

Compte rendu de la table ronde : Comment accompagner des patients qui s'inscrivent dans un autre type de médecine et de vision du monde ? Yvoir, 26/10/17

1) Expériences

- Planning familial, patiente africaine qui vient pour une IVG, on lui propose de mettre en place un moyen de contraception. Elle explique qu'elle en a déjà un : boire un grand verre de whisky après chaque rapport sexuel.

La patiente a finalement accepté d'arrêter le whisky, mais est quand même repartie sans contraception.

→ résistance face aux contraceptions très importante dans les populations étrangères

→ avoir plus d'ouverture d'esprit même si notre propre culture rentre en conflit

- Dame africaine qui vient d'accoucher par césarienne. Les règles veulent que la sage-femme incite la patiente à se lever le 1<sup>er</sup> jour. Lorsqu'on propose à cette dame de se lever, elle refuse de se lever et répond à la sage-femme : « C'est parce que je suis noire que vous voulez que je me lève et fasse des choses par moi-même ? ». La sage-femme décide de la laisser dans le lit

→ le fait de ne pas pouvoir se lever après un accouchement est-il lié à la culture de la patiente ? Accuse-t-elle la sage-femme de racisme parce qu'elle n'ose pas parler de la vraie raison pour laquelle elle refuse de se mettre debout ?

→ Si la sage-femme avait été au courant des traditions, de la culture de la patiente, peut-être que les choses se seraient mieux déroulées.

- Patiente somalienne enceinte, elle a dépassé son terme depuis 10 jours. La gynécologue lui propose de déclencher l'accouchement par césarienne, la patiente refuse. La gynécologue décide alors de mettre fin à leur partenariat, laissant la patiente sans médecin. La sage-femme prendra le relais jouera le rôle de médiateur entre la patiente et le médecin. Il lui faudra environ 2 jours pour convaincre les 2 femmes et rétablir une relation de confiance. Par la suite, tout s'est mieux passé.

→ la sage-femme a joué un rôle positif, elle a essayé de comprendre les 2 côtés et a réussi à faire un pont entre les 2 femmes.

- Refus de dépistage MST par une patiente, demandeuse d'asile. On fait quand même le dépistage sans la concerter et les résultats reviennent positifs pour le VIH. Après vérification, le médecin se rend compte que la charge virale de la patiente est très faible, preuve qu'elle prend déjà un traitement antiviral.

→ Pourquoi la patiente n'a-t-elle pas osé en parler au médecin ?

- Manque de personnes issues de milieux interculturels dans les associations qui luttent pour promouvoir la multiculturalité.

- Stage pédiatrique au Togo. Plusieurs situations qui ont choqué les étudiants : réanimation d'un bébé par un coup de poing, la non-existence des situations d'urgence.... Les médecins prennent leur temps, membres du personnel local ne sont pas ouverts à apprendre à des stagiaires occidentaux des techniques qui pourtant ne coûtent presque rien.

- En Afrique de l'Ouest, les gens ont tendance à utiliser des médicaments fabriqués au Nigéria. Lorsqu'ils arrivent ici et que les médecins leur prescrivent des médicaments, il y a une réticence à leur utilisation, car ils ne connaissent pas ces médicaments-là. Un exemple concret, c'est celui du

Paracétamol. En Europe, on utilise très fréquemment cet antidouleur. Un réfugié explique qu'il détestait quand on lui donnait du Paracétamol, il répondait souvent à son médecin que ce produit ne fonctionnait pas sur lui (psychologique ?). Dans ce cas, le médecin a utilisé un subterfuge et lui a donné de l'ibuprofène.

- Réfugié qui se plaint de n'avoir reçu qu'1 comprimé de Paracétamol alors que chez lui, il en prenait 5-6 à la fois.

- Certains patients en Afrique (Congo) ont l'impression d'être négligés lorsque le médecin leur donne un traitement médicamenteux. En effet, le seul traitement efficace pour eux, c'est l'injection. Tant qu'on n'a pas reçu d'injection, on n'a pas été soigné

- Stage avec Action Damien en Guinée : approche paternaliste des soignants vis-à-vis des soignés, il existe une vraie hiérarchie.

- Crise d'épilepsie, le patient est traité, suivi grâce à de la médecine 'occidentale'... Les membres de la famille ne sont pas complètement satisfaits. Ils sont persuadés qu'il y a une raison spirituelle, religieuse derrière ces crises, d'où la nécessité de prières en plus du traitement

- Paradoxe chez les patients africains qui, lorsqu'ils sont en Afrique, acceptent les conditions des hôpitaux, mais quand ils arrivent ici, deviennent très exigeants, veulent tout tout de suite.

