



Les pratiques de soin en situation interculturelle

*« La plus courte distance de soi à soi,
c'est l'autre. »*

Jean Guiton.

Juillet 2008

Rédaction Emmanuel Hirsch



www.espace-ethique.org

SOMMAIRE

■ Plaider pour le respect des singularités

David le Breton

Professeur de sociologie, Université Marc Bloch, Strasbourg →3

■ La maladie et la manière d'être en Afrique noire

Didier Ouedraogo

Professeur de philosophie, master Éthique, science, santé et société, Espace éthique AP-HP/Université Paris-Sud 11 →8

■ Perspective interculturelle : comment l'hôpital peut-il soigner autrement ?

Sarah Miangu

Médiatrice santé, Association Femmes médiatrices interculturelles de Pantin →11

■ Le danger de la généralisation lorsqu'il est question des migrants

Atmane Aggoun

Sociologue, master Éthique, science, santé et société, Espace éthique AP-HP/Université Paris-Sud 11 →14

■ Tenir compte de la dimension culturelle des affections, en psychopathologie de l'enfant

Taïeb Ferradji

Psychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Avicenne, AP-HP →16

■ La maternité conçue comme espace de transmission

Israël Nisand

Responsable du Pôle de gynécologie-obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg →19

Edith Wildy

Architecte et designer

Ilana Isehayek

Artiste peintre

Plaider pour le respect des singularités

David le Breton

Professeur de sociologie, Université Marc Bloch, Strasbourg

D'autres usages, d'autres mœurs

Mon propos a pour but de témoigner de travaux réalisés en Alsace autour de malentendus intervenus à l'hôpital et s'expliquant largement par des facteurs d'ordre culturel. Je fais là référence à des tensions entre des patients d'origine migrante et des équipes soignantes. Quelles analyses ces malentendus peuvent-ils inspirer ?

Lors de son hospitalisation, la personne passe par un moment de dépossession d'elle-même. Elle entre dans une terre étrangère dont il est bien difficile de dominer les codes. Franchir le seuil de l'hôpital, c'est voir les modes traditionnels du rapport à autrui bouleversés. Être dépouillé de ses vêtements revêt une valeur symbolique incontestable. Le personnage que l'on incarne au quotidien est remis en cause, le passage de la position verticale à la position horizontale consacre la perte d'autonomie. Cette dernière n'est pas sans occasionner souffrance et angoisse. D'un seul coup, il faut sans cesse envisager des compromis avec son identité. En effet, les signes de sa transformation en « patient » par l'environnement médical ne manquent pas. L'institution hospitalière impose un emploi du temps, des rythmes et des interactions dont on n'a plus la maîtrise. Ainsi, durant son séjour à l'hôpital, une personne se dépouille de ce qui constitue son mode de vie quotidien pour entrer dans un mode de gestion témoignant d'une culture pour le moins hermétique. Chacun peut imaginer la perplexité d'un malade qui entend le jargon des médecins qui se succèdent à son chevet. Il lui est demandé de décrire continuellement ses symptômes à des interlocuteurs différents. Il doit se prêter à une série d'examens, tout en faisant usage d'un langage gauche eu égard à la technicité de son environnement.

En un sens, le malade à l'hôpital pourrait presque être comparé à un ethnologue cherchant à entrer en contact avec une communauté humaine dont il ignore les usages et les mœurs. Indépendamment de toute culture et de toute référence à une communauté donnée, l'hospitalisation est comparable à un événement plongeant un individu dans un lieu et dans un temps dépourvus de tout élément familier. L'ésotérisme de la culture médicale ne cesse d'ajouter des difficultés à un contexte où l'identité du sujet est comme rendue précaire par la dégradation de la santé. Tous ne s'approprient pas ce contexte d'hospitalisation de la même manière et avec les mêmes moyens. Il n'est pas toujours aisé d'identifier les différentes catégories de personnels - et donc d'interlocuteurs - que l'on est susceptible de croiser. Le langage entendu va en principe bien au-delà du seuil de compréhension ordinaire.

Un huis clos est agencé autour de la logique médicale, peu évidente aux yeux du profane.

Observons que l'hôpital tend à uniformiser les soins, à les normer. Ce faisant, les singularités liées à l'histoire et à l'origine du malade tendent à être estompées. Les accommodations qui, au quotidien, maintiennent l'estime de soi ne sont parfois même plus de mise. Au quotidien, il est inadmissible de ne pas répondre à une salutation. À l'hôpital, il n'est pas rare qu'il faille accepter des rebuffades lors de la visite de certains « patrons », certes pas de tous.

L'hospitalisation pourrait être décrite comme une régression dans la socialisation d'un individu, qui doit partager l'intimité de sa chambre avec d'autres. Une nudité relative ou le port d'un pyjama, de même que le fait de devoir rester couché, participent d'une image dépréciée de soi. Naturellement, des modes de défense et d'adaptation se mettent en place. Une « vie ordinaire » autre émerge à l'hôpital, dans laquelle des situations qui se présentent ne sont pas invivables, alors qu'elles le seraient dans le contexte de la vie ordinaire. Le malade et ses proches sont conduits à accepter une condition nouvelle, à cause de ce que représente l'hôpital qui, de fait, institutionnalise l'inconvenance et l'intègre à sa routine. En effet, la nudité n'y est plus une violation intolérable de son identité. Elle fait partie du quotidien du soin alors qu'elle est ordinairement synonyme de gêne, de scandale ou de honte.

Surmonter les incompréhensions et les oppositions pour préserver une éthique de la personne souffrante

Malgré le retrait de normes usuelles, la logique hospitalière favorise la préservation de l'identité. Elle mise encore sur les capacités d'adaptation des malades, dont les peurs initiales peuvent fort bien avoir été exagérées car alimentées par l'angoisse et l'imagination. Toutefois, bon nombre de cas de figure peuvent déboucher sur des malentendus, des tensions ou même des conflits déclarés lorsque le malade estime que son identité et ses droits ont été bafoués. Insistons sur le fait que l'hôpital est fertile en malentendus. Les appels à son humanisation ne manquent pas, qu'ils émanent du ministère, d'une coordination d'infirmières ou d'une enquête de la presse écrite. Les revendications n'ont pas toujours le même sens lorsque ce sont les médecins qui les formulent ou des groupes d'usagers. À l'évidence, les avancées techniques sur le plan des pratiques médicales ne se sont pas toujours accompagnées de progrès sur le plan éthique et moral. L'institution hospitalière est parfois décrite comme une bureaucratie, qui plus est manquant de personnel à des postes clés. Les patients peuvent avoir l'impression d'être des gêneurs, ou même des objets encombrants. Toute dérogation aux habitudes de soin ne manque pas de causer de la gêne et les personnes peu désireuses de rentrer dans les parcours classiques de prise en charge ont tendance à être au mieux ignorées et au pire rabrouées. Or, la différence constitue un thème clé si l'on veut rendre compte de la réalité de l'institution hospitalière.

