi. Il n'y avait pas de raison médicale déterminante pour une interruption.

Ce que cette personne a souligné, c'est que son pays la Chine populaire a mis en œuvre une politique publique d'un seul enfant par couple, appliquée de manière ferme, en particulier en milieu urbain (il y a une certaine tolérance pour un deuxième enfant en milieu rural et dans les minorités ethniques).

Elle admettait donc que, en principe, elle n'aurait qu'un seul enfant. Or, il était compliqué et perturbant qu'elle l'ait au cours de ses études en Suisse, loin de sa famille et de l'aide dont elle pourrait bénéficier dans son pays. Puisqu'elle ne

pouvait avoir qu'un seul enfant, disait-elle, elle souhaitait l'avoir dans des conditions optimales.

Question difficile: au sens strict, l'indication à l'interruption était discutable. Par ailleurs, pour nous être intéressé à la situation de la Chine, nous savions que la mise en œuvre de la politique d'un enfant par famille est une réalité concrète et que l'argumentation présentée était raisonnable. Pouvait-on ne pas entendre le désir compréhensible et même estimable de cette femme que son (seul) enfant à venir naisse dans de bonnes conditions psychosociales? L'avis conforme a été donné.

A propos de circoncision

Un confrère nous a appelé à propos de la situation suivante:

- Il était consulté par une famille requérante d'asile d'origine somalienne, venue présenter deux petits enfants, jumeaux, pour les faire circoncire. La circonstance particulière, c'est que l'un d'entre eux était un garçon et que l'autre était une fillette ...
- En termes européens, la circoncision ne pose pas de problème pour le garçon et est prohibée s'agissant de la fille. Avec ce confrère, nous avons parlé de la difficulté qu'auraient les parents à comprendre: l'opération est ou peut être faite de routine dans les deux cultures pour un des sexes, mais est inadmissible chez nous pour l'autre tout en étant une pratique très ancrée dans la culture africaine concernée.
- La question n'est pas de débattre d'une éventuelle légitimation de la l'excision féminine (que nous refusons – rappelons que c'est une tradition socioculturelle qui n'est pas prescrite par la religion islamique). Mais on sait aussi que, dans des contextes traditionnels et de façon encore impérative dans des pays comme la Somalie et le Soudan, la majorité des parents feront aujourd'hui circoncire leurs filles de toute manière; ceci avec des risques d'autant plus grands de mutilation et d'hémorragie que l'intervention est pratiquée par des mains inexpertes.
- Nous nous sommes demandés si, éthi-

quement, on pouvait envisager une intervention *a minima* («symbolique»), qui permettrait aux parents de ne pas transgresser une prescription culturelle forte tout en limitant au maximum l'atteinte physique et les dangers d'une intervention par un non-médecin (de plus, l'hôpital proche disposait d'un chirurgien d'origine musulmane).

- Finalement, une décision d'excision de cette fillette n'a pas été prise; la famille a été perdue de vue par notre confrère concerné.

Le point pratique qui doit retenir l'attention est le besoin d'expliquer une différence de traitement à propos d'un geste qui a pour nos interlocuteurs une importance comparable pour les deux sexes. Tout en étant tout à fait opposé à la circoncision féminine, comment réagir dans un cas individuel à la réalité qu'il n'est pas possible de supprimer une telle pratique d'un jour à l'autre, comme d'un trait de plume? On doit promouvoir une évolution, au moins progressive, et on a le devoir dans l'intervalle de chercher à limiter les dégâts.

