

***MA CULTURE***

***MA FORCE***

***MA FAIBLESSE***

**Mémoire de fin d'étude – UE5.6. S6 – Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles.**

**Travail remis le 12 mai 2014**

**Institut de Formation des Professions Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie**

**Directrices de mémoire : Mmes FOGLIANI Hélène et POTTIER Brigitte**

Note aux lecteurs :

**« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».**

## Remerciements

Je veux remercier toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de ce mémoire de fin d'études mais aussi toutes celles qui m'ont accompagné durant mes trois années de formation.

Tout d'abord, je tiens plus particulièrement à adresser mes remerciements :

- à mes formateurs Mr MILIION Gaël et Mme FINAU Christine pour le professionnalisme, le savoir-être, la patience et le soutien dont ils ont fait preuve durant toute ma formation ;
- à mes directrices de mémoire, Mmes FOGLIANI Héléna et POTTIER Brigitte pour leurs conseils et leurs encouragements durant tout le cheminement de ce travail de fin d'étude ;
- aux infirmiers et aides-soignants ayant participé à mon enquête de terrain, sans qui l'élaboration de ce mémoire n'aurait pas été possible ;
- aux documentalistes Mmes IDOUX Laurence et MEYER Virginie pour les conseils apportés, la bonne humeur véhiculée, et la gentillesse dont elles ont fait preuve.

Et enfin, je remercie mes parents pour m'avoir transmis leur goût du travail, m'avoir encouragé et aidé tout au long de mes trois années d'étude et mes frères et sœurs, pour avoir cru en moi.

Les élèves de ma promotion pour la solidarité incontestable qui a persisté ces trois ans.

Et enfin, S. Marine, R. Julie, W. Solenn, K. Dimitri et H. Jean-Claude, pour tout leur savoir-être et leur savoir-faire, nous liant dans une mutualité réciproque et faisant d'eux des amis, des collègues, remarquables.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>page 6</b>
<b>I. Situation de départ, questionnaire et réflexion.....</b>	<b>page 7</b>
1. Description de la situation de départ.....	page 7
2. Questionnements suscités par la situation.....	page 8
<b>II. Cadre conceptuel.....</b>	<b>page 9</b>
1. La relation de confiance.....	page 9
1.1. Qu'est-ce que la relation de confiance ?.....	page 9
1.2. Comment amener cette confiance .....	page 9
1.3. Comment se manifeste la confiance chez le patient ? .....	page 10
1.4. Quelles sont les limites de la relation de confiance ? .....	page 11
1.4.1. La distance professionnelle.....	page 12
1.4.2. Que fait le soignant pour se protéger ?.....	page 12
2. La culture.....	page 13
2.1. Qu'est-ce que la culture ? .....	page 13
2.2. La culture kanak .....	page 14
2.2.1. Le soignant kanak en milieu hospitalier.....	page 16
2.2.2. Les interdits culturels kanak dans un contexte de soin.....	page 16
<b>III. Problématique et hypothèse de recherche.....</b>	<b>page 18</b>
<b>IV. Intérêt professionnel.....</b>	<b>page 19</b>
<b>V. L'enquête de terrain.....</b>	<b>page 19</b>
1. Choix et intérêt de la méthode d'enquête.....	page 19
2. Présentation et intérêt du questionnaire.....	page 20

VI.	Analyse des données.....	page 22
1.	Données recueillies auprès des aides-soignants.....	page 23
2.	Données recueillies auprès des infirmiers.....	page 26
3.	Interprétation des données.....	page 29
VII.	Synthèse de l'enquête.....	page 32
1.	Confrontation à l'hypothèse de recherche.....	page 32
2.	Les limites de l'enquête.....	page 33
VIII.	Synthèse personnelle.....	page 33
CONCLUSION.....		page 35
BIBLIOGRAPHIE.....		page 36

**ANNEXE 1 : questionnaire soignant**

**ABSTRACT**

## INTRODUCTION

« *Pour faire ce métier, il faut l'aimer* ». Je retiens ici les paroles de mon père concernant la profession d'infirmière. Plus j'avance dans ma formation et plus ces dires prennent tout leur sens. C'est bien l'amour que nous portons à notre profession qui nous permet d'affronter son quotidien. De tout temps, la représentation sociale de la fonction soignante est définie comme un don de soi. Nul ne peut contredire le fait qu'exercer ce métier, c'est apporter aux personnes soignées tant notre savoir-faire que notre savoir-être, développés à partir d'une éducation scolaire, professionnelle, sociale et culturelle. Une éducation qui peut influencer notre rapport au patient et de ce fait, constituer tant une force qu'une faiblesse dans l'exercice de notre profession, particulièrement d'un point de vue culturel.