Contre la constitution de ghettos culturels et contre le rejet épidermique de la différence, l'enjeu fondamental réside dans le respect des singularités des malades au cours des soins. Les milieux populaires ont sans doute des difficultés particulières à s'approprier les codes et les clés qui régissent l'hôpital. À l'extrême, le migrant – et *a fortiori* sa compagne – se signalent par un éloignement considérable de la culture hospitalière. Il en va de même pour « les gens du voyage ». L'écart ressenti entre des références identitaires et le milieu d'accueil est d'autant plus large qu'une personne appartient à une culture dominée. Un migrant pourra provenir d'un milieu rural, avoir de grandes difficultés avec la langue française ou même appartenir à une religion imposant le respect de devoirs précis que l'environnement hospitalier est peu enclin à favoriser. Le sentiment d'être totalement étranger à cet environnement, loin de sa famille et de son groupe d'appartenance, peut encore s'accompagner d'une crainte de racisme (qu'elle soit fondée ou parfaitement infondée). Ainsi, une personne qui se cantonnait à un trajet quotidien entre son lieu de travail et un centre d'hébergement peut subitement se trouver au centre d'un affaiblissement auquel elle ne comprend pas grand-chose. Les réalités sont fortement contrastées d'un hôpital à l'autre et les réactions des malades migrants ne sont guère prévisibles.

Deux attitudes extrêmes constituent deux options délimitant une large gamme de réponses possibles aux sollicitations : le repli, l'obstruction ou, au contraire, l'ouverture. Un écran de fantasmes plus ou moins favorables s'interpose entre le malade et l'institution. Hospitalisé, le migrant ne peut se dérober aux sollicitations quotidiennes. Il peut choisir le conflit, attitude dangereuse l'exposant à la réprobation et aux jugements dévalorisants. Dans ce cas, les médecins ont à essuyer des attitudes de plainte, de révolte, de refus de soins, de dénigrement qui vont jusqu'à mettre en péril leur malade. Ne parlons pas du refus de l'alimentation ou de l'arrachement des sondes. Par ces gestes, le malade jette ses dernières forces dans un sursaut identitaire d'opposition à des soins qu'il ressent comme une violence. Ce qui est désigné comme le « refus de soin » ne renvoie à rien d'autre qu'à une affirmation par le malade de ce qui est son identité fondamentale, laquelle lui semble remise en cause. Or, plus une personne est vulnérable, plus les obligations d'une institution de soins à son égard sont fortes. Nous touchons là à l'éthique de la vulnérabilité de la personne souffrante, à la « juste mesure d'égards qui lui revient » en tant que personne, pour emprunter une expression à Aristote.

Ne pas réduire l'autre à sa culture

Dans un service hospitalier, largement en raison de l'anxiété et des inquiétudes potentiellement générées, les manières dont la souffrance se manifeste sont variables. De plus, le dynamisme d'équipes soignantes est à même, dans certaines circonstances de dissiper les angoisses. C'est leur capacité d'écoute qui est sollicitée, lorsqu'elles ont à prendre en charge un malade migrant qui ignore tout de l'univers auquel il est confronté. Avouons que les réalités sont très contrastées entre les services et l'on pourrait évoquer le meilleur comme le pire.

Il est des climats qui alimentent la frustration chez les soignants et nuisent aux capacités d'accueil d'un service dans son ensemble. Face à la différence radicale que peut représenter un patient migrant, la dimension psychologique de la dynamique d'un groupe soignant est essentielle. C'est elle qui fait la différence entre un succès et une catastrophe. Jusqu'où doit-on évoquer la dimension culturelle lorsqu'il est question d'hospitalité ? On ne doit pas l'invoquer de manière excessive, même si elle doit indubitablement être prise en compte. Les préjugés culturels (songeons aux fameux « syndromes méditerranéens ») sont encore de mise. En aucune façon la culture ne doit être le dernier mot de la compréhension du malade. Elle n'en constitue qu'un élément, à saisir dans l'ensemble qu'est la personne malade. L'attention à la personne malade est un pilier d'une éthique qui n'en doit pas moins être réciproque. Un minimum de respect lui est dû tout comme à l'équipe soignante qui doit pouvoir travailler sereinement.

La souffrance, la culture et la personne

En tout état de cause, la négligence dans la relation alimente la conflictualité. Le seul moyen pour éviter qu'une logique du pire ne s'instaure réside dans une attention redoublée à la personne malade, laquelle n'est pas réductible à ses organes et ses fonctions altérés.

D'une condition sociale à l'autre, en fonction des histoires personnelles, les hommes et les femmes font preuve d'une sensibilité très variable à la douleur et aux blessures morales. Toutes les sociétés humaines déterminent plus ou moins implicitement un seuil de légitimité de la douleur, sur la base duquel des anticipations sur ce que peuvent occasionner des circonstances pénibles sont construites. De telles anticipations de douleur sont associées à des événements tels qu'une intervention chirurgicale ou dentaire. Dans la perspective d'un acte médical lourd, des commentaires avertis ne manquent pas d'être produits par ceux qui « sont déjà passés par là ». Chaque expérience est associée à une marge diffuse de souffrance. Elle se coule dans des normes ritualisées d'appréhension de la douleur par la société. Ainsi, lorsqu'une souffrance manifestée est hors de proportion avec l'événement qui l'occasionne, on soupçonne de l'affectation et de la duplicité. Des comportements de malades apparaissent ainsi anormaux, en référence à ce qui est attendu dans des circonstances similaires. A l'inverse, lorsque que la ritualisation de la douleur appelle sa dramatisation, on comprend mal qu'une personne reste stoïque. De plus, l'intensité d'une souffrance confirme le bien fondé de la présence de l'entourage du malade. Si ce dernier réagit de manière atypique eu égard à ce que l'on anticipe ordinairement d'une condition comme la sienne, l'entourage peut être frustré. S'agissant de patients migrants, des rites et des pratiques sociales entrent parfois en conflit avec la logique médicale. Ils ne doivent pas pour autant servir de prétexte à des jugements témoignant, en dernière instance, d'un ethnocentrisme étroit. A ce sujet, les recherches de Marcus Zborowski sur la manière dont les médecins américains percevaient l'expression de la douleur dans les populations de traditions juive et italienne méritent d'être évoquées. En effet, certaines cultures dramatisent la douleur bien plus que d'autres. Si des facteurs culturels jouent dans la façon dont les hommes expriment leur douleur, ils ne sont

nullement à l'origine d'un conditionnement absolu. La culture n'est pas une structure qui conditionne tout. D'autres spécificités (d'habitudes de vie, de génération, de sexe, etc.) entrent en ligne de compte. En d'autres termes, ce ne sont pas des cultures qui se rencontrent mais des hommes. Les malades sont des hommes et des femmes dont l'histoire est unique. Dans l'élaboration de stratégies et de recommandations au sein des équipes soignantes, l'indifférence aux pratiques culturelles est aussi condamnable que les stéréotypes qui aboutissent à désigner par exemple des « syndromes méditerranéens ». La personne malade n'est pas une mécanique passive obéissant à des lois dont seule la physiologie rendrait compte. Elle intériorise les événements en fonction de son rapport au monde, de sa culture, de ses valeurs et des circonstances qui composent un filtre spécifique.

Face à la douleur, observons que les différences au sein d'une culture donnée sont souvent plus marquées que les différences interculturelles. Un soignant attentif saura accepter une plainte et y répondre, sans présumer de son intensité réelle et sans recourir un filtre destiné à juger aisément l'attitude du patient. Bien des travaux ont pointé le caractère très délicat de l'évaluation de la souffrance. L'homme en bonne santé et actif est à l'évidence très mal placé pour juger de la souffrance de l'autre. Ce n'est pas soigner l'autre dans sa singularité que de restreindre les soins au prétexte que des catégories de personnes seraient « plus endurentes que d'autres ». Le recours aux antalgiques ne saurait être conditionné à de tels préjugés, qui nuisent à une bonne appréciation de la douleur. Rien n'est plus redoutable qu'une idée préconçue qui amènerait à minorer la douleur.

