

L' E c r i t

N° 59
2008

Service des soins, Département de Psychiatrie, DP-CHUV, Lausanne, CH.

« *Embarquement inattendu à la Calypso* »

« *La psychomotricité en psychiatrie :
Une thérapie du corps dans les soins psychiques* »

« *Le bruit, l'odeur et les petits papiers* »

L' E c r i t

Sommaire

- « Embarquement inattendu à la Calypso »* p. 3
Madeleine Lederrey, Yannick Gautier
- « La psychomotricité en psychiatrie : Une thérapeutique du corps dans les soins psychiques »* p. 7
Séverine Droneau, Solveï Levasseur
- « Le bruit, l'odeur et les petits papiers »* p. 14
Boris Pourré, Claude Robert, Bruno Quément, Didier Camus

Embarquement inattendu à la Calypso

Compte-rendu d'une expérience de rencontres transgénérationnelles entre patients de l'hôpital de jour du SUPAA et ceux de l'unité de sevrage des toxicomanies.

Madeleine Lederrey, aumônière
Yannick Gautier, infirmier clinicien

Présence insolite

Trois dames d'un âge respectable s'avancent, mal assurées vers l'entrée de la Calypso, l'unité de sevrage pour personnes toxico-dépendantes. Elles s'arrêtent, hésitantes, devant la porte close. Candidates pour un sevrage après avoir largement dépassé le cap de la retraite ? Grands-mères qui viennent rendre visite à leur petits-enfants en cure de désintoxication ? La présence de ces trois personnes âgées paraît surprenante en ce lieu habituellement fréquenté par des personnes nettement plus jeunes.

On accueille les visiteuses comme si elles étaient attendues et les voilà installées dans de gros fauteuils noirs, parmi quelques jeunes à la mine pâle et défaite, déjà affalés là. Regards craintifs, gestes empruntés, sacs à main serrés contre soi, elles ne paraissent pas du tout à l'aise, ces trois vieilles dames. L'infirmier qui les accompagne essaie de les rassurer, sans grand succès. La discussion, lancée par les plus jeunes,

démarre sans prévenir et s'anime très vite. Une jeune toxicomane s'adresse à une des grands-mamans : « J'aimerais tellement devenir un jour comme vous, vivante à 75 ans : moi j'ai un corps tellement abîmé par mes années de défonce que je ne sais pas si je réussirai à devenir vieille ! »

Quelques bribes de conversation plus tard, une des personnes âgées s'inquiète : « Mais qu'est-ce qui vous a poussé à consommer de la drogue ? Moi j'ai une fille qui est devenue toxicomane et je me suis rongée de culpabilité pendant des années. » Les uns et les autres s'interpellent et se livrent; chacun essaie de comprendre l'autre et de se faire comprendre. Quelques échanges encore et les peurs s'estompent, les langues se délient : la confiance fait son nid dans les paroles échangées entre les participants. Et c'est dans les embrassades que se font les au revoir, environ une heure plus tard.

L'origine du projet : à la croisée de deux sentiments de malaise.

Mais qu'est-ce qui a poussé les uns et les autres à risquer une telle rencontre?

À l'origine, il y a eu l'expression de sentiments de mal-être, évoqués par des personnes et dans des lieux qui n'avaient pas grand chose en commun. La première étape se passe dans un groupe de parole de l'hôpital de jour de psychogériatrie : quelques usagers sont préoccupés par les problèmes de violence urbaine, et en particulier les agressions encourues par les personnes âgées. Plusieurs d'entre eux expriment la crainte qui les habite et qui leur fait redouter toute sortie en ville.

La deuxième étape a lieu dans la même semaine, dans un tout autre cadre : un groupe de personnes toxico-dépendantes de la Calypso évoque, au cours d'une discussion informelle, les questions de l'exclusion. Plusieurs membres du groupe s'accordent à dire que les seuls qui acceptent d'entrer en contact avec les toxicomanes sont des personnes âgées. Pour l'animatrice de ces deux groupes, l'idée germe d'une rencontre entre les différents protagonistes : ils sont consultés de part et d'autre et acceptent ce projet de mise en commun. Il y a même une bonne

motivation du côté de la Calypso et plusieurs usagers de ce centre laissent leur coordonnées pour être contactés si l'expérience devait avoir lieu après leur départ. Les équipes de soin sont partie prenante de l'aventure et décident ensemble du rythme et du cadre à donner à ces échanges.

Un cadre donné

Lors de la mise en place de ces rencontres, l'hypothèse a été faite qu'un cadre thérapeutique adapté serait important et même nécessaire au bon fonctionnement du projet. Cela s'est confirmé par la suite.

Ce cadre se devait d'être sécurisant pour les personnes toxicomanes, qui vivent de grandes souffrances pendant leur sevrage. Pour cela, il nous était indispensable que ces rencontres se fassent à l'unité de la CALYPSO. Le choix de ce lieu a en outre permis aux personnes âgées de sortir de leur immobilité pour aller à la rencontre des autres.

Les séances se déroulaient à raison d'un mercredi toutes les six semaines, de 10h30 à 11h15 et nous avons assumé en alternance les rôles d'animateur et de facilitateur. L'animation à deux nous a permis de nous sentir suffisamment à l'aise pour bien sécuriser les patients.

Chaque entretien commençait par l'établissement de quelques règles importantes comme :

- Ne pas couper la parole aux autres personnes.
- Les participants restent dans le groupe jusqu'à la fin de la rencontre.
- La confidentialité.
- ne pas juger l'autre

Ces règles ont été plus ou moins respectées selon le degré de souffrance des patients en phase de sevrage, mais elles ont indéniablement contribué à développer un sentiment de respect mutuel.

Une des bases du succès de ce groupe est liée au cadre contenant et structurant mis en place. Celui-ci a été suffisamment rassurant pour permettre aux différents bénéficiaires de se rencontrer et d'entrer rapidement dans le sujet.

Le cœur des rencontres

Nous avons à chaque fois rappelé l'origine et la raison d'être de ce projet de rencontre : violence, sentiment d'exclusion et de peur en constituaient la toile de fond, mais la visée était de favoriser un échange où l'on puisse surmonter les préjugés par une meilleure connaissance des uns et des autres.

Chacune des sept séances a été un moment unique, cela d'autant plus qu'il n'y avait pas de thème de départ imposé ; c'est la rencontre pour elle-même qui était privilégiée. Le désir exprimé par les animateurs était de s'engager dans un échange où l'on puisse s'appivoiser un peu, décoller

les étiquettes invisibles posées sur le front de chacun et parler à visage découvert, à cœur ouvert...

Et ce message a été reçu cinq sur cinq, en particulier par les personnes toxicomanes.