Pour finir ... un souvenir

Après mes études et trois ans d'assistance à l'Hôpital de St-Loup, près de La Sarraz, nous avons, ma femme et moi, travaillé dans un hôpital de la partie amazonienne du Pérou, près de Pucallpa (Martin, 1970). Cette période de dix-huit mois a été une succession de découvertes, plus encore en termes humains et de socioanthropologie qu'en termes médicaux stricto sensu. L'espace ne permet pas de parler de l'influence des croyances locales sur les comportements, des difficultés de compliance, particulièrement dans des maladies chroniques comme la tuberculose (on arrête de prendre les médicaments quand on se sent mieux), ou de cas dramatiques liés à un sentiment de crainte ou de culpabilité, ou à la distance: ainsi l'abdomen aigu grave que j'ai jugé devoir ouvrir pour trouver une péritonite purulente massive sur avortement provoqué avec perforation de l'utérus (la patiente était restée muette à cet égard lors de l'anamnèse); ou cette femme venue après dix mois de grossesse en disant qu'elle avait eu des contractions un mois auparavant mais que l'enfant n'était pas venu: elle gardait dans un utérus distendu, qui fai-

sait penser à du carton mouillé, un enfant mort en position transverse.

J'aimerais évoquer une situation où j'ai enfreint les notions déontologiques apportées d'Europe en prenant, de manière mi-rationnelle mi-intuitive, une décision difficile. Depuis notre hôpital (plutôt bien équipé, avec un personnel péruvien et européen adéquat), nous allions tous les quelques mois faire une visite sanitaire, en canot à moteur, à des villages indigènes situés sur le gros affluent de l'Amazone de notre région, l'Ucayali. Lors d'une visite à un hameau qui nous connaissait peu, on m'a montré un enfant de deux ans environ dans un état de malnutrition (kwashiorkor) grave, gonflé d'œdème, très anémique. Selon mon expérience de cas de ce type arrivés à l'hôpital, le pronostic était réservé: malgré re-nutrition, lutte contre l'infection, transfusion sanguine (qu'on devait obtenir de membres de la famille, pas faciles à trouver ou convaincre), nos efforts n'avaient pas toujours les résultats escomptés. Dans ce village à plusieurs heures de bateau à moteur de l'hôpital (et donc à plusieurs jours de pirogue), devant un groupe indigène qui avait eu peu de contacts avec la société extérieure, le fait d'emmenner cet enfant et sa mère avec nous, de les «arracher» à leur groupe (même avec leur accord), alors qu'il y avait au moins trois chances sur quatre qu'il meure finalement néanmoins, m'est apparu trop traumatisant. Nous sommes repartis sans eux.

Cet enfant est sans doute décédé. Si je l'ai laissé alors dans son milieu, ce n'est pas surtout au vu des chances modestes de le tirer d'affaire (10% de chances seraient bonnes à prendre), mais à cause de la crainte qu'un échec nourrisse la méfiance de ce village vis-à-vis des intentions et de l'effet des actions de «ceux qui viennent d'ailleurs»: à la mort vraisemblable de ce gosse à l'hôpital, personne chez lui n'aurait accusé la malnutrition ou les parasites intestinaux qui l'avaient débilité; on aurait jugé, logiquement en quelque sorte puisque c'est nous qui l'avions emmené, que nous étions impliqués. Y a-t-il dans la détermination que j'ai prise une déformation critiquable dans une optique (trop) communautaire ou sociétale? Une fois encore, j'ai jugé important de ne pas contribuer à un climat de ressentiment et de soupçon entre ce groupe tribal et la société péruvienne (métisse, plus ou moins européenne). Ceci alors

que trop souvent, des expériences ultérieures me l'ont montré, il y a des raisons de mettre en cause les motivations et les intérêts de ceux qui s'approchent d'autochtones en affirmant vouloir les aider ... Se souvenir ici de l'importance dans les efforts de développement de promouvoir la participation de nos interlocuteurs et leur capacitation (empowerment).