Dans tout exercice d'une profession au service de l'autre, trois ordres sont à distinguer : du savoir, du savoir faire et du savoir être. Sur le plan académique, le savoir est fortement valorisé dans le champ de la médecine. Le savoir faire est valorisé par la clinique. Enfin, le savoir être est très fortement apprécié des malades. En effet, ce n'est pas tant l'organe malade qu'il importe de soigner mais bel et bien l'homme souffrant, étant donné que ce dernier peut être immergé dans une culture bien spécifique. Un individu peut présenter bien des particularités sans que son identité puisse être réductible à chacune de ses composantes. La conjugaison de ces particularités ne définit pas un individu. Il en va d'ailleurs de même du médecin comme du malade. Les hommes et les femmes sont certes immergés dans leurs cultures et leurs conditions sociales, cependant ils s'inscrivent encore dans une trame relationnelle, une psychologie et une histoire propre. Fidèle au zèle apostolique dont Balint a fait mention, le médecin doit soigner son patient dans un sentiment de reconnaissance mutuelle partagée.

Mon propos ne consiste nullement à dresser un réquisitoire de l'hôpital. Il pourrait très bien s'appliquer à d'autres institutions, grandes machines pouvant potentiellement broyer les différences. Songeons par exemple à l'université... Il appartient aussi bien au médecin qu'à l'enseignant de restaurer des singularités bannies des logiques institutionnelles. Là réside une part de leur tâche.

Pour chacun d'entre nous, l'hospitalisation est une épreuve. Comme bien d'autres, je l'ai vécue avec mon regard d'anthropologue. Quelle que soit notre condition sociale, la prise en charge de nos problèmes intimes par des mécaniques

institutionnelles peut faire très mal. Des administrations très sophistiquées peuvent commettre de graves erreurs sur le plan humain. Du reste, des médecins aussi ont pu dénoncer la manière dont ils étaient traités. Il n’y a pas lieu d’attaquer qui que ce soit mais de plaider pour le respect des singularités, et pour une meilleure qualité de présence et d’écoute auprès des personnes souffrantes.

La maladie et la manière d’être en Afrique noire

Didier Ouedraogo

Professeur de philosophie, master Éthique, science, santé et société, Espace éthique AP-HP/Université Paris-Sud 11

Qu’est-ce qu’être africain ?

Je suis philosophe, d’origine noire africaine, spécialiste d’Emmanuel Levinas. J’enseigne l’interculturalité dans des formations animées par l’espace éthique de l’AP-HP. L’hôpital et les pratiques de soin constituent le cadre de la présente discussion. L’hôpital est le lieu où l’on accueille les malades, les indigents, les enfants, à savoir une grande diversité de personnes. En ouvrant le Littré, on trouve l’expression « *des personnes de France et d’ailleurs* ». Elle est digne d’intérêt. L’ailleurs témoigne d’une ouverture vers un ailleurs géographique, qui peut servir de point de départ à notre questionnement. En un sens, les pratiques de soins aujourd’hui appellent nécessairement l’interculturalité. Aujourd’hui, l’hôpital est interculturel. Cela n’évite pas les conflits d’identité et de reconnaissance, induits par des perceptions divergentes du monde, de soi, de la maladie et de ceux dont le rôle est d’assister les malades. De mon point de vue de philosophe, dans l’ouverture de « l’ailleurs » que mentionne le Littré, des perspectives peuvent être dessinées. Dans mon propos, elles se rapportent à l’interculturalité négro-africaine.

Nous avons tout compris, sauf nous-mêmes. C’est ainsi que l’on pourrait introduire la question : « qu’est-ce qu’être africain ? » Quelles réponses peuvent-elles être avancées par un Africain et par quelqu’un qui ne l’est pas ? Nous touchons là des représentations qu’il est nécessaire de comprendre avant de s’interroger sur les pratiques de soins sans tomber dans le schématisme ou « l’ethnocentrisme ». Qu’est-ce donc qu’un noir africain ? Spontanément, on songe à bien des pays d’Afrique noire. Toutefois, convenons que l’on peut très bien croiser des noirs africains dans le 16^{ème} arrondissement de Paris. L’important n’est pas l’origine géographique mais le sens culturel que l’on peut assigner à la désignation de « négro-africain ».

Être négro-africain renvoie à une bipolarité. Ce n’est pas seulement être enfant de ses parents, d’un homme et d’une femme. C’est être de provenance indéterminée au sens où il y a lien avec les ancêtres, avec des forces invisibles dans la nature.

Sur un plan anthropologique, il y a agencement de choses objectives et non objectives dans un même sujet. En quel sens faut-il entendre cette affirmation ? Une personne provient de ses parents biologiques, mais encore de ceux qui ne sont plus là ou que l'on ne voit pas. Pour être, demeurer et partir, on doit se référer à ce qui n'est pas objectif. La personne négro-africaine est tournée vers là où elle est venue. Il n'est guère difficile de comprendre pourquoi lorsqu'elle est hospitalisée dans des conditions qu'elle n'entend et qu'elle n'apprécie guère, il est tout naturel – de son point de vue – de repartir.

Dès lors que nous sommes sur terre, nous acceptons l'interrelation avec des êtres connus et non connus. Il s'ensuit une définition de notre propre être ambivalente et complexe. Quand la maladie survient, nous sommes confrontés à une double difficulté. Les symptômes sous-jacents à un diagnostic sont en relation avec des éléments objectifs et non objectifs. Chacun d'entre nous vit dans l'ambivalence de l'immanence et de la transcendance de son être. La maladie ne peut se concevoir qu'en deux dimensions, au moins. Aucune des deux n'est concevable sans rapport à l'autre, dans l'optique d'une guérison. D'où vient, au juste, la maladie ? Vient-elle des hommes ? Ne procède-t-elle pas plutôt de « ceux de là bas » ? L'esprit le plus cartésien ne saurait clarifier complètement la maladie dans la perspective négro-africaine. La causalité de l'existence n'est finalement guère plus claire de celle de la maladie. On évoquera des causes objectives ou non objectives. L'irrationalité causale peut apparaître barbare à l'esprit cartésien. Or, l'irrationnel n'est pas synonyme d'insensé.

Quand la maladie s'inscrit dans la chaîne que forme la collectivité

Interroger la maladie, c'est questionner son sens et sa provenance. Dans le même mouvement, on est amené à s'intéresser à tous les éléments constitutifs de son être. Surtout, c'est tout l'univers social qui doit être embrassé, car l'explication de la maladie peut fort bien résider dans le corps social. On ne saurait séparer la maladie d'une vaste hiérarchie de choses. Elle est même assimilable à quelque chose de proche et de hiérarchisé. Cette proximité hiérarchisée implique tous les membres de la société, dans la représentation traditionnelle négro-africaine. Par conséquent, c'est le corps social qui est sollicité par la maladie d'un de ses membres et chacun est amené à se charger de la maladie de l'autre. Ainsi, les pères sont impliqués, les grands pères le sont, de même que les aïeux même s'ils ne sont plus là, en vertu de forces surnaturelles. La maladie s'inscrivant dans un agencement collectif, chacun peut consulter le patient, à son niveau de responsabilité.