Parmi les thèmes qui ont animé la discussion, celui de la culpabilité est sans doute celui qui a été le plus investi : plusieurs personnes en sevrage ont pu dire combien elles se sentaient coupables d'avoir déçu leurs parents ou leurs grands-parents. Une personne âgée a, pour la première fois à l'hôpital, parlé de son combat de mère de toxicomane et de ce difficile parcours jusqu'à ce que sa fille s'en sorte. Une autre a raconté le décès de son fils toxicomane et toute la culpabilité qu'elle portait en elle : avec beaucoup d'empathie, les jeunes de la Calypso l'ont rassurée et confortée dans l'idée qu'elle avait fait ce qu'elle avait pu. L'échange entre générations a permis aux uns et aux autres d'être reconnus et accueillis dans ce qu'ils vivaient et de faire ainsi un pas de plus dans l'acceptation de sa propre histoire.

Limites et bénéfiques

Nous nous sommes bien sûr heurtés à quelques difficultés. Malgré le plaisir que les personnes âgées ont éprouvé lors de ces groupes, elles ont eu beaucoup de difficultés à se motiver pour la séance du mois suivant. Elles avaient à chaque fois besoin d'être

rassurées et encouragées par leurs soignants.

Nous avons vécu une séance difficile où les patients de la Calypso, faute d'une bonne information préalable, n'avaient pas pu se préparer à l'accueil des personnes âgées. Comme ils vivaient des sevrages difficiles et qu'ils n'arrivaient pas à rester dans le groupe, la séance s'est terminée avec 3 patients de l'hôpital de jour et une seule patiente toxicomane. Celle-ci a voulu continuer : elle a tenu le coup pendant la rencontre, mais a mal supporté d'être seule de son groupe à et s'est effondrée après la séance.

En tant qu'animateurs de ce projet, nous regrettons que le relais n'ait pu être pris par d'autres soignants. Ce groupe aurait pu bénéficier d'un plus grand partage au sein des équipes de soin.

Mais dans l'ensemble, nous avons essentiellement retiré des bénéfices de cette expérience. Nous avons pu observer un soutien mutuel, où chacun s'est senti capable de donner une part de lui-même.

Du côté de l'unité la Calypso, les patients se sont beaucoup investis

dans les rencontres. En général, ils se « jetaient à l'eau » d'entrée de jeu et se souciaient de bien accueillir et de rassurer les personnes âgées. Ils avaient à cœur de présenter une bonne image de soi, d'honorer l'autre, mais aussi de le ménager. Ils ont montré une grande qualité d'écoute, d'attention vis-à-vis des membres du groupe, ainsi que de la sincérité. Ils ont pu explorer une autre facette d'eux-mêmes, en particulier celle de devenir des sujets actifs plutôt que d'être des consommateurs de soins.

Du côté des personnes âgées, l'expérience fut également très riche. Elles ont pu visualiser la souffrance des toxicomanes, car ceux-ci, contrairement à elles, la montrent et l'expriment facilement. Les aînés ont pu ainsi être renvoyés à leur propre souffrance et reprendre contact avec leur vécu personnel. De plus, ils ont retrouvé un rôle qui leur est si rarement reconnu : celui de transmetteurs, en prodiguant conseils et encouragements à la jeune génération.

La psychomotricité en psychiatrie : Une thérapeutique du corps dans les soins psychiques

Séverine Droneau
Solvei Levasseur
Psychomotriciennes au SUPAA

Définition :

La psychomotricité est une thérapie à médiation corporelle.

En effet, le corps, celui du patient comme celui du thérapeute, est au centre du soin, de la rencontre, de la relation. Il est le support sur lequel se joueront et s'actualiseront les conflits émotionnels, affectifs et psychiques de la personne.

La thérapie psychomotrice a pour but de favoriser l'harmonisation des fonctions psychiques et corporelles en particulier en valorisant l'investissement corporel.

En conséquence nous nous intéressons essentiellement aux problématiques corporelles manifestes dans les pathologies psychiatriques.

C'est pourquoi nous vous proposons de revisiter les grandes catégories de pathologie psychiatrique à travers un regard orienté sur ce qu'en dit, ou pas, le corps.

le corps dans les névroses : « Suis-je un corps ? »

La problématique corporelle dans les névroses :

Le corps est faillible, le névrosé ne peut compter sur lui puisqu'il est incapable de faire face aux dangers extérieurs supposés. Ceci induit angoisses de mort et d'anéantissement. Le névrosé se sent insécurisé et faible : le corps doit resté en alerte permanente d'où une hyperréactivité et une hypervigilance, notamment corporelle.

Souvent, la névrose est marquée par le développement de symptôme d'allure somatique, de déficit psychomoteur, de manifestation sensorielle ou végétative. Le patient est convaincu de la réalité de son trouble. Pourtant sans substrat organique, la souffrance est réelle. Le symptôme est à comprendre comme la transcription corporelle

d'un affect inconscient, il traduit le conflit entre un désir et son interdit. L'identité du névrosé, elle aussi faillible, ne lui permet pas de s'affirmer de peur de mal faire et d'être ridicule. Il craint l'échec, le jugement ou la défaillance de lui-même et de son corps. Il cherche en permanence à être aimé. Il ne peut pas tolérer la moindre manifestation agressive ou érotique. Il redoute l'émergence d'un conflit. Son corps doit donc être contenu pour éviter tout débordement pulsionnel : hypertonie et inhibition défensives apparaissent, tout comme la ritualisation.

Le corps est souvent vécu comme une simple machine et est porteur de honte et de dégoût. Ce qui peut conduire à la recherche incessante de pureté, à la quête du corps idéal / imaginaire en lien avec la quête affective qui gouverne le névrosé.

L'approche corporelle dans les névroses :

La relaxation permet la diminution de l'angoisse et peut offrir la possibilité pour le patient de reprendre le contrôle de ce corps qui lui fait peur. L'atténuation concrète des signes somatiques et la disparition de l'état tensionnel offrent d'emblée un sentiment de bien-être et un sentiment d'une thérapie efficace contre l'angoisse : « c'est possible ! ». La relaxation réintroduit le possible plaisir corporel, le réinvestissement du corps. Le

névrosé expérimente enfin son corps, il l'éprouve. Replacer le corps dans la sphère du langage et du symbolique permet aussi le développement de sa connaissance par la lecture des sensations.

Le massage ou la gymnastique douce permettent l'entrée en relation par le biais du corps tout en conduisant à des sensations de détente. Cela permet au névrosé de remettre en question sa défense relationnelle : le thérapeute résiste aux attaques imaginaires du patient. De plus, il peut mieux connaître son corps et donc le réinvestir avec moins de crainte.

La sensation de globalisation, que procure les bains thérapeutiques ou les enveloppements, a valeur de restauration narcissique tout en plaçant un médiateur entre le corps du patient et le corps du thérapeute. Le patient peut trouver dans l'expression corporelle et les activités sensorimotrices le moyen d'exprimer ses angoisses, ses pulsions ou ses ressentis, tout en sortant de l'obnubilation psychique. La crainte d'utiliser son corps s'allège puisque qu'il peut exprimer son agressivité de façon cette fois-ci acceptable et socialisée. Un espace de créativité et d'échange est ainsi proposé. Le corps redevient source de plaisir, ce qui peut permettre une valorisation narcissique.

