

ÉDITORIAL

LE VISAGE DE L'AUTRE EST UN IMPÉRATIF ÉTHIQUE¹

* ÉRIC KILEDJIAN, GÉRIATRE, RÉDACTEUR EN CHEF, VIENNE

Chacun d'entre nous s'origine, se reçoit, se réfère à sa culture. D'un ensemble de manières de penser, de sentir et d'agir, partagées par un groupe plus ou moins grand constitué en collectivité particulière. La culture désigne l'ensemble des traits distinctifs, intellectuels et affectifs, matériels et spirituels, qui caractérisent une société ou un groupe social. Elle englobe entre autres les modes de vie, les droits fondamentaux, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances². Cette culture collective est la culture d'un peuple, reliée à une histoire, elle contribue à construire l'identité culturelle de ce peuple. Elle comporte des repères de valeurs, des rites et des productions artistiques, littéraires, juridiques... Elle se décline en autant de cultures individuelles qui individualisent les personnes selon leur appropriation de cet héritage collectif, ou de plusieurs cultures en cas de migration. C'est un patrimoine culturel immatériel, transmis de génération en génération, mais aussi renouvelé en permanence par les communautés, qui leur procure un sentiment d'identité et de continuité.

-
1. Expression d'Emmanuel Levinas, citée dans une conférence d'Anne-Marie Dozoul, psychologue, le 19 novembre 2008, qui a inspiré ce texte.
 2. Voir la définition de l'Unesco de la culture, déclaration de Mexico sur les politiques culturelles. Conférence mondiale sur les politiques culturelles, Mexico City, 26 juillet-6 août 1982.



Ainsi, les rites ont cette fonction expressive et symbolique qui favorise un sentiment d'appartenance, particulièrement dans le moment de menace qu'est la maladie grave ou la fin de vie, en articulant parole et corps, passé et présent, visible et invisible. De même, la langue (maternelle) joue un rôle essentiel dans l'expression d'une connaissance sociale propre à maintenir un sentiment de partage et de sécurité entre les membres d'une même collectivité.

L'EXPÉRIENCE DE SE PERDRE EN TERRE ÉTRANGÈRE

On conçoit aisément que l'épreuve de la maladie grave, mais aussi l'expérience de l'hospitalisation, conduisent la personne à rechercher des appuis solides, refuge communautaire qui peut être comme une référence à la source, une réactivation des racines. En effet, la maladie grave isole, elle fait perdre toutes sortes de repères internes et des repères relationnels. Des pertes qui sont causes d'angoisse et peuvent stimuler une quête de sens. Or, trouver le sens dans son existence, c'est habiter une identité, construite par l'histoire personnelle et collective, nourrie par l'altérité et la reconnaissance affective. C'est encore avoir le sentiment d'une consistance, n'être pas insignifiant et négligé dans les relations, simplement embarrassant pour les autres. La maladie grave réactive le besoin d'attention bienveillante, la nécessité pour la personne d'être reconnue pour ce qu'elle est vraiment. Dans le cas où il existe un obstacle de communication lié à l'absence de langue commune, il pourra s'agir de trouver un regard et des gestes expressifs et lisibles en ce qu'ils indiquent la prise en compte et le respect de l'altérité.

On repère dans ces enjeux primordiaux comme une dynamique spirituelle, en ce sens que les valeurs partagées ont besoin d'être rappelées, l'insertion dans un tissu relationnel familial et communautaire est encore plus nécessaire, l'en-deçà et l'au-delà de soi font davantage sens. Chacun fait appel aux systèmes de pensées qui le constituent pour essayer de donner un sens au non-sens.

Lors de son hospitalisation, la personne passe par un moment de dépossession d'elle-même. Cette expérience occasionne fréquemment une régression de la socialisation. L'individu entre sur une terre étrangère dont il est bien difficile de dominer les codes, les modes traditionnels du rapport à autrui sont bouleversés, il faut envisager des compromis avec son identité. Par exemple, une nudité relative ou le port d'un pyjama, de même que le fait d'être couché c'est-à-dire installé à un niveau inférieur à celui de ses visites, construisent une image dépréciée de soi.