Lorsqu'un diagnostic est posé, on sait donc de quoi souffre le malade. Des prescriptions ont été formulées pour que le malade aille mieux et il y a lieu d'agir de façon bien déterminée. Toutefois, si la médecine s'est révélée incapable de produire un diagnostic valide, alors d'autres maillons de la chaîne sociale sont questionnés. On pourrait même dire que le malade entre dans un authentique « parcours de soins », passant d'un échelon à l'autre jusqu'à ce que l'ordre du divin soit lui-même mis en cause. La maladie se conçoit et se gère également sur la base de

représentations dont la fonction sociale est d'importance. Pour aller encore plus loin, on soulignera que la maladie est douée d'une existence propre, dans cette perspective. Il serait réducteur de ne considérer que l'aspect biologique du mal qui affecte le patient. Des référents et des causes multiples entrent en ligne de compte. Si le mal n'est pas rattaché à l'ensemble des causes dont il procède, alors une partie de ce dernier ne sera pas soigné. En dernière instance, c'est sur un plan transcendantal que la maladie peut être effectivement éradiquée et que l'équilibre et la santé sont susceptibles d'être restaurés.

La connaissance de la nature et de ses pharmacopées est primordiale. Dans la nature réside de nombreux vecteurs de guérison, qui ne sont toutefois pas les seuls auxquels on peut avoir recours. La prise en charge de la maladie fait encore appel à une ritualisation. Ce point renvoie à une sacralisation de la maladie, des soins et de la personne. En effet, on ne saurait concevoir les maux qui affectent l'homme sans considérer son caractère sacré. Ce n'est pas là faire référence à une confession ou à une religion, mais bien plutôt à une conception de l'être de l'homme, à savoir une ontologie. Au-delà du corps, il existe une dimension de transcendance qui est en lien avec la maladie. Pour cette raison, il y a lieu de ritualiser le soin. L'entourage de la personne malade lui est redevable, y compris en lien avec ce plan de transcendance. Tous sont redevables aux « êtres de là bas », qu'ils participent ou non au processus de guérison. La maladie s'inscrit donc dans un agencement d'êtres et d'influences complexe. On peut ou non guérir et la mort renvoie toujours à une conception du monde et du temps. Dans l'univers négro-africain, le temps est cyclique. Lorsque l'on meurt, on est remplacé. La mort n'est pas le terme de l'évolution des causalités de la naissance à la corruption, telle que la concevait par exemple Aristote. Au contraire, la succession des étapes est ininterrompue puisque l'individu n'arrive pas à un terme avec la mort. Il vient d'on ne sait où et a vocation à repartir on ne sait où. En dernière instance, la perspective dont il est question est atemporelle. A sa naissance, l'homme ne fait que rejoindre ce qu'il a jadis laissé pour venir prendre place dans la temporalité, au milieu des existants.

La personne malade n'est pas réductible à sa pathologie objectivée par la médecine

Quelles sont les implications des éléments précédemment exposés quant à l'intégration de l'interculturalité dans le soin ? Dans la perception négro-africaine des choses, l'accompagnement du malade concerne naturellement « tous les autres » et le secret médical n'a par conséquent aucun sens. Lorsqu'une personne est souffrante, il est naturel qu'elle dise à ses parents et même à son entourage de quoi elle souffre. Elle ne conçoit pas se prendre en charge seule. Au contraire, elle trouvera naturel d'être assistée par toute sa lignée dans l'épreuve qu'est la maladie, laquelle ne s'appréhende une fois encore que dans une collectivité. Les autres ont non seulement droit de cité mais, plus fondamentalement, ils sont sollicités par la condition de leur proche.

Dans l'hôpital occidental, très technicisé, un lit est dévolu au malade et aucun n'est placé, à côté, à l'intention de sa famille. En occident, le malade est seul. Il est malade dans une mesure qui ne lui appartient pas. En effet, la définition de sa maladie ne lui appartient pas, elle relève de la société. Ce faisant, le malade est plongé dans l'isolement et dans une identité qui lui a été assignée. Il ne saurait être l'auteur de sa maladie. L'enjeu fondamental sous-jacent à cette subordination réside dans la perception de soi. Au contraire de ce qui a été exposé précédemment, lorsque la société contribue à la connaissance et à la redéfinition de l'être malade, pour lui-même, c'est vers une toute autre prise en charge que l'on tend. La proximité, thème cher à l'espace éthique, met en jeu la condition de l'homme.

Nous sommes condamnés à vivre ensemble. Ce principe implique que la responsabilité en jeu dans l'accompagnement des malades ne saurait être uniquement technique. Les réponses techniques, face aux besoins des personnes attestent d'une manipulation car elles ne proposent qu'une prise en charge du corps, de la partie malade et non pas de l'être. La partie malade ne définit pas l'individu. Certes, la tentation d'assimiler la personne à la maladie peut-être grande. De fait, il est des pathologies qui prennent l'être en otage. La gravité toute relative d'une condition pathologique – allant du mal diffus mais bénin à une affection potentiellement mortelle – peut investir tout l'être de quelqu'un.

Puisqu'il est finalement question du rapport à la maladie, au monde, à l'autre, c'est la prise en charge étroitement technique de la maladie par les équipes soignantes qui est mise en cause. Soigner ne renvoie pas au traitement d'un ensemble de causalités qui relèveraient de la seule médecine technique. Dans la représentation négro-africaine, il est légitime que les soignants, à l'hôpital, négocient en vue de parvenir à un consensus avec le malade et son entourage. Il est encore légitime que le malade puisse se sentir « chez lui » dans sa chambre.

Perspective interculturelle : comment l'hôpital peut-il soigner autrement ?

Sarah Miangu

Médiatrice santé, Association Femmes médiatrices interculturelles de Pantin

Je suis médiatrice au sein de l'Association des femmes médiatrices interculturelles de Pantin. Il convient d'abord d'insister sur le fait que nous sommes des médiatrices de santé et non des infirmières. Notre terrain d'intervention est l'Hôpital Avicenne (AP-HP), dans le service de prise en charge des maladies infectieuses et tropicales.

Les femmes médiatrices sont quotidiennement aux prises avec des situations relevant de l'interculturalité. Les hôpitaux de Seine-Saint-Denis accueillent la plus forte proportion de patients d'origine étrangère d'Ile-de-France. Ce département est une terre d'échanges culturels. Chacun connaît également les difficultés sociales qu'il renferme, avec par exemple un taux de chômage très significativement supérieur à la moyenne de la région. C'est une population souvent très pauvre que

les infrastructures et établissements sanitaires doivent recevoir. Puisqu'il est question de santé, les difficultés liées à la délinquance, à l'insécurité ou à la consommation de stupéfiants ne sauraient être passées sous silence.

La moitié de la population qui est accueillie à l'hôpital Avicenne est d'origine étrangère. On a pu dénombrer 85 nationalités différentes, parlant 23 langues et dialectes dans les couloirs de l'établissement. Dans les services traitant les maladies infectieuses, la proportion de migrants n'est plus de 50 %, mais plutôt de 75 ou 80 %. En permanence, les cultures africaines, asiatiques, arabes, européennes se côtoient. Surtout, les services traitant les maladies infectieuses ont à accueillir des personnes vivant dans la plus grande précarité, sans travail, parfois sans domicile. Il n'est pas rare de devoir soigner des personnes exclues, sans famille, rejetées de tous y compris d'elles mêmes. Pour de tels individus, n'importe quel aspect de la vie pratique (se loger, s'alimenter, se déplacer) est susceptible de faire problème.

Confronté à une telle population, comment l'hôpital peut-il soigner autrement ? Comment soigner une personne très vulnérable, compte tenu de l'existence de fortes barrières linguistiques ? De quelle façon est-on en mesure de contraindre une personne sans domicile fixe à la discipline requise par un traitement médicamenteux ? S'agissant de patients aussi vulnérables, il y a tout lieu de respecter leur dignité si l'on veut établir une relation de confiance. Dans le but de parvenir à la nouer, l'hôpital d'Avicenne a mobilisé les énergies de femmes médiatrices. À l'origine, ces dernières ont d'abord contribué au projet « re-nutrition de malades atteints par le VIH ».