Dans un pays composé d'une importante diversité ethnique telle que la Nouvelle-Calédonie, tout soignant sera amené à travailler avec des personnes de cultures différentes. Ainsi, l'appartenance culturelle du professionnel de santé est donc nécessairement à prendre en compte, afin que fleurissent au sein de la pluri-culturalité des équipes soignantes, de la compréhension, de la tolérance et du respect envers les principes culturels de chaque soignant. En effet, dans notre pratique professionnelle, allier travail et culture peut parfois s'avérer ardu, particulièrement quand le dilemme émane du socle même de notre métier qu'est le rapport humain.

Ainsi, pour mener à bien mon travail de fin d'étude basé sur la culture du soignant en milieu hospitalier, ma réflexion se construit selon les axes suivants.

Tout d'abord, je décris la situation choisie illustrant la création d'un lien de confiance entre deux personnes de même culture, j'élabore à partir de cette situation une question de départ qui est la suivante : ***Partager la même culture que le patient peut-il influencer la mise en place d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné ?***

Puis je développe les différents concepts qui sont mis en jeu. J'articule ma réflexion autour de deux principaux concepts, que sont **la relation de confiance** et **la culture** que j'illustre par la culture kanak.

Ensuite, après avoir développé mes concepts, je construis une problématique qui en découle et à partir de laquelle j'émet une hypothèse.

Après justification du choix et de l'utilisation de la méthode d'enquête utilisée pour mes recherches, j'effectue un recueil des données perçues sur le terrain. Puis je réalise une analyse des résultats recueillis.

Enfin, j'aborde une réflexion et un constat, en fonction de la problématique posée avant de poser la conclusion.

## **I. Situation de départ, questionnement et réflexion.**

### **1. Description de la situation de départ :**

Cette situation se déroule en service hospitalier. Étudiante infirmière en première année, j'effectue mon deuxième stage du semestre 2. Je m'occupe en collaboration avec une infirmière de proximité, de Mme W atteinte d'un cancer de la vésicule biliaire en phase terminale. Cette patiente est âgée de 68 ans et est originaire de Lifou. Elle est mariée et a trois enfants, un garçon et deux filles. Elle vit avec son mari et l'aîné de ses enfants dans une maison sur la commune de Dumbéa. Cela fait environ deux mois que cette patiente est hospitalisée dans ce service. Elle est asthénique, présente un ictère et une cachexie. Sa famille vient lui rendre visite tous les jours. Elle nous renvoie l'image d'une famille aimante et très unie.

Mme W possède dans sa chambre un thermos contenant un médicament traditionnel kanak qui, selon ses dires, a des effets curatifs sur son cancer.

À ma première semaine de stage, elle me demande, si possible, de venir la voir dans sa chambre les midis pour lui servir un bol de ce traitement traditionnel. Elle m'explique qu'elle se permet de me solliciter car nous sommes toutes deux issues de la même culture, la culture kanak, ainsi je peux la comprendre. Je fais part de sa demande au personnel soignant qui m'autorise à lui rendre ce service.

Je réponds alors à la demande de cette patiente durant toute la durée de mon stage.

Au fur et à mesure des jours qui passent, Mme W s'adresse à moi avec une grande aisance. Elle me raconte facilement plusieurs anecdotes de sa jeunesse et certaines histoires de famille. Ceci témoigne qu'une réelle relation de confiance s'est établie.

Vers ma quatrième semaine de stage, c'est toujours avec souplesse dans la voix que Mme W me confie n'avoir jamais eu recours à la médecine traditionnelle kanak auparavant. Elle avait mis toute sa confiance en la médecine occidentale durant toutes ses hospitalisations.

Mes tous derniers jours de stages sont marqués par le fait qu'elle ne m'appelle plus par mon prénom mais : « ma fille ». Elle m'encourage à continuer mes études en disant qu'il est important pour les patients d'avoir du personnel soignant de la même culture qu'eux, « c'est plus facile pour nous » me dit-elle.

## **2. Questionnements suscités par la situation.**

Tout au long de mes trois années d'étude, j'ai toujours été sensibilisée par la dimension humaine et relationnelle dans l'approche soignant-soigné. Depuis mon entrée en formation, je me suis construit une identité professionnelle. Je constate alors que l'approche relationnelle soignant-soigné constitue l'un de mes points forts, car j'ai une grande facilité à entrer en contact avec les patients. Cette qualité m'est reconnue d'ailleurs par plusieurs soignants durant mes stages. Étant originaire de Nouvelle-Calédonie, j'ai toujours considéré mes origines, ma culture, comme un atout, une richesse. Elles me permettent de comprendre la population soignée dans sa globalité comprenant ainsi sa dimension culturelle. Grâce à ma formation en tant qu'étudiante infirmière, mon point de vue évolue. Je suppose que mes origines culturelles m'aident également à instaurer un climat de confiance avec des patients ayant la même culture que moi.