D'autres tensions sont liées à la manière qu'ont certaines cultures de penser la maladie et le soin, évidemment très différente de notre culture soignante et hospitalière. Nos représentations occidentales autant que nos modèles médicaux se basent sur une conception individualiste de la personne en privilégiant l'individu sur le groupe et la communauté. Or, pour beaucoup d'étrangers accueillis en France, la personne est considérée avant tout comme membre d'une collectivité, et aussi un maillon d'une lignée, d'une ancestralité commune. L'hôpital est, dans certains contextes urbains, un haut lieu d'interculturalité où le rapport à la différence est omniprésent. Alimentation, rites de mort, visites de familles occasionnent des incidents potentiellement critiques dans la rencontre soignant-soigné.

LA CONFRONTATION À LA DIFFÉRENCE DE L'AUTRE

La relation soignant-soigné est tout autant une relation intersubjective qu'une relation interculturelle de deux cultures en présence. Ces différences tendent à séparer, elles compromettent évidemment la rencontre, comme si l'étrangeté de l'un pour l'autre était trop radicale. Chacun de nous existe avec sa propre culture et cet échange est une rencontre de deux uniques. Soigner est une démarche anthropologique tout autant qu'une épreuve émotionnelle qui pose la question du



rapport à l'autre, à la différence, à la confrontation interculturelle de représentations, de valeurs, de codes, jusqu'à déconcerter parfois le « bien portant » (soignant, accompagnateur) et lui imposer un questionnement sur ses filtres et écrans culturels actifs dans la rencontre.

Des projections de valeurs auront tendance à tout ramener au centre de sa culture. Un réflexe consiste à juger à partir de son étalon culturel au risque d'altérer la relation et de restreindre l'écoute en réduisant l'autre à sa différence. Certaines expressions de soignants révèlent leur désarroi ou leur agacement devant certaines situations jugées peu conformes. « Ces gens sont trop exigeants, ils ont trop de visites, ils sont trop nombreux. » Les soignants sont déconcertés, et peuvent opter pour un repli technique, dans le savoir-faire collectif de l'équipe soignante.

Nos expertises médicales développées sur des convictions et consensus risquent de rendre sourd à d'autres savoirs relatifs au corps et à la maladie auxquels nombre de patients et familles font appel (les médecines et croyances traditionnelles, les rituels religieux pour apprivoiser ou ne pas offenser la divinité, les remèdes magico-religieux).

Ce constat pose la question de la justesse de l'accompagnement de ces étrangers. Les relations interpersonnelles relèveront moins d'un savoir sur l'autre et sur sa culture, que d'une qualité de présence qui se laisse déposséder par l'autre. On voit la nécessité pour le soignant de sortir de l'idée qu'il se fait de ce qui est bien pour l'autre, c'est-à-dire de ses projections fussent-elles généreuses. L'accueil de la dimension interculturelle réclame une écoute particulière, un dépaysement consenti devant cette étrangeté. D'autant qu'aux différences ethniques s'ajoutent souvent des conditions sociales défavorisées. Le soignant ne peut faire l'économie d'un détour anthropologique. Aller à la rencontre de l'autre, s'ouvrir à la différence culturelle, nous conduit à nous interroger sur nous-même, sur ce qui

constitue notre propre référentiel culturel. Envisager le malade dans sa globalité humanise l'acte de soin.

Dans les soins palliatifs, le soignant est appelé dans ce temps ultime à prendre soin de ce qui le traverse spirituellement et culturellement, en favorisant l'échange, la traduction, la mise en place de rituels, de gestes et de mots, pour accompagner le mourant dans cette sortie du temps.