Les femmes médiatrices et l'effort d'adaptation de l'alimentation à l'hôpital

Parmi les personnes mobilisées dans une perspective interculturelle figurent notamment des traducteurs capables de s'exprimer dans la langue maternelle des malades. Mentionnons encore l'aumônerie multiculturelle et l'équipe de femmes médiatrices interculturelles dont je vais plus spécifiquement parler.

En 2002, un programme pilote a été mis en place, relatif aux soins des personnes migrantes à l'hôpital en Europe. L'hôpital Avicenne a été choisi pour représenter la France.

Un groupe de réflexion s'est constitué, dont les femmes médiatrices ont été parties prenantes. Désormais, chaque année, un colloque a lieu à l'hôpital Avicenne, au cours duquel elles interviennent. L'expérience dont je rends compte est, à ma connaissance, unique en France. Depuis 2001, elle est soutenue par Sidaction, car ce projet s'adresse à des malades atteints par le VIH, d'origine migrante isolés, hospitalisés pour une longue durée. Bien entendu, les pratiques soignantes dans un hôpital français diffèrent sensiblement de celles qui ont cours en Afrique. La relation à la nourriture est de première importance chez des malades qui, à cause de traitements ou pour d'autres raisons, sont sujets aux nausées et aux vomissements et à la perte d'appétit. Il n'est pas rare qu'ils refusent de s'alimenter, tout particulièrement lorsqu'ils sont coupés de toute famille. De tels refus ne sont pas sans soulever de graves difficultés sur le plan nutritionnel. C'est dans cette perspective que s'inscrit l'action des femmes médiatrices, qui sont elles aussi issues

de la migration et qui détiennent une formation en cuisine collective et en diététique.

Sur un plan administratif, notre projet n'était initialement pas facile à défendre, puisque l'hôpital constitue un univers clos. La nourriture qui y est servie doit obéir, bien entendu, à des normes strictes d'hygiène. Les femmes médiatrices apportent des aliments et des produits exotiques favorisant l'appétence des malades d'origine africaine (des bananes, des ignames, du manioc, etc.) C'est l'hôpital qui continue à fournir tous les aliments à risques tels la viande. Sinon, après discussion avec une femme médiatrice, c'est le malade qui choisit ce qu'il veut manger, même s'il n'est pas possible d'exaucer tous ses souhaits. Autant que nous le pouvons, nous tâchons de ne pas nous éloigner des choix qui sont formulés par le patient.

Mieux comprendre le malade migrant et l'entourer

Quel bilan de l'action des femmes médiatrices peut-il être dressé ? Le projet auquel nous participons n'est pas tant affaire de solidarité alimentaire que de soin, au sens large, c'est-à-dire intégrant la dimension culturelle et psychologique et physiologique de la personne. Le repas constitue l'occasion de faire quelque chose en direction des malades. C'est là qu'intervient notre médiation entre ces personnes et l'institution hospitalière. Elle est précieuse car elle témoigne d'une volonté de prendre en compte les perceptions des malades, de respecter leur histoire et leur dignité. L'emploi de la langue maternelle constitue un outil relationnel sans pareil pour améliorer la compréhension, rendre l'accueil meilleur et désarmer les conflits, lorsqu'il faut soigner des patients migrants. Cette attention est positive sur le plan de l'observance. Elle permet encore d'éviter nombre d'incompréhensions relativement aux thérapeutiques préconisées. Les femmes médiatrices accompagnent parfois les malades dans des démarches administratives telles que la recherche de logements ou la demande d'octroi de cartes de séjour par la préfecture. Sans carte de séjour, il n'est même pas concevable d'entreprendre une quelconque action de soin. Le cas échéant, les patients sont orientés vers des associations qui leur proposent des ateliers, des activités (alphabétisation, couture, cuisine, etc.) ou encore de prendre part à des groupes de parole.

Nous ne sommes pas des infirmières mais nous participons au « prendre soin » de l'autre. Nous sommes désormais bien intégrées au sein de l'hôpital Avicenne. Avant toute chose, il importe que notre présence contribue à éviter les conflits. Initialement, les personnels hospitaliers s'interrogeaient sur la raison de la présence de femmes médiatrices. Nous sommes bien conscientes de l'étendue du rôle et des prérogatives de chacun. Notre intervention s'inscrit dans les limites de l'amélioration de l'alimentation des malades d'origine migrante. En aucune manière nous n'avons songé à intervenir en lieu et place des soignants. De fait, une charte déontologique précise le cadre et les limites d'intervention des femmes médiatrices. La règle a été explicitement énoncée. Observons que l'hôpital a su s'ouvrir à son environnement, et recourir à des partenaires. Il le fallait, pour prendre en compte la diversité culturelle et sociale caractéristique des personnes que l'institution accueille au

quotidien. Il n'est pas de mieux être sans prise en charge globale, dans le cas de personnes très vulnérables.

Chacun trouve sa place lorsque prévaut un climat de confiance et d'acceptation de l'autre tel qu'il est. Certes, le fait de dialoguer, de laisser l'autre s'exprimer, d'échanger, de négocier prend du temps et l'hôpital est aussi un lieu où le temps manque

Le danger de la généralisation lorsqu'il est question des migrants

Atmane Aggoun

Sociologue, master Éthique, science, santé et société, Espace éthique AP-HP/Université Paris-Sud 11

Pourquoi est-il malaisé de parler de multiculturalité ? Mettre en avant l'ethnicité, la culture, l'identité est très dangereux. Faut-il pour autant ne jamais en parler et faire comme si aucun problème ne se posait ? Cela n'est pas souhaitable. De plus, d'où parle-t-on de multiculturalité ? La sociologie ne saurait faire l'économie de sa propre sociologie, suivant en cela le principe de réflexivité cher à Pierre Bourdieu.

Lorsque l'on évoque les soins à l'hôpital et l'interculturalité, le discours qui est tenu est bien trop proche de celui qui prévalait en 1954, avant le déclenchement de la guerre d'Algérie. Avec l'arrivée des migrants s'est immiscé le « problème de l'intégration ». Ce faisant, l'immigration a été considérée comme un problème social. Le migrant n'est-il pas la figure de « la personne à problèmes », par excellence ? Naturellement, la sociologie est convoquée pour se prononcer sur la question et l'on généralise trop. Avant de faire la sociologie des autres, mieux vaudrait commencer par entreprendre de faire la sienne. L'autoanalyse ne peut être que bénéfique au discours sur les autres.

Par quelle affection les migrants âgés se singularisent-ils ? Le service de psychiatrie de l'hôpital Avicenne a rapporté de nombreux cas de sinistres. Les personnes dont il est question ont eu des carrières continues. Ce sont des notables, et non pas des bénéficiaires du RMI. Elles ont travaillé, par exemple, de 38 à 40 années chez Renault. A un moment de leur carrière, un accident du travail a interrompu le cours des choses et causé une rupture majeure. Certes, sur un plan juridique, la société répare formellement un tel événement en octroyant une rente. Toutefois, cette réparation matérielle assurée par la collectivité ne restaure pas le corps valide « d'avant ». C'est ce que les psychiatres doivent entendre lorsqu'un malade passé par une telle trajectoire vient consulter en précisant « avoir mal là... ».