Le jeu dramatique permet au névrosé, non plus de se cacher, mais de se révéler par ses attitudes corporelles. Il offre l'espace

transitionnel nécessaire à l'appropriation du corps : il est alors possible d'élaborer et d'analyser hors du contexte de séduction. C'est un cadre qui permet la mobilisation de la fonction symbolique et la représentation distanciée des affects. Le maintien du contrôle et l'élaboration du récit permettent de libérer le corps du carcan hypertonique et de sortir le corps de son rôle de machine.

Les activités sportives permettent un passage de la performance et la compétition au plaisir ludique non culpabilisant. Elles conduisent aussi à l'acceptation implicite d'une perte de maîtrise grâce notamment à une meilleure connaissance du corps et à un ensemble de règles rassurantes.

le corps dans les troubles de l'humeur :

« Que dit mon corps ? »

La problématique corporelle dans l'état dépressif :

Le corps est perçu comme peu agréable, source de déplaisir, pénible, lourd, défaillant.

On peut dire que le corps « vient concrétiser la maladie dépressive dans une dialectique constante entre affect dépressif et vécu corporel douloureux. La tristesse est « corporeïsée ». A l'humeur dépressive s'associe alors un corps déprimé. On observe alors un ralentissement

psychomoteur majeur. Dans la plupart des cas il y a une « anesthésie du corps vécu », qui se donne à voir au travers d'un corps figé, inerte, empreint de passivité. La personne déprimée se désintéresse de son corps jusqu'à la négligence. Ce corps qui « dégoûte » sera aussi un corps agressé, puni, et dont le déprimé pourra chercher l'anéantissement : tentamen, suicide... Dès lors le patient a du mal à évoquer ses sensations actuelles sans utiliser un discours accablant, constitué d'un vide considérable. Ce ralentissement psychomoteur s'accompagne d'un ralentissement idéique : la concentration est difficile et le fonctionnement cognitif est pénible. Dans la relation à l'autre, le corps est montré à l'autre comme atteint dans ses compétences biologiques, comme l'attestent les plaintes somatiques multiples.

L'autre dans la relation est vécu comme inutile et paradoxalement beaucoup sollicité par le déprimé, comme s'il devait prendre en charge ce corps lourd, pesant.

Dans la dépression, le corps sert à la fois d'appel et de mise à distance de l'autre.

La problématique corporelle dans les états maniaques :

Dans l'état d'agitation typique de l'état maniaque, la transformation de l'activité corporelle en hyperactivité témoigne d'un désir de nier la fatigabilité du corps.

La quantité d'action est destinée à prouver l'investissement corporel au détriment de la qualité. L'excès de mouvement cache tant bien que mal l'impression d'échec et réduit toute possibilité de considérer les difficultés corporelles.

Dans la position mégalomane, la personne cherche à conférer au corps le statut d'un corps surhumain, hyperadapté, infatigable, hypersensible, et manifeste des troubles somatiques tels l'hyperphagie, la potomanie, les perturbations de la température corporelle...

Le corps est investi dans sa capacité à produire en niant toute limitation corporelle.

L'agitation, les propos de la personne entraînent son entourage dans un tourbillon jusqu'à l'épuisement comme pour empêcher efficacement les tentatives de compréhension et d'analyse de l'entourage qui peuvent être vécues comme des atteintes de la toute-puissance.

L'approche corporelle dans les états dépressifs ou maniaques :

La relaxation est une indication de soin majeure, en particulier dans les troubles dépressifs. En effet, c'est sur ses sensations concrètes que le patient va s'appuyer pour verbaliser ses affects et commencer ainsi à activer ses capacités cognitives.

Il s'agit de renforcer le corps dans son rôle de référent en diminuant les impacts angoissants.

La relaxation permet alors de remplir ce vide intérieur en offrant l'occasion d'un éprouvé qui pourra s'élaborer et se verbaliser.

Concernant les accès maniaques, une thérapie efficace est l'utilisation de médiation, en particulier l'hydrothérapie où le contact avec l'eau peut offrir un contenant corporel intéressant pour le patient.

L'hydrothérapie doit toutefois faire l'objet de mesure restrictive où seront spécifiés les comportements interdits car il est évident que le contact avec l'eau, la tenue vestimentaire restreinte peuvent laisser émerger des comportements intolérables.

le corps dans les états limites : « Quel corps ? »

La problématique corporelle dans les états limites :

La personnalité limite n'est jamais satisfaite ou rassurée. Elle est dans la crainte de la séparation et de l'abandon, et dans la jalousie. Elle a vis à vis d'elle-même un sentiment de néant et de non-être qui induit des angoisses d'anéantissement, voire d'annihilation. La décharge dans l'agir permet de lutter contre ses

angoisses d'où l'impulsivité, les conduites à risques ou les actes suicidaires. Ces passages à l'acte sont favorisés par une intolérance aux frustrations et l'impossibilité de supporter une confrontation qui risquerait d'entraîner une atteinte narcissique.

Le manque d'identité stable entraîne une hyperadaptation (faux-self). Le sujet lutte ainsi contre l'angoisse d'abandon et cherche le maintien de la relation entre lui et l'objet. Il a un besoin d'emprise sur l'autre d'où la manipulation et la séduction. Il ne cherche pourtant que son propre plaisir, mais sans jamais le révéler.

La somatisation apparaît face à l'impossibilité d'exprimer ses émotions, de tolérer ses fantasmes. Cette somatisation peut s'accompagner d'une obsession de la mort et de leur mort. Les pulsions sexuelles, de mort et agressives sont immaîtrisables et culpabilisantes. La personne limite, par ses conduites addictives, recherche le contrôle, la contrainte par le corps pour se sentir bien et éviter les conflits, pour se sentir exister, se connaître et se reconnaître, pour se donner une identité.

L'approche corporelle dans les états limites :

Un cadre thérapeutique strict est important à mettre en place et à maintenir afin d'offrir au patient un premier contenant stable pour élaborer la relations. Tenir le cadre

est rassurant pour celui qui en teste sans cesse la solidité. Le travail de la bonne distance relationnelle est important.

Les packs apportent contenance, unité et représentation corporelles. L'angoisse d'anéantissement s'en trouve réduite.

La relaxation permet d'agir sur l'angoisse. Elle permet de percevoir la vie en soi en permettant au patient de prêter attention à des éprouvés corporels sur lequel le thérapeute aide à mettre des mots.

Le jeu dramatique permet l'expression des affects et des pulsions tout en offrant le cadre nécessaire au contrôle de l'impulsivité. Il permet de passer de l'agi au pensé.

Les activités sensorimotrices renforcent l'expressivité et le sentiment d'existence. Elles permettent aussi la revalorisation narcissique. Le patient peut y trouver le moyen d'exprimer ses angoisses, ses pulsions, ses ressentis.

le corps dans les psychoses : « Ai-je un corps ? »

La problématique corporelle dans les psychoses :

Dans le DSM IV, le délire inhérent à la psychose et qui touche au corps à une place particulière en ce sens qu'il a la dénomination de psychosomatique.