- Dans certaines cultures, il est interdit de dire à la naissance qu'un bébé est beau... ça porte le mauvais œil. La médiatrice a dû insister auprès des infirmières pour qu'elles ne le disent pas.

- À l'accouchement, interdiction de donner le nom dans certaines cultures, il faut attendre le 7<sup>e</sup> jour. Conflit avec les infirmiers qui venaient réclamer le nom pour l'acte de naissance. La médiatrice devait sans cesse rappeler que les parents avaient 15 jours légaux pour aller à la commune déclarer la naissance et donner le nom de l'enfant.

## 2) Débats

- médiatrice interculturelle au CHR : nécessité de l'introduction de l'interculturalité dans les soins de santé, en effet chaque patient arrive avec sa propre culture et parfois s'invente même une culture.

Les médecins doivent apprendre à demander au patient comment les choses se passent, d'où ils viennent et essayer de faire un parallèle avec la culture occidentale.

- Souvent il y a un problème de confiance entre médecin et patient, ce n'est pas toujours une question de culture.

- Il y a une vraie résistance à la contraception, c'est très compliqué pour le personnel soignant parce qu'il faut rester dans le respect de l'autre, ne rien lui imposer mais en même temps, on ne trouve pas vraiment de solutions à ce problème. Que faire ?

- Comprendre que dans certaines cultures, les femmes ne peuvent pas décider pour elles-mêmes.

- Au-delà de l'attitude du personnel soignant, l'interculturalité implique un travail et beaucoup de temps. Or, il y a un manque de temps, on est dans une société dans laquelle tout doit aller vite.

- Chacun devrait réfléchir à comment son contexte professionnel, son institution permet de travailler sur la multiculturalité.

- Attention à ne pas avoir une attitude néocolonialiste. Par exemple, quand on part en stage à l'étranger, il n'y a pas d'égalité. En effet, les stagiaires arrivent avec du matériel soi-disant adapté, au lieu de s'adapter à la situation sur place. Confrontation entre l'hypermédicalisation (qui crée des dégâts) et une non-médicalisation (qui crée aussi des dégâts).

- Faire des stages plus près, pouvoir s'ancrer dans notre propre culture avant d'aller en découvrir une autre. En effet, il est difficile d'entrer dans la culture de l'autre quand on n'a pas de prise sur la nôtre.

- La notion d'urgence n'est pas la même, mais est-ce que les patients s'en portent vraiment moins bien en tout point de vue ? Le travail est peut-être plus agréable et les patients moins stressés ?

→ problèmes des hôpitaux en Afrique, tant qu'on ne paye pas, on n'a pas accès aux soins... Ce n'est donc pas forcément la notion d'urgence qui est en jeu ici.

→ stage en Guinée : le patient doit payer son lit avant d'obtenir le traitement, qui, lui, est gratuit (Action Damien). Il paye tout le reste, sinon on ne le soigne pas.

- Discerner problèmes culturels et problèmes politiques !

- Partir en stage à l'étranger présuppose une préparation à l'ouverture à l'autre, une analyse du contexte dans lequel on va se retrouver.

- Attention, car beaucoup de professionnels présentent des freins culturels... Cela influence leur rationalisation.

- Accepter que notre société est multiculturelle... Plus de 170 langues à Bruxelles !

- Apprendre à gérer la multiculturalité via des supervisions = groupes de paroles où les professionnels de la santé (et pas seulement eux) peuvent réagir à des situations vécues, apprendre comment ils auraient pu réagir, reconnaître leurs freins dans certaines situations.

→ Dans les études d'infirmières, il existe des lieux de paroles pour analyser les stages, faire des réflexions sur les situations vécues, analyser nos réactions.

→ Stages accompagnés, préparés !

- Faire attention à la violence ressentie par les gens à tous les niveaux quand on les exproprie de leurs cultures, mais aussi à la violence ressentie par les professionnels de la santé. Violence par non-reconnaissance de ce qui fait l'identité de l'autre.

- Pour travailler sur la multiculturalité, il faudrait travailler plus sur la posture que sur le contenu : posture d'écoute, connaître un minimum de géographie.

→ la théorie est nécessaire, mais il faut de la volonté par-dessus tout.

- Attention à la notion de culture qui recouvre beaucoup de choses (religion, contexte politique, tradition...)

→ interconnexion entre tradition, culture et religion

→ mettre en place une collaboration entre les médecins et les chefs religieux. Cela va nécessiter beaucoup de travail, un partage d'expérience et surtout une non-prétention du savoir médical.

→ sensibilisation chez les infirmiers, médecins

- Cours interfacultaires sur la multiculturalité