En partant de l'idée selon laquelle un migrant parle mal la langue française, on fait appel à des interprètes. Cette démarche est très compréhensible, mais ne faut-il pas y voir un danger ? Est-il légitime de traduire une souffrance que l'on n'a pas vécue, à partir des mots prononcés par l'autre ? Jusqu'où peut-on rendre une

souffrance reçue par la subjectivité de l'autre ? Une question comparable a été soulevée avec l'émergence de la psychanalyse freudienne. Comment fonder un projet rationnel d'investigation de ce que l'autre peut avoir de plus intime et de plus inobjectivable ? Au lieu d'estimer qu'un tel projet scientifique était voué à l'échec sur un plan conceptuel, Freud a jugé qu'il était possible de faire parler cliniquement les troubles psychiatriques. Des signes sont bel et bien accessibles à l'analyste.

L'investigation anthropologique : de l'observation flottante à la considération d'un cas emblématique

Depuis 2003, je travaille en tant qu'ethnologue sur les pratiques en chambres mortuaires. La méthode retenue est celle de l'observation flottante. J'ai publié un livre traitant de l'attitude des musulmans face à la mort à l'hôpital, en France. Mon travail a consisté à observer les familles des défunts, les cadres infirmiers et d'une manière générale tous les protagonistes à l'occasion du lavage des corps, de leur départ, des prières et rituels, etc. Après la publication de mon ouvrage *Les musulmans face à la mort en France*, la lecture de quelques courriers m'a convaincue des dangers de la généralisation. Après réflexion, j'ai abandonné la méthode de l'observation flottante. De retour sur le terrain d'investigation, j'ai souhaité travailler avec une équipe incluant des hommes et des femmes, afin de croiser plusieurs regards sur ce que Bourdieu aurait dénommé « un échantillon parfait ». En effet, notre dernière investigation concerne une seule personne : un homme décédé à 87 ans, père de 7 enfants, musulman d'origine arabe. Nous avons suivi son parcours de sa prise en charge dans une unité de soins palliatifs au rapatriement de son corps dans le bled. La question était la suivante : que signifie mourir au loin, dans l'espace laïc de l'hôpital public français ?

Pour décrire l'ambiance particulière qui régnait autour de ce vieillard mourant, on soulignera qu'au moment de son agonie, il était entouré de femmes âgées pieuses présentes conformément à ce que commandait leur culture. On entendait des chants religieux musulmans et non des pleurs. L'homme dont nous avons suivi la fin de vie était pieux. Il était allé trois fois à la Mecque. Sa position sociale était éminente, comme il était un grand commerçant du 20^{ème} arrondissement. En raison de ce que cet homme représentait pour son entourage, il était inconcevable de commettre des erreurs à sa mort en faisant preuve de légèreté avec la tradition. Ainsi, les infirmiers devaient-ils respecter la manière dont le défunt devait être traité, suivant les préceptes de sa culture d'origine. Par exemple, sa fille aînée a demandé pourquoi il n'était pas couché sur le côté droit. En effet, les musulmans tournent le visage des défunts vers la droite, symboliquement la direction de la prière. Lorsqu'un agonisant rend l'âme, on incline donc rituellement son visage.

La fonction de la toilette funéraire est essentielle. En principe, elle est effectuée par un membre de la famille ou par un imam. De fait, les laveurs appartiennent en France à trois catégories : laveurs mandatés par la mosquée de Paris, laveurs bénévoles (lesquels ne demandent pas d'argent, agissant par charité) et laveurs mandatés par les pompes funèbres musulmanes. À l'hôpital, les corps des morts

sont systématiquement préparés pour éviter que les viscères ne se décomposent. De ce fait, dans le cas d'un mort musulman comme celui qui a été considéré dans notre investigation, il y a donc deux toilettes : l'une réalisée par l'hôpital et l'autre qui est la toilette rituelle. Cela n'a pas manqué d'induire de la confusion chez des membres de la famille du défunt que nous avons considéré. Comment un non musulman peut-il faire la toilette d'un défunt musulman ? Cette question est fatalement posée par les entourages, plus ou moins explicitement... Quant au cas que nous avons considéré, nous avons perçu une ambiance très tendue. L'homme dont la vie venait de toucher à son terme était un aîné, tant biologiquement que socialement. Lors de sa mort, on lui a donné à boire, symboliquement, un peu de l'eau qu'il avait ramenée dans une carafe de son pèlerinage à la Mecque. Soucieux du respect des rituels traditionnels, sa famille n'a guère compris que la toilette du mort réalisée à l'hôpital n'était qu'un acte de soin et qu'elle n'avait pas pour but d'entrer en quelque sorte en concurrence avec la toilette rituelle.

Le cas sur la base duquel nous avons raisonné a clairement mis en valeur que, pour les musulmans de France, ce qui compte le plus est de sauver la face du rite. Certes, il est inévitable de consentir à des mitigations imposées par les pratiques en vigueur dans le pays où la personne meurt. Concrètement, c'est devoir accepter ce que l'autre impose quand on ne se trouve pas sur son propre sol. Le rite s'amollit, doit tenir compte des circonstances, mais perdure grâce à des espaces de négociation. Sans doute l'incommunicabilité entre les soignants et les entourages des défunts est-elle redoutable, en raison des problèmes qu'elle peut générer. Toutefois, à bien considérer les choses, il n'est pas rédhibitoire du point de vue des musulmans de ne pas pouvoir reproduire le rite dans son intégralité. Ce qui compte, c'est de pouvoir sauver la face du rite.

Tenir compte de la dimension culturelle des affections, en psychopathologie de l'enfant

Taïeb Ferradji

Psychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, CHU Avicenne, AP-HP

Énoncer un cadre culturellement pertinent

J'exerce dans le service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, à l'hôpital Avicenne, où je suis responsable de la conciliation transculturelle. La très grande majorité des patients qui nous sont adressés sont des enfants, souvent envoyés consulter à la demande de leur école. Il me faut témoigner de la quasi-absence de sinistrose chez des sujets ayant la soixantaine. En 10 années de consultations, je n'ai eu à prendre en charge qu'un cas de névrose traumatique.

Il a été déjà souligné que la problématique de l'accueil des migrants à l'hôpital est complexe. En fait, c'est la réalité de la migration qui est complexe. Oublier un niveau de complexité, c'est prendre de risque de produire des artefacts d'analyse.

Notre consultation reçoit des patients qui viennent à la demande de professionnels (dispensaires, PMI, autres services hospitaliers) qui estiment rencontrer un obstacle de taille. Les problèmes qui sont soulevés sont fréquemment d'ordre culturel. Dans un nombre limité de séances (trois ou quatre), sur une période de 6 à 9 mois en moyenne, nous essayons de lever des blocages qui peuvent être très handicapants sur un plan social. Au terme de ces cycles de consultation, les patients retournent vers leur mode de prise en charge primaire habituel.

Le thème du métissage est central. à mon sens, les migrants sont d'abord des métis. Dans la très grande majorité des cas, nous accueillons des enfants de migrants auxquels cette question centrale se pose : comment rompre avec l'ancêtre sans le trahir. C'est une affaire d'affiliation, de loyauté. A l'enfance et *a fortiori* à l'adolescence, une série de choix plus ou moins douloureux sont inévitables. Quel modèle faut-il faire sien, celui des parents ou de la société d'accueil ? Bien des décisions exigent des efforts substantiels en vue de choisir sa voie.