Le discours du patient psychotique à propos de son corps met en avant des sensations hallucinatoires telles que des perceptions d'odeurs nauséabondes, des sensations d'insectes qui courent sur ou sous la peau..., des convictions dysmorphiques et/ou une altération de fonctionnement des différentes parties du corps.

Le délire s'étayait sur une hypervigilance à l'égard du corps et l'interprétation délirantes des sensations physiques.

Ces troubles psychotiques que l'on peut qualifier de troubles hypochondriaques se traduisent principalement sous forme d'hypertonie de fond handicapante. Cette rigidité, ce manque de souplesse est à mettre en lien avec une hypertrophie du Moi. La méfiance se traduit par l'impossibilité à se détendre, véritable carcan tonique qui vise à mettre à distance toute relation vécue comme hostile.

Un autre trouble psychomoteur en œuvre dans la psychose est représenté par les troubles de la représentation du corps.

Ce que le patient donne à voir corporellement est alors un corps perdu où s'exprime : perte des limites de soi, sentiment d'étrangeté et angoisse de morcellement. La personne ne se reconnaît pas devant la glace.

On peut alors trouver chez la personne psychotique un clivage

important entre un moi-psychique bon protecteur, tout-puissant et un moi-corporel mauvais, faillible, hostile. Ainsi, l'omnipotence de l'esprit s'oppose à la dévalorisation permanente du corps.

Cet aspect de la pathologie rend compte des différents aspects du manque de cohérence, de dissociation typique de cette pathologie. L'éclatement de l'acte moteur, les dysharmonies toniques renforcent l'impression d'étrangeté. On peut alors parler de segmentarisation corporelle, d'un corps en morceau

La segmentarisation du corps s'exprime dans la désorganisation praxique. Les patients évoquent les fragmentations de leur corps, chaque partie du corps est vécue indépendamment des autres. Il existe alors une véritable déstructuration des liens entre le corps et l'esprit.

L'approche corporelle dans les psychoses :

En présence de troubles de type hypochondriaque, la relaxation peut être indiquée car elle permet au patient de mieux appréhender et reconnaître les sensations corporelles de l'angoisse et donc de mieux les maîtriser. Dans ce cas là, nous favoriserons la relaxation dynamique portant sur une action symptomatique comme la diminution de l'angoisse, l'éprouvé de plaisir ou la régression contrôlée. Il s'agit de

favoriser les ressentis corporels et de rester dans le concret du corps.

La sophrologie par exemple serait une contre indication puisqu'elle est trop axée sur l'imaginaire, la capacité de représentation.

Attention toutefois, la médiation corporelle auprès de patients paranoïaques ne devient possible que lorsque celui-ci peut parvenir à parler de son corps, sans induire un discours hypochondriaque. Elle permet alors d'être le support d'un rôle bienfaisant.

Dans les psychoses systématisées avec des angoisses massives de morcellement, d'éclatement, nous pouvons proposer des thérapies de contact telles que les enveloppements humides (PACKS) ou les bains thérapeutiques. Ces approches peuvent être pertinente en ce sens que le toucher thérapeutique et la verbalisation qui l'accompagne permettent de lutter contre les impressions de morcellement.

Enfin, les activités sportives et la danse en terme de médiation et sans enjeu de performance offrent l'occasion de stimuler le patient dans la globalité de son vécu corporel, renforçant ainsi sa cohésion interne.

Dans tous les cas, le thérapeute doit insister sur la verbalisation du vécu corporel et sa représentation.

Bibliographie

Andre P., Benavides T. et Canchy-Giromini F. : Corps et Psychiatrie, Heures de France, 1996

Anzieu D. : Le Moi-peau, Dunod, 1985

Bucher H.: Psychomotricité, le plaisir d'être comme thérapie, Masson, 1994

De Coulon N. : La cure de packs une application des idées de Winnicott en clinique psychiatrique, Thèse de médecine, Lausanne, 1981

Dolto F. : L'image inconsciente du corps, Seuil, 1984

Dupont R. (sous la direction de) : Première journée de psychomotricité en gérontologie, Vernazobres Grego, 2001

Houzel D. : Le concept d'enveloppe psychique, In Press, 2005

Potel C. (sous la direction de) : Psychomotricité : entre théorie et pratique, In Press, 2000

Winnicott D. : De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, 1969

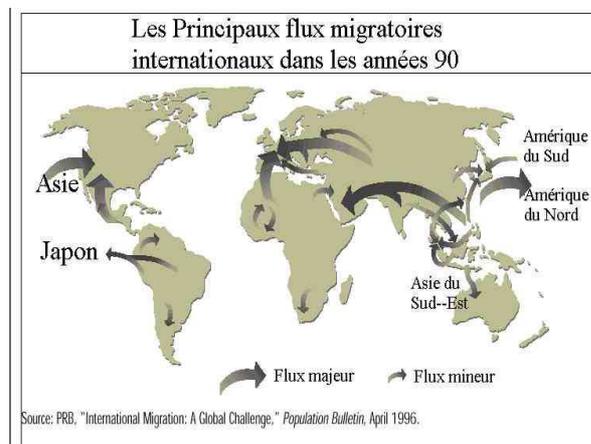
Le Bruit, l'Odeur et les Petits Papiers¹

Boris Pourré, infirmier clinicien ; Claude Robert, infirmière ; Bruno Quément, infirmier clinicien ; Didier Camus, infirmier spécialiste clinique.

Introduction

Pour ce colloque spécifique autour de « Culture et Soins », nous avons voulu partager avec vous le fruit de nos réflexions en ce qui concerne les problématiques posées lors des prises en soins avec des personnes issues de l'immigration.

Comme le montre la carte ci-dessous qui souligne l'importance des flux migratoires dans l'espace, nous vivons dans un monde de mondialisation, de globalisation, de multiplication des échanges et de déplacement des personnes du côté des soignés comme de celui des soignants.



L'évolution des techniques et l'accélération de l'histoire fait de nous tous des migrants dans le temps.. Ce déplacement des populations peut être provoqué pour différentes raisons, politiques, climatiques, économiques voire pour tenter d'échapper à la mort.

¹ Ce texte la présentation réalisée lors du colloque du 13 juin 2007 « Culture et Soins » organisé dans le cadre de la 8ème journée des pratiques soignantes en psychiatrie.

Ces problématiques semblent reconnues en Suisse, pays à forte proportion d'immigrés². Divers projets, qu'il s'agisse d'études ou d'évaluations tendent à démontrer que la situation nécessite quelques améliorations concernant plus particulièrement l'efficacité de nos dispositifs de soins.