C'est pour ces raisons que mon choix s'est porté sur cette situation. Elle illustre ainsi cette rencontre entre deux personnes de même culture. Cette situation présente bien la relation de confiance instaurée entre la patiente et moi. Ainsi je pars de cette situation pour vérifier s'il existe bien un lien entre la culture et la relation de confiance.

Dans un premier temps, mon questionnement s'oriente sur la relation de confiance. Comment la relation de confiance s'est-elle instaurée entre Mme W et moi ? Quels outils ai-je utilisés pour permettre cette relation ? Jusqu'où peut-on entrer en relation avec le patient ?

Dans un deuxième temps mon questionnement porte sur la culture. Comment la culture du patient est-elle perçue par les soignants ? Comment la culture du soignant est-elle perçue par les patients ? En quoi être de même culture que le patient influence la relation avec les patients ? En quoi partager la culture du patient rend « plus facile » la relation ?



Ainsi grâce à ce questionnement est née une question de départ à partir de laquelle commence ma réflexion.

**Partager la même culture que le patient peut-il influencer la mise en place d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné ?**

## **II. Cadre conceptuel.**

### **1. La relation de confiance.**

#### **1.1. Qu'est-ce que la relation de confiance ?**

Selon A. MANOUKIAN et A. MASSEBEUF une relation « *est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* »<sup>1</sup>. Le soignant est « *une personne qui donne des soins* »<sup>2</sup>. Le soigné est donc une personne qui reçoit des soins. La relation soignant-soigné constitue donc une rencontre entre un soignant et un soigné. Cependant, le contexte de cette relation est particulier car, ni le soignant et ni le patient n'a choisi de rentrer en relation. La relation soignant-soigné est imposée. Le soignant doit rencontrer le patient, entrer en communication avec lui, le découvrir et le comprendre. C'est de là même qu'émane la difficulté de cette relation. Car pour établir cette relation soignant-soigné, il faut inéluctablement instaurer un climat de confiance. Ce climat de confiance est établi par la posture du soignant envers le patient.

#### **1.2. Comment amener cette confiance ?**

Pour établir un climat de confiance, selon W.HESBEEN il faut « *tisser les liens de confiance fondés sur le respect de la personne* »<sup>3</sup>. Pour lui, les éléments suivants permettent au patient

---

1 MANOUKIAN, Alexandre et MASSEBEUF, Anne, *La relation soignant soigné*, LAMARRE, 2008. Disponible : <http://www.Books.google.com/>. [consulté le 15/02/2014]

2 Le petit LAROUSSE illustré 2001, p 947.

3 HESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital*, MASSON, 2007. p 99-100.

de se sentir en confiance :

« *-la chaleur, elle permet à la personne soignée de voir le soignant comme un être chaleureux, qui n'est pas hostile ou distant, qui a le mot, le sourire, le regard adéquats et personnalisés [...]*

*- l'écoute, celle qui permet d'accueillir la parole d'autrui [...]*

*- la disponibilité, elle témoigne d'une attention particulière envers le patient [...]*

*- l'humilité, celle qui témoigne d'un professionnel [...] qui a l'ambition d'apporter de l'aide sans avoir la prétention de tout maîtriser et de tout savoir sur la personne;*

*- l'authenticité, celle qui témoigne d'un professionnel qui exerce son métier en vérité avec lui-même et, dès lors, en vérité dans le rapport qu'il entretient avec les autres »<sup>4</sup>.*

Ainsi l'association de ces éléments permet l'instauration d'un climat de confiance. Le patient a besoin de se sentir écouté, besoin que nous lui portions de l'attention, que nous soyions disponibles, aptes à répondre à ces besoins et à être authentiques. Cette approche répond à l'une des valeurs primordiales de notre métier qui est **le respect**, le respect de la personne soignée, la considération que nous lui portons. Pour moi, la notion de **durée** est aussi à prendre en compte. Il semble évident que le comportement à avoir n'instaure pas automatiquement une relation de confiance. Seul le temps permettra la création d'un lien de confiance dans la relation soignant-soigné, si le soignant crée autour du patient un environnement propice à l'installation de cette confiance.

### **1.3. Comment se manifeste la confiance chez le patient ?**

Quand la relation de confiance est établie, le patient se livre mieux, parfois sans que le soignant ne lui pose de question. L'angoisse de la dimension hospitalière diminue. Il se confie au soignant de façon naturelle et spontanée.