Chacun connaît les caractéristiques de la Seine-Saint-Denis sur le plan économique et social. Dans la consultation d'addictologie de l'hôpital Avicenne, par exemple, 72 % des patients sont d'origine migrante. Ils sont accueillis très majoritairement dans de nombreux services de notre institution de soins. Dès lors, la dimension migrante n'est-elle pas surdéterminante dans l'apparition de nombre de pathologies ? On doit tenir compte de cette dimension, s'il l'on veut améliorer la pertinence et l'efficacité des projets de soins que l'on propose. En reconnaissant la composante culturelle de bon nombre de situations justifiant une consultation en service de psychopathologie, on se donne un levier d'action supplémentaire. Avant tout, la complexité des réalités auxquelles nous sommes aux prises ne saurait être sous-estimée.

On est en droit de parler d'un cadre culturellement pertinent, en considérant la relation médecin/patient. Bien évidemment, cette relation est asymétrique. Son modèle a été énoncé par Laennec : un sachant diagnostique et prescrit. Notre démarche s'efforce de rééquilibrer quelque peu cette relation asymétrique. En effet, les patients sont porteurs de représentations et de théories et il est capital de les comprendre. Un principe de base consiste donc à aller vers l'autre, en faisant preuve d'écoute.

Ma formation de psychiatre m'a conféré des catégories diagnostiques. Songeons ainsi à la classification internationale des maladies. Voir des patients, c'est en permanence associer des noms à des conditions, c'est classer les personnes en fonction de diagnostics.

Comprendre l'histoire des personnes migrantes : l'exemple d'un couple d'origine malienne et de leur enfant

Lors d'une consultation récente, j'ai reçu deux parents maliens, ainsi que leur enfant, à la demande de la médecine scolaire. L'histoire de cette famille est très éloquent. Le père ne devait pas partir de son pays. Il a dû le faire pour prendre la place d'un frère décédé dans des conditions mystérieuses. Sa famille s'était à ce sujet posé beaucoup de questions. Qu'était-il arrivé ? Avait-il été victime d'une attaque en sorcellerie ? La mort de ce frère est restée dans l'impensable. Or, l'être humain a d'une manière générale besoin de se représenter ce qui arrive, pour ne pas sombrer dans l'angoisse de l'indicible et dans le trauma. Il n'a pas été évident d'expliquer à ces parents d'origine malienne ce qu'est une rupture d'anévrisme. Dans leur système de valeurs, décrire la chaîne de causalité responsable de la mort d'un frère, à cause d'une cardiopathie jamais diagnostiquée eût été un non sens. Mieux valait puiser dans leur monde de représentations quelque chose de communicable et de concevable.

Quelle était la motivation de la consultation ? Le petit garçon de ce couple malien avait mordu un autre enfant à l'oreille en classe. Il était décrit comme « mal élevé », « hyperactif », « ne tenant pas en place ». Les patients que nous recevons sont porteurs non seulement de représentations mais encore d'une histoire. Le père devait initialement rester à Bamako. Il a pris la place d'un frère mort. De plus, marié au pays, sa femme n'avait longtemps jamais pu avoir d'enfant. L'idée avait germé dans la tête de l'homme que quelque chose l'empêchait d'avoir un enfant. Cela a dû très certainement contribuer à son départ du Mali. En arrivant en France, il s'est remarié avec une femme de la communauté malienne. Le couple a eu cet enfant, que nous avons reçu en consultation. Sa mère, depuis peu de temps en France, ne parlait presque pas la langue française. Sa grossesse avait été compliquée sur le plan obstétrique. Les familles migrantes sont en règle générale créatives dans l'invention de stratégies d'adaptation à une société qui n'est pas la leur. Ce n'est qu'une minorité d'enfants qui doivent recourir à une consultation comme la nôtre.

Il est souvent dit qu'un enfant mal nommé démarre mal dans la vie. Le choix d'un prénom obéit à certaines règles et plusieurs éléments sont à considérer pour que ce choix soit heureux. Or, les parents d'origine malienne ont choisi de donner à leur garçon le nom du grand père décédé un au auparavant. Lors de la grossesse, on a dit de l'enfant à venir : « c'est son grand père ». En d'autres termes, c'était un enfant ancêtre. Il a comme naturellement occupé la place du grand père disparu. De ce fait, la mère s'adressait à son garçon en l'appelant « Sidi », c'est-à-dire « Maître », « Seigneur » ou « Monsieur ». Le père l'appelait « papa ». Ces parents n'ont pas élevé leur enfant au milieu de leur famille, au Mali, mais seuls à Bagnolet. Pour cette raison, il n'existait aucune instance de médiation entre les parents et leur enfant. Ce dernier s'est trouvé être un enfant roi dans l'espace privé du foyer où il grandissait. Lorsqu'il a dû rejoindre l'école maternelle, il a vécu un traumatisme majeur. Il lui fallait respecter les autres enfants, de même que les enseignants, partager les jouets, etc. Comme on pouvait le redouter en considérant la trajectoire de ce garçon, il a réagi de manière très violente.

Evidemment, l'école n'était pas obligée de s'intéresser aux causes de la violence d'un enfant. En l'espèce, la maîtresse ne disposait pas de tous les éléments requis pour comprendre les raisons d'un comportement aberrant. Elle s'est bornée à convoquer la mère pour lui dire que leur enfant était « mal élevé » et qu'on ne

pouvait plus l'accueillir en classe. Une blessure narcissique considérable en a résulté. Les parents ont dû subir une crise grave et aucun aîné ne pouvait intervenir dans le but de d'adoucir l'épreuve par une médiation. Toute leur famille se trouvait au Mali.

Il nous est donc revenu de démêler l'écheveau de l'histoire de ces personnes migrantes pour que l'enfant ne soit plus perçu à l'école comme une simple « cause de problèmes ». Lorsque la maîtresse d'école a su quelle était l'histoire des parents et de l'enfant, elle a modifié son regard. Les parents n'étaient plus perçus comme démissionnaires mais simplement comme très démunis. Notre tâche a été de contribuer à les mettre en situation de réaliser quelque chose et non plus de subir. Manifestement, les parents ont été tétanisés par la nature de « l'enfant ancêtre ». Au cours d'une série de consultations, nous avons posé des limites à l'enfant, de même qu'une stratégie que les parents ont pu s'approprier car ils l'ont validée. Ainsi, leur garçon a pu se remettre à apprendre, en respectant l'espace des autres. Je clôturerai mon propos en empruntant une citation lue dans le Monde d'un ambassadeur de France dans un pays d'Amérique latine : « *je viens réconcilier le pays de mes parents avec celui de mes enfants.* » C'est exactement en ce sens qu'il faut entendre notre travail consistant à retisser des liens.

La maternité conçue comme espace de transmission

Israël Nisand

Responsable du Pôle de gynécologie-obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg

Arbre de vie, Source de vie

Une maternité est un service particulier. La plupart des patientes, en règle générale, ne sont pas des personnes malades. A Strasbourg, les patientes proviennent de 18 nationalités différentes. Une femme vient dans une maternité pour l'événement le plus beau qui soit, événement de transmission. À notre sens, mettre un enfant au monde, sur le sol de France, constitue un premier acte d'intégration. L'enfant à venir a vocation à être parfaitement intégré dans la société qui l'accueille.

En considérant ma trajectoire personnelle, j'ai reconnu que j'étais moi-même un enfant d'immigrés. En fait, nous sommes tous des immigrés. La personne migrante n'est pas à percevoir comme problème mais comme source de richesse.