Quelques données :

- Ø En 2001, l'étude « *Migration et santé :priorités d'une stratégie d'intervention* », mandatée par l'Office Fédérale de la Santé Publique, réalisée par le « *Forum Suisse pour l'étude des migrations et de la population* », Institut de l'Université de Neuchâtel, a pu montrer avec précision des différences dans l'état de santé et l'accès aux soins entre de nombreux groupes de migrants et la population suisse³.
- Ø Le projet OPTIC (CHUV- Psychiatrie et migrants) évalue la proportion de notre cohorte aux alentours de 40% pour les personnes soignées non suisses.
- Ø Une recherche interne au DP-CHUV menée dans une section du Département a montré que 85% des soignants interrogés pensent que nos cadres de soins ne sont pas adaptés à la population issue de la migration.

Pourtant, tout semble réuni :

- Ø Le cadre constitutionnel et législatif promeut l'accès aux soins pour tous.
- Ø Des compétences soignantes dans le domaine du « *soin et des populations migrantes* » sont cultivées sur Lausanne depuis plus de vingt ans, aussi bien à l'hôpital que dans la cité. Les soignants semblent fortement sensibilisés à ce problème.
- Ø De plus, les communautés étrangères comme le *politique* nous invitent à traiter ce problème de santé publique.

Tout semble réuni, sauf peut être des outils à créer ou à ajuster qui sont susceptibles de transformer nos attitudes et nos pratiques.

Dans cet article, nous voudrions vous présenter la *méthodologie de l'ethnopsychiatrie*. Nous espérons montrer qu'elle peut être une technique aidante pour l'infirmier (souvent en première ligne) pour sortir de la perplexité ou de l'aveuglement (ce qui est dommage en clinique !) dans les situations complexes rencontrées, cela dans le respect de la personne soignée. Nous tenterons de développer cette « *méthodologie* » spécifique, non sans avoir préalablement défini quelques concepts de base et souligné de manière non

² Actuellement, quelque 19,3% (env. 1,4 million de personnes) de la population résidante de Suisse est de nationalité étrangère.

³ Les résultats de l'étude peuvent être consulté à l'adresse Internet suivante : www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00394/00395/00396/index

exhaustive les différents écueils ou obstacles qui nous empêchent de mieux appréhender l'autre. Nous essayerons également d'élargir notre questionnement par des illustrations qui nous permettront de faire croiser différents regards, sur la culture du soigné mais aussi sur celle du soignant, en puisant dans différents champs de l'anthropologie, de la psychologie, de l'histoire, de la sociologie, de la psychiatrie.

Ceci nous semble néanmoins être une des manières dynamique que nous enseigne l'ethnopsychiatrie pour aborder les pratiques infirmières contemporaines.

I. De la Culture, des représentations et de l'altérité *ou comment ces concepts soulignent l'étanchéité des Mondes*

Rappelons d'abord que, pour ce qui nous concerne ici, tout être humain est aussi un être de culture, comme le rappelle T. Nathan : « *Pour la thérapeutique, le seul référent maniable, c'est son affiliation, c'est à dire le système par lequel il est fabriqué, non en tant qu'hypothétique humain universel, mais en tant qu'humain concret, être de culture.* »⁴.

Commençons notre partie « conceptuelle » par « *une visite de ce qui peut nous séparer* », c'est à dire les définitions de la culture, des représentations sociales et de l'altérité.

A) La culture

D'après la définition de l'UNESCO, « *la culture, dans son sens le plus large, est considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe, outre les Arts et les Lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances* ». La culture est donc l'expression de l'humain au dedans comme au dehors, cette expression pouvant être partagée dans un groupe.

Durant le colloque du 13 juin 2007, nous avons tenu à faire écouter au public différents chants (suisse, balinais et inuits) montrant par ces quelques exemples, la diversité des sonorités et des styles mais aussi que ce qui ne nous est pas ou peu connu peut être difficile d'écoute, comme ce fut le cas des chants Inuits « *trois jeux de gorge* ». Ces exemples nous ont ainsi permis d'imaginer aisément que dans la rencontre avec l'autre, même si un sens commun, un corps et

⁴ Tobie Nathan, *L'influence qui guérit*, Editions Odile Jacob, Paris, 1994

beaucoup de similitudes existent déjà, nous avons sûrement sous-estimé les différents mondes, paradigmes et objets qui habitent le soignant comme le soigné. Si les cultures sont diverses, les hommes sont cependant prisonniers de l'illusion ethnocentrique et universalisante. Ils voient dans leur propre culture l'unique point de repère. On peut imaginer que les représentations sociales participent activement à ce mouvement.

B) Les représentations sociales

Très succinctement, nous vous proposons deux définitions de ce que sont les représentations sociales.

Pour Serge Moscovici, il s'agit d' «... un système de valeurs, de notions et de pratiques ayant une double vocation. Tout d'abord d'instaurer un ordre qui donne aux individus la possibilité de s'orienter dans l'environnement social et le dominer. Ensuite d'assurer la communication entre les membres d'une communauté »⁵. Dans ce prolongement, Denise Jodelet souligne la dimension sociale du concept qu'elle définit comme «...une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. »⁶

Ces définitions proposées montrent que les représentations sont d'abord constituées d'idées, de croyances, de jugements, d'opinions et d'attitudes qui aboutissent à la constitution d'une véritable connaissance partagée par les individus d'un même groupe social. Elles sont à la base de notre vie psychique et le monde qui nous entoure est source de représentations. Elles sont donc des phénomènes complexes toujours activés qui œuvrent dans la vie courante, partagée dans une même aire (et/ou ère) culturelle.

Le milieu hospitalier est en lui-même source de représentations sociales. La psychiatrie est encore fortement marquée par une image négative (stigmatisation de la maladie mentale, stigmatisation du patient, questionnement sur le rôle des institutions, questionnement sur les pratiques coercitives ou contraignantes). Nous pouvons dès lors nous interroger sur les représentations que peut avoir une personne venue d'ailleurs, de Tombouctou ou de Sebreniza, sur le système de soins suisse, sur l'hôpital, sur la psychiatrie et sur les divers statuts des professionnels rencontrés ? « *Qui sont ces personnes qui interrogent mon intimité ?* » pourrait-elle dire...

⁵ Moscovici Serge, *Psychologie sociale*, PUF, Paris, 1984.

⁶ Denise Jodelet, *Les représentations sociales*, PUF, collection Sociologie d'aujourd'hui, Avril 2003, p. 53

C) L'altérité

De la culture, nous sommes passés aux représentations sociales qui ont un impact évident sur l'altérité, c'est à dire sur « *l'existence propre de quelqu'un d'autre que soi, d'autrui* ».

L'exposition « Nous Autres » au Musée d'Ethnographie de Genève en 2006, réalisée à partir du livre « *Race et Histoire* » de Claude Lévi-Strauss, a formidablement illustré le jugement sur la culture de l'autre :



« *Et pourtant il semble que la diversité des cultures soit rarement apparue aux hommes pour ce qu'elle est: un phénomène naturel, résultant des rapports directs ou indirects entre les sociétés; ils y ont plutôt vu une sorte de monstruosité ou de scandale...* »⁷.