En guise de conclusion

Certaines attitudes ou coutumes d'autres origines sont difficilement compréhensibles voire inacceptables chez nous. Quand elles sont délétères, il faut s'employer à les faire évoluer, respectivement à faire en sorte qu'elles cessent. Une sensibilité interculturelle est indispensable en vue d'établir un rapport empathique et favoriser un processus graduel de changement acceptable pour nos interlocuteurs (patients et familles), dans le dialogue. Il ne s'agit pas de dire qu'on devrait tolérer chez des résidents étrangers des situations qu'on n'admettrait pas chez nos compatriotes, mais cela amène à réfléchir aux différences comme aux similitudes entre leurs règles culturelles et les nôtres: Ainsi, il existe sous toutes les latitudes des règles condamnant la maltraitance, même si la limite entre la punition corporelle culturellement acceptable et l'abus varie d'une région à l'autre, d'une époque à l'autre. Penser que certains enfants sont battus par leurs parents «parce que chez eux c'est habituel» cache dès lors une bonne partie de la vérité et peut même s'assimiler à un manque de respect pour la culture d'autrui (J.-C. Métraux, *communic. personnelle*). En tout cas, il faut se souvenir que la confrontation directe, autoritaro-professionnelle, suscite beaucoup d'incompréhension, de résistances et de conflits entre professionnel et patient comme au sein du groupe culturellement différent, et peut pousser ces personnes à occulter les dits comportements, avec des conséquences elles aussi négatives.

Références

- 1 Adam Ph, Herzlich C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris: Nathan; 1994.
- 2 Appartenances. Association prenant en charge des situations médico-sociales avec une dimension interculturelle. Diverses publications. Terreaux 10, 1003 Lausanne.
- 3 Coreil J, Mull D, eds. Anthropology and primary health care. Boulder, CO: Westview Press; 1990.
- 4 Fontana E. Communauté portugaise et interruption de grossesse – Une démarche de recherche-action dans le canton de Vaud. Mémoire en sciences sociales et pédagogiques, Université de Lausanne; 1994.
- 5 Helman C.G. Culture, health and illness. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1994.
- 6 Jecker N.S., Carrese J.A., Pearlman R.A. Caring for patients in cross-cultural settings. Hastings Center Report, January-February; 1995: p. 6-14.
- 7 Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
- 8 Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris: Payot; 1986.
- 9 Martin J. Médecine et pays en voie de développement. Rev méd Suisse rom 1970;90:351–60.
- 10 Massé R. Culture et santé publique. Montréal/Paris: Gaëtan Morin Editeur; 1995.
- 11 Nathan T. L'influence qui guérit. Paris: Odile Jacob; 1994.
- 12 Nathan T, Stengers I. Médecins et sorciers, Paris: Les Empêcheurs de tourner en rond; 1995.
- 13 Salvadé Ch. La Chaux-de-Fonds se déchire autour d'une affaire de foulard islamique. Le Nouveau Quotidien, 30 janvier et 2 février 1998.

Cyberslang für jedermann

Silva Keberle

In dieser Kleinstrubrik veröffentlicht PrimaryCare die bekanntesten Kürzel, die im E-Mail-Verkehr und vor allem in Chatgroups Anwendung finden. CU!

C

CB	Kurz für <i>Ciao Bella/Bello</i> .	cps	Kurz für <i>characters per second</i> , Zeichen pro Sekunde.
CERT	Kurz für <i>Computer Emergency Response Team</i> .	CR	Kurz für <i>Carriage Return</i> , Zeilenumbruch.
cfd	Kurz für <i>call for discussion</i> , (ich) fordere zur Diskussion auf.	cs	Kurz für <i>cybersex</i> .
cfv	Kurz für <i>call for vote</i> , (ich) fordere zur Abstimmung auf.	cu	Kurz für <i>see you</i> , (man) sieht sich.
CGI	Kurz für <i>Common Gateway Interface</i> .	cul8er	Kurz für <i>see you later</i> , bis später.
CIX	Kurz für <i>Commercial Internet Exchange</i> .	cum	Kurz für <i>change your mind</i> .
cm	Kurz für <i>call me</i> , ruf mich (an).	cus	Kurz für <i>see you soon</i> , wir sehen uns demnächst.
cmiiw	Kurz für <i>correct me if I'm wrong</i> , Berichtige mich, wenn ich falsch liege.	cut	Kurz für <i>see you tomorrow</i> , bis morgen.
		cya	Kurz für <i>see you</i> , (man) sieht sich.