La culture française est marquée par l'ambition de laïcité. Il n'est pas évident pour certaines femmes par exemple de se faire accoucher par un « sage homme ». Mettre un enfant au monde sur le sol de France, c'est accepter l'égalité des sexes et

les règles de fonctionnement de l'hôpital public français. En contrepartie, il me paraît légitime et nécessaire de dire aux femmes qui viennent d'ailleurs : votre culture nous est précieuse, votre singularité – eu égard à notre culture française – ne nous gêne nullement et vous représentez une authentique richesse pour la France.

Dans un service de maternité, les comportements individuels peuvent se travailler, au moyen de formations par exemple. La médiation entre les cultures ne passe toutefois pas seulement par les hommes. Elle peut s'appuyer sur les lieux. C'est pourquoi nous avons fait appel à une architecte et à une artiste pour concevoir un endroit qui soit un support de médiation entre cultures.

Actuellement, nous sommes en train de concevoir un autre projet, où cette fois ce sera la musique qui constituera un tel support. Ainsi, une femme d'origine pakistanaise pourra accoucher en écoutant des extraits de chansons de son pays. Le message que nous souhaitons être en mesure de lui transmettre est le suivant : « nous avons quelque chose pour toi, si loin de chez toi nous souhaitons t'accueillir avec des morceaux de musique qui sont familiers à ton oreille. » C'est une manière de souhaiter la bienvenue à des mères très éloignées de leur pays d'origine. Il n'est pas toujours évident d'accoucher dans un hôpital étranger à sa propre culture, tant sur le plan de la langue que sur celui des pratiques soignantes. Certains usages français apparaîtraient d'une grande impudicité ailleurs.

Les femmes qui accouchent en France concourent à apporter une richesse incomparable à notre pays. Loin de toute référence à une identité repliée sur elle-même, sachons les en remercier et leur dire que leurs différences nous honorent. Un projet de transmission a été mis en place dans notre service, autour des soignants et en lien avec ces derniers. Les deux personnes qui ont conçu ce lieu ont longtemps observé les soignants, les mères et leurs enfants. Leur œuvre a pour but, justement, de magnifier la relation entre une mère et son enfant.

Il existe à n'en pas douter des invariants à travers toutes les cultures humaines. Le fait de vouloir protéger son petit et de lui transmettre son vécu ne dépend pas de l'appartenance à une culture ou à une autre. L'hôpital peut, dans une certaine mesure, explicitement référer à de tels invariants, en particulier dans une société qui souffre de la juxtaposition des cultures et des particularismes. L'hôpital n'est pas un lieu neutre. C'est le lieu de la vie et de la mort.

À Strasbourg, nous avons perçu que de très nombreuses femmes accouchaient très loin de leurs pays d'origine, et sans doute coupées de leurs racines. Nous avons souhaité leur faire signe, une sorte de clin d'œil. L'esthétique, à l'hôpital, peut parfaitement suggérer des messages fondamentaux, tel celui-ci : « nous allons vivre ensemble ». En effet, des choses peuvent se transmettre ailleurs que dans le pays où l'on est né. Surtout, un autre message essentiel doit être souligné : c'est celui de la reconnaissance de l'altérité. Nous avons choisi de dire à des mères risquant de se sentir égarées : « nous reconnaissons votre culture pour ce qu'elle est ». Dans notre maternité, une mère se trouve au milieu des autres mères. Elle peut choisir évidemment l'isolement. Toutefois, nous permettons à des mères alsaciennes, pakistanaises, africaines, etc. d'apporter des soins à leurs enfants

ensemble. Evidemment, un service de maternité n'a pas les mêmes contraintes qu'un service de chirurgie cardiaque quant aux messages qu'il peut communiquer... Nous avons donc certains privilèges, qui ont rendu possible la constitution d'un lieu unique à l'intention de toutes les mères, d'où qu'elles viennent. Il eût été dommage de laisser se constituer à Strasbourg d'un côté une maternité « pour riches » et de l'autre une maternité ghetto. C'est dans cette optique que nous avons conçu ensemble ces deux lieux, l'Arbre de Vie et la Source de Vie.

Les symboles communs de l'humanité et la reconnaissance de la diversité

Edith Wildy

Architecte et designer

Au CHU de Strasbourg, la maternité est située sur deux étages (le 4^{ème} et le 5^{ème}). Pour améliorer la disposition de l'espace deux pièces ont été réunies, dans le but de permettre la création d'une vaste pouponnière, agencée autour d'un œuf central. C'est là où les mères peuvent se retrouver ensemble, avec leurs maris et leurs enfants, en formant un cercle. Le lieu est aménagé pour que l'on puisse baigner les bébés, tout en leur apportant des soins. La forme circulaire est parfaitement adaptée à l'échange et à la transmission. Cette forme se retrouve du reste dans toutes les cultures.

Par ailleurs, nous avons eu recours à un autre élément fort sur le plan symbolique : l'anneau. Il évoque le lien familial. Au 4^{ème} étage est aussi situé le motif de la « la source de vie », correspondant à un élément vitré en verre sablé, traversé en arrière plan par un motif de rivières. Ce dernier motif, familier à toutes les cultures, évoque aussi le lien avec le pays d'origine, avec ses racines.

Au 5^{ème} étage, « l'arbre de vie » reprend les mêmes thèmes. Il porte des mots intimes, écrits dans un grand nombre de langues différentes. Le but est de faire écho à des choses que les mères ont vécues.

L'anneau fait signal dans le couloir, forme découpée dans le mur. Une cloison vitrée a été installée car auparavant il n'y avait pas de transparence. Or, l'un de nos objectifs était de constituer un espace ouvert sur le couloir. L'ouverture est de nature à contribuer au soulagement des angoisses. Elle contribue à l'instauration d'un climat serein.

A l'étage inférieur, autour de la structure ovoïde, jusqu'à 5 mères peuvent donner le bain à leur enfant en même temps. Le plafond est orné de motifs de vagues, d'eau, évocatrices de la vie. Ce lieu a vocation à favoriser les conversations, la convivialité entre les mères et le personnel soignant.

A l'étage supérieur, le décor s'inspire de motifs végétaux. Un arbre de vie domine la pouponnière. Il est porteur de mots d'ici et d'ailleurs, évocateurs de la diversité dont l'humanité est porteuse.

Ilana Isehayek

Artiste peintre

La conception de la maternité nouvelle trouve son origine dans les nombreux échanges que nous avons eu avec son personnel, ainsi que dans notre effort d'observation. Il nous a fallu bien comprendre la manière dont la maternité vivait et quels étaient ses contraintes. Certaines choses sont faites pour des lieux et non pour d'autres. Prenons l'exemple des matériaux. Pour la première fois, j'ai dû recourir à du verre, en raison d'impératifs d'hygiène et de sécurité dictés par le contexte hospitalier. Il serait par exemple inconcevable de travailler avec du bois à l'hôpital.

Considérons le panneau de verre porteur de motifs évocateurs de fleuves et de rivières. Des noms de fleuves du monde entier ont été inscrits. Le panneau de verre a été sablé, les inscriptions ont été laquées. L'ensemble a été rétro-éclairé, afin qu'une lumière douce diffuse 24 heures sur 24. Cette lumière témoigne aux mères de la présence d'un lieu où elles peuvent en permanence aller, pour se reposer ou pour n'importe quelle raison. Un autre motif, évoquant de l'eau calme, est aussi continuellement rétro-éclairé.

Sur les branches de « l'arbre de vie » figurent les noms que l'on donne aux enfants, aux parents et aux grands parents dans plusieurs langues, dans leurs caractères originaux. C'est une référence explicite à la famille, aux racines familiales.