La représentation de l'autre nous attire vers la déshumanisation et une certaine absence de représentation commune, générant ainsi une tendance « *à l'étanchéité des mondes* ».

II. Quelques écueils rencontrés en clinique

Dans cette partie plus « pratique », nous voudrions tenter de repérer divers écueils pouvant survenir en clinique (l'inquiétante étrangeté, les contre-attitudes, la pratique de l'injure, la violence et le black out, la fascination et l'éblouissement, l'effet Loupe).

⁷ Claude Lévi-Strauss, *Race et histoire*, 1952

A) L'inquiétante étrangeté

La psychologie et la psychanalyse nous éclaire également sur les mécanismes interpersonnels qui contribuent à laisser l'autre à l'écart. Freud évoquera « *l'inquiétante étrangeté* »; cette impression de déjà vu, ce grand écart entre le familier et le nouveau qui nous laisse en suspens, dérouté dans la rencontre.

B) Les contre attitudes : violence et black out

Souvent à l'origine des contre-attitudes (mise à distance, peur, rejet, répulsion...), elles amorcent potentiellement des cercles vicieux, dans un jeu relationnel dans lequel toutes les passerelles entre le soignant et le patient pourraient être rompues par de l'agressivité ou de la violence, qui s'expriment par le jugement des soignants sur les modes de vie, ou sur les stratégies migratoires, qui peut être basée sur des idées racistes banalisées et répandues dans tous les niveaux de la société. Un exemple est donné par la chanson « *Le bruit et l'odeur* » du groupe de musique français Zebda qui a repris le discours de Jacques Chirac à Orléans en 1994. C'est cette chanson qui nous a donné une partie du titre de notre présentation...

« *Comment voulez-vous que le travailleur français qui travaille avec sa femme et qui ensemble gagnent environ 15 000 FF et qui voit sur le palier à côté de son HLM entassée, une famille avec un père de famille, trois ou quatre épouses et une vingtaine de gosse et qui gagne 50 000FF de prestation sociale sans naturellement travailler. Si vous ajoutez à cela le bruit et l'odeur, eh bien le travailleur français sur le palier, il devient fou. Et ce n'est pas être raciste que de dire cela. Nous n'avons plus les moyens d'honorer le regroupement familial et il faut enfin ouvrir le débat qui s'impose dans notre pays qui est un vrai débat moral pour savoir si il est naturel que les étrangers puissent bénéficier au même titre que les Français d'une solidarité nationale à laquelle ils ne participent pas puisqu'ils ne payent pas d'impôts.* » Jacques Chirac

C) La pratique de l'injure

Une autre forme de violence rencontrée, visible mais non intentionnelle, activée par la peur, qui nie l'altérité ou la rejette, est décrite par T. Nathan comme étant « *la pratique de l'injure* ». Celle-ci est décrite comme une réponse institutionnelle qui, donnée au patient, provoque de sa part une impression de non recevoir et amplifie sa colère.

Pour illustrer, voici une petite histoire qui s'est passée au début de l'année passée : Le cas de M. S.

« Un homme sénégalais a été mis en Chambre de Soins Intensifs. Il avait une attitude menaçante, était alcoolisé, et tenait des propos à thème mystique : il demandait à être soigné par des « soigneurs » de sa culture. Il avait besoin d'être rassuré et ne supportait pas l'enfermement. Alors qu'il avait dû être remis de force en CSI, un agent de sécurité, évoquant des problèmes de sécurité, a coupé une lanière en cuir autour de sa taille. Ce grigri est en général mis par les parents dès la naissance comme protection et ne doit jamais être enlevé sans risque de mise en danger ».

D) La violence et le black out

Cet exemple nous semble terrible et édifiant par rapport à ce que l'on vient d'évoquer. Nous sommes parfois étonné de la mise sous silence, ce « black-out » autour des situations de violence ou de rejet comme s'ils accompagnaient le mouvement « naturel » des contre-attitudes ; sans doute parce que notre psychisme individuel ou collectif, devant garder une cohésion, un sens pour ce qui se passe ici.

E) La fascination et l'éblouissement

Si nous avons pu échapper (par miracle ?) à la répulsion, nous pourrions tomber dans la fascination, ce qui est une autre forme d'écueil en clinique. Au lieu de tourner la tête ou de fermer les yeux, nous passerons à l'éblouissement.

« La fascination, dans le meilleur des cas, c'est l'Ingénue de Voltaire, le bon sauvage, l'enfant naturel qui n'est pas encore perverti par la civilisation. Mais c'est d'abord et avant tout un procédé lié à l'ego, ce n'est pas l'autre en soi qui attire mais la satisfaction que procure la séduction. L'autre est nié en tant que tel, il n'est qu'un prétexte car le regard porté sur lui est un faux regard dans la mesure où il est aveuglé. La fascination, c'est l'éblouissement, ce n'est pas le réel de l'autre qui importe ici, mais l'aveuglement qu'il provoque ou, disons, le besoin de construction fantasmatique. C'est un peu comme si la perte partielle de notre mythologie devait être comblée par des croyances religieuses venues d'ailleurs, par la littérature qui est aussi notre mythologie, ou encore parce que Marc Auger a appelé « L'ethnologie- évasion » »⁸.

⁸ Maurice Duval, Deux catégories de l'altérité : Entre fascination et répulsion, Ethnologies comparées, n° 1, automne 2000.

F) L'effet loupe

De plus, il est à noter que les patients migrants doivent souvent faire face à un autre écueil, « l'effet loupe », c'est à dire que devant le regard du soignant par rapport à l'altérité et aux difficultés décrites plus hauts, les phénomènes observés sont grossis et ont tendance à nous rendre impuissants et perplexes.

Si ces phénomènes ne sont pas pris en compte dans la clinique, nous devons faire le constat que nous nous éloignons de pratiques de soins adaptées aux personnes venues d'ailleurs.

III. Proposition de lutte en clinique contre la discrimination, la perplexité, l'aveuglement et l'isolement dans la prise en soins des personnes issues de l'immigration

Pour nous remettre au travail dans les situations complexes que nous rencontrons, la méthodologie de l'ethnopsychiatrie nous propose une démarche complémentariste et réflexive. Elle nous propose une forme de décentration qui nous permet d'inverser la dynamique en favorisant les soins non discriminants et plus efficaces.

Dans cette partie, nous décrivons très rapidement les points clés de l'ethnopsychiatrie avant de proposer différents moyens pour lutter contre ce phénomène en clinique

A) « Ethnopsychiatrie! Vous avez dit ethnopsychiatrie? »

La méthodologie de l'ethnopsychiatrie propose différents points clés :

- Reconnaître tous les systèmes thérapeutiques sans exclusive ni hiérarchie, les étudier et les mettre à l'épreuve des groupes auxquels ils appartiennent.
- Discipline dans laquelle la psychiatrie, la psychologie ou la psychanalyse sont éprouvées par les réalités culturelles des groupes. Elle crée des espaces, situations, dispositifs dans lesquels cette dialectique devient possible.
- Les deux points permettent une pratique avec débat contradictoire pour limiter la « pratique de l'injure».

La valeur morale de ce dispositif en construction est partagée entre le thérapeute, le patient et sa famille.

B) L'utilisation de la langue d'origine des usagers et le rôle du médiateur culturel

Le premier sentiment partagé avec nos patients migrants et souvent celui de l'incompréhension.

1. Améliorer les canaux de communication.

L'usage de la langue d'origine du patient s'avère dans de bons nombres de cas utile. Elle doit être expliquée à la personne soignée comme une marque d'attention mais aussi dans un souci de clarté pour tous. Il s'agit d'essayer de sortir de l'approximation, de permettre une vision d'ensemble. C'est également un facteur de rapprochement et la voie royale pour accéder au monde de l'autre, plus exactement à sa culture, à son psychisme, qui sont pour Levi Strauss deux rares invariants universels.

Par l'intermédiaire de l'interprète les personnes en présence pourront demander ou expliquer ce qu'elles veulent.

2. Favoriser l'évaluation des situations

Un de nos collègues, mis fréquemment en situation d'interprète nous disait : « *C'est à travers les mots utilisés que je peux mieux comprendre l'importance des symptômes.* » Ainsi nous pouvons mieux évaluer le degré de gravité.

3. Favoriser l'émergence de « la pensée des groupes

Il y a ce qui est dit et puis il y a l'implicite du discours. Le médiateur, bâtisseur de passerelles, permet de relativiser, de mettre un voile de pudeur lorsque c'est nécessaire, d'éviter des maladresses, de nous éclairer sur les lignages, les systèmes de parentalité, la place de l'individu et le rôle de chacun.

L'ethnopsychiatrie, par l'usage de la langue peut permettre de mieux accueillir les discours à thèmes mystiques. Nous pouvons alors nous poser les questions : « S'agit-il d'un délire ? Que peut-il vouloir dire ? ». Tobie Nathan nous demande alors de chercher « *dans quel monde le discours du patient est reconnu comme vrai* ».

Il est préférable de chercher à décoder que de se précipiter et de surévaluer les diagnostics de psychose ou d'aller vers des hospitalisations sous contrainte. Nombreuses études faites aux Etats Unis ou en Europe nous le démontrent.

Cette méthodologie nous engage à recevoir les étologies traditionnelles de façon respectueuse car elle sont les modes d'explication des groupes par rapport à la négativité de l'existence, à la maladie.

La langue rend possible une mise en dialectique de l'offre et de la demande de soins autour des différentes conceptions de la maladie et du traitement.

Ceci nous permet l'établissement de tableaux cliniques comparés entre la médecine occidentale et l'univers des personnes soignées, sur la base de la sémiologie, des diagnostics, des différentes actions de soins, et des pronostics. Ces tableaux, dans certains cas, pourront servir de support dans la poursuite des prises en soins.

Voici un exemple de tableau comparé : Le cas de Majid⁹

Tableau clinique comparé du cas de Majid⁹		
	Monde occidental	Monde berbère musulman du Rif
Signes / Symptômes	Violence, dangerosité Délits, vols, casses Consommation de cannabis Troubles du comportement Troubles du langage Troubles de la personnalité Troubles de la pensée Délire de possession démoniaque Hallucinations accoustico-verbales Humeur dépressive Bizarrie	Encoprésie Retrait Bizarrerie Errance Violence, dangerosité Nudité Dialogue avec sa mère décédée Influence d'un démon musulman Comportement déshonorant pour la famille Echolalie
Diagnostic	Héboïdophrénie de Kalbaum (1885)	Fragilisation par le mauvais œil, la frayeur, la mort de sa mère Possession par un Djinn
Intervention thérapeutique	Consultations médicales Accompagnement psychosocial Chimiothérapie	Divination Prescription d'une bouteille de décoction à boire Protection et sacrifice
Conséquences de l'intervention	Accrochage à "l'expert" (médecin) et à sa pensée Isolement	Rétablissement de relais avec la famille au sens large, les thérapeutes, avec le système de pensée de son pays d'origine

⁹ Ce tableau est extrait du mémoire de Boris Pourré, « Les Jnoun au pays des jeans : Pratique infirmière contemporaine », Mémoire de DESU, Centre Georges Devereux Université Paris VIII, 2001

4. Explorer la singularité du parcours migratoire

La langue favorise également le travail de reconstruction du parcours migratoire. Des expériences narratives pourraient permettre à la personne soignée de retrouver le fil rouge de sa vie.

Il faut ici rappeler que la migration n'est pas un simple déplacement. C'est un long processus avec un avant, un pendant et un après, entraînant tout un réaménagement psychique. Migrer implique la perte d'une langue sociale en regroupant :

- La perte d'un système de codage et de perception.
- La perte de sensations
- La perte des représentations pouvant aller jusqu'à l'acculturation.

L'acculturation est le résultat d'un traumatisme lié à une rupture, une discontinuité dans la lecture quotidienne du monde, se manifestant parfois par une rigidité dans les anciennes références idéalisées (exemple de cristallisation des valeurs des migrants de première génération) et une difficulté à intégrer les nouvelles.

Marie-Rose Moro explique : « Cette rupture entraîne des sentiments d'insécurité, un sentiment d'être à côté de la plaque, d'être étranger, mais aussi des sentiments de colère, de revendication, de revanche, et de haine. »

C. La pratique du travail de réseau

Même si elle n'est pas la seule figure d'entretien possible, la pratique du réseau reste primordiale.

Tendre vers cette pratique commence en réunissant l'équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, assistants sociaux,...) ainsi que le médiateur. Comme la procédure d'utilisation de la langue, elle devrait accompagner régulièrement le processus de soins tout au long du suivi.

1. Accueillir les familles

C'est le lieu privilégié pour accueillir le patient et sa famille. En occident, cela fait environ cinq siècles que nous développons le concept d'individu. Cette notion reste encore davantage à relativiser dans d'autres « niches écologiques ».

Nadia Gasni psychologue exerçant des deux côtés de la méditerranée, qualifie la famille arabo-musulmane par la dépendance, l'assistance et la cohésion. La famille est une aide précieuse, première concernée par la souffrance de leurs proches. Elle est parfois très présente.

Elle fait émerger la pensée du groupe et propose également des solutions de soutien que nous devons recevoir avec respect, même si elles nous déroutent : propositions de mariage, soutien par la religion, prescription d'interventions de « *tradithérapeutes* ».

Ces interventions de la famille ont pour effet de renforcer les liens familiaux plutôt que d'isoler l'usager en l'accrochant à notre pensée experte.

2. Développer le partenariat avec les professionnels du champs social

Le réseau donne évidemment une place essentielle au corps social. Les assistants sociaux sont en première ligne pour affronter les problèmes liés à l'obtention d'un statut social pour les migrants. C'est une condition obligatoire à l'amélioration de l'état de santé psychique.

Les institutions telles que l'EVAM, le CSI, des associations telles qu'Appartenance ou d'autres émanant de multiples communautés sont aussi des partenaires privilégiés dans la recherche des ressources et endiguer la souffrance des patients.

La présence de ces différents participants au travail de réseau (soignants, professionnels du champs social, famille) offre à la personne soignée une vision concrète de l'altérité qui mobilise les ressources autour d'elle et avec elle. C'est le lieu des débats, des stratégies de soins, des négociations, c'est une forme de la pratique de l'empowerment qui contrera également la pratique de l'injure.

D) Pour une prise de conscience que chaque professionnel est un être de culture

Après avoir évoqué quelques pistes de travail dans le but d'améliorer la qualité des soins dans le respect de la personne soignée, notre regard se porte vers notre propre fabrication en tant que professionnel du soin qui finalement participent au même effort que pour aller à la rencontre de l'autre.

Ces professions furent longtemps réservé aux femmes (prêtresse d'Isis, bonne sœur). On leur accordait le droit d'être dans la proximité des corps. Au fil du temps, on a assisté à un glissement du sacré vers le scientifique, de la charité vers l'humanisme et le professionnalisme. Ceci a été accompagné d'un déplacement des tâches, du médecin vers les infirmiers (conséquence de l'augmentation de l'activité et de la régulation des conflits sociaux à l'intérieur de l'hôpital). Notre dépendance au corps médical est encore très forte et est inscrite dans notre cadre légal et nous servons ensemble la médecine. C'est en

tout cas ce que nous dit T. Nathan : « *Mais ne nous y trompons pas, l'occident n'échappe pas à la règle, comme n'importe qu'elle autre culture, cependant il prend ses mythes pour la réalité objective. Notre divinité, nous la connaissons, elle s'appelle « Médecine »* »¹⁰.

A Cery, depuis le début du XX^{ème} siècle¹¹ se sont succédés des vagues de populations sociales et culturelles différentes : paysans du gros de Vaud, suisses alémaniques, dans les années 30, italiens, espagnols, portugais, français depuis les années 50, dans un premier temps dans des fonctions de contrôle (gérer les désordres de la société en tant qu'agents de l'Etat). Un exemple, les infirmiers comptaient les couteaux jusqu'à encore très récemment.

Les infirmiers ont suivi les changements dans la psychiatrie, tant en participant aux formations dans les différents courants psychothérapeutiques tels que la psychanalyse, la systémique, la TCC, qu'en accompagnant le mouvement d'ouverture « *des murs de l'asile* » et en favorisant la réhabilitation et la déstigmatisation de l'usager souffrant de troubles psychiques.

Aujourd'hui la composition des équipes est multiculturelle, ce qui occasionne parfois des frictions, il n'y a pas de raison pour que les infirmiers, entre eux, y échappent. Ils viennent de cultures et de formations différentes. Même mouvement observé pour les contre-attitudes des soignants vis-à-vis des personnes soignées. Pour peu que nous puissions en discuter et le travailler, nous pourrions faire émerger richesse, créativité, force de soins, complémentarité et ouverture. En déconstruisant nos grilles de lecture, nos préjugés et nos stéréotypes sur les personnes, nous évitons ce que nous appelons « l'Éin infirmier », c'est-à-dire le mauvais œil infirmier, qui indépendamment de notre volonté, projète une négativité sur l'autre en référence à l'étiologie traditionnelle du mauvais œil dans le monde arabo-musulman.

C'est à travers différents outils et espaces proposés par l'hôpital (bilans, réseaux, colloques, remises, intervisions, supervisions) que nous pouvons soutenir les pratiques non discriminantes et plus efficaces. Par une vision holistique et réflexive qui élargit le champs des possibles ainsi qu' une clinique de la proximité qui nous est propre en tant qu'infirmiers¹². Nous pourrions dès lors travailler sur les similitudes.

¹⁰ Tobie Nathan, *L'influence qui guérit*, Editions Odile Jacob, Paris, 1994

¹¹ Voir l'ouvrage de Jérôme Pedroletti et Claude Cantini, « Histoire infirmière de l'hôpital de Cery, 1840 – 1990 », Editions d'en bas, Lausanne, 2000.

¹² Voir Robert Barrett : *La traite des fous : construction sociale de la schizophrénie*, Institut Edition Synthelabo Collection : Les empêcheurs De Penser En Rond, Paris, 1999

Conclusion

Aborder la question des soins dans la migration, présenter une méthodologie concrète qui fait écho avec le travail de Tobie Nathan favorise des pistes de travail nous conduisant vers des soins moins discriminants, et améliore la qualité des prises en soins. La dramatique culturelle est un des leviers thérapeutiques des plus efficaces, favorisant une alliance thérapeutique qui renforce la continuité des soins et la compliance des différents traitements. Elle met l'accent sur une vision sociale et groupale de l'individu et peut s'intéresser à d'autres groupes, (obèses, sortants de sectes, transgenres....).

Notre présentation n'échappe bien évidemment pas à la règle et nous sommes tout à fait conscients d'avoir teinté notre présentation d'aspect français (voire franchouillard) en ne désirant pas faire une présentation « moitié-moitié ».

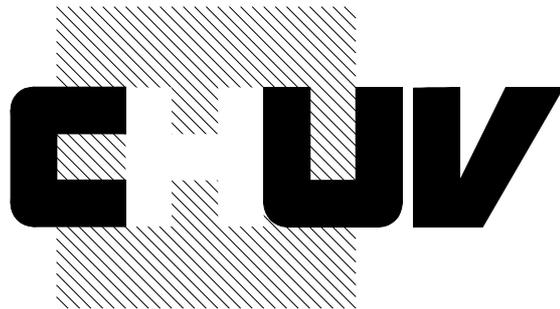


L'idée de cet écrit n'est pas d'apporter une réponse opérante (ou opérationnelle) et de sortir notre boîte à outils prête à l'emploi. Ceci nous empêcherait de rester dans cette dynamique réflexive en intégrant les différents domaines des sciences sociales. L'ethnopsychiatrie nous semble être finalement le *tarif minimal syndical* en ce qui concerne les soins apportés aux familles migrantes.

Un enjeu de taille est celui des valeurs, des représentations, de l'altérité. Le travail le plus important, le plus difficile et le plus long doit être celui mené de façon continue par chacun sur les idées reçues, les stéréotypes, la haine ordinaire et les contre-attitudes socialement acceptées. Sans oublier bien sûr que « *Chaque langue est un regard.* »¹³

¹³ Expression d'un professeur de Peul, interviewé à propos des examens sur les langues rares

L' E c r i t



ETAT DE VAUD

Département de Psychiatrie / CHUV
Directeur des Soins
Jean-Michel Kaision

Responsable de la publication: Service des Soins DP-CHUV
Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne
<http://www.chuv.ch/psy/bpul>
Info et abonnement : Tarja.Cachelin@chuv.ch

Prix: Fr.-2