Le fait que Mme W me demande, dès ma première semaine de stage, de l'aider à prendre son médicament traditionnel, est dû au fait que nous partageons la même culture. De ce fait, Mme W se sent alors comprise, non par le fait que j'instaure un climat de confiance mais parce que je suis en capacité de la comprendre. Cela facilite, pour moi, la mise en place de cette relation de confiance. Mme W le dit elle-même : « c'est plus facile pour nous ». Cependant cela ne suffit pas, il faut adopter le comportement essentiel à l'établissement de la relation de

---

<sup>4</sup> HEESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital*, MASSON, 2007. p 99-100.

confiance. Ainsi je fais preuve de considération en écoutant les différents récits que Mme W me raconte. Je me rends disponible pour lui servir un bol de son traitement traditionnel chaque jour. Je suis authentique par le fait que je reste moi-même, avec des valeurs qui me sont propres. En effet, l'humilité et le respect font partie de ces valeurs qui sont le socle de mes origines culturelles. Ainsi grâce à la « *conjugaison de tous ces éléments* »<sup>5</sup>, la relation de confiance s'est instaurée.

#### **1.4. Quelles sont les limites de la relation de confiance ?**

Pierre CORNEILLE a dit que « *le trop de confiance attire le danger* »<sup>6</sup>. Je trouve que cette citation illustre bien que la relation de confiance a ses limites. En effet, le soignant doit, par l'établissement d'un climat de confiance, s'engager dans cette relation, sans la rendre fusionnelle mais faire preuve d'empathie. Pour Carl Rogers : « [...] *être empathique consiste à percevoir avec justesse le cadre de référence interne de son interlocuteur ainsi que les raisonnements et émotions qui en résultent [...] C'est-à-dire capter la souffrance ou le plaisir tels qu'ils sont vécus par l'interlocuteur, en percevoir les causes de la même façon que lui* »<sup>7</sup>. Ainsi être empathique semble délicat, dans le sens où percevoir ce que l'autre ressent impose au soignant l'instauration d'une « barrière ». Cette « barrière » entre le patient et lui est la distance professionnelle.

##### **1.4.1. La distance professionnelle.**

La distance, par définition, est « *l'écart, différence entre deux choses, deux personnes, leurs statuts, leurs qualités* »<sup>8</sup>. Ainsi la distance professionnelle est l'écart entre le soignant et le soigné. Selon P. PRAYEZ, « *la bonne distance pousse trop souvent les soignant vers une distance froide, posture défensive insatisfaisante pour le professionnel et déshumanisante pour la personne soignée* »<sup>9</sup>. Le soignant donne des soins, le patient reçoit des soins, nous

---

5 HEESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital*, MASSON, 2007. p 99-100

6 CORNEILLE, Pierre. Disponible : [www.Evene.lefigaro.fr](http://www.Evene.lefigaro.fr). [Consulté le 14.02.2014].  
Disponible : <http://www.Evene.Lefigaro.fr/>

7 AZOULAI, Guy. *L'entretien, qu'est-ce que c'est?* [Consulté le 21.01.2014].  
Disponible : <http://www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie>.

8 Le petit LAROUSSE illustré, 2004.

9 PRAYEZ, P. *Distance professionnelle et qualité du soin*. LAMARRE, 2003.

pouvons parler de dispensateur et de receveur. Ainsi la notion de distance professionnelle est liée à ce rôle différent qu'ont chacun des deux acteurs dans la relation soignant-soigné. La juste distance professionnelle signifie pour moi trouver le juste milieu entre donner peu et trop donner. Cette notion peut sembler paradoxale à la représentation sociale de notre métier de soignant qui est un don de soi. Cependant, je pense qu'en effectuant cette profession, le don de soi en fait intégralement partie. Le soignant est une personne qui prodigue des soins, certes en tant que technicien et mais aussi en tant que personne à part entière. C'est un partage de savoir-être et de savoir-faire dont le soignant fait profiter les patients.

En effet, notre métier met la relation humaine au premier plan. Nous sommes confrontés chaque jour à des personnes nécessitant des besoins particuliers auxquels nous devons répondre. Par conséquent, le soignant ne doit pas uniquement être technicien mais se doit de créer une relation avec les patients. Donc, comme toute relation humaine, l'affectivité et l'émotionnel entrent en considération. Cependant, éprouver trop d'émotions, être trop dans l'affectivité ne nous permet plus d'être objectif, le soignant peut se retrouver enfermé dans la relation. Il se focalise non plus sur la situation présentée mais plus sur le patient lui-même. Il est donc important que le soignant se protège de toutes les répercussions que peut avoir une relation fusionnelle et une grande implication dans la prise en charge d'un patient. En effet, je pense que faire don de soi peut être autant une force qu'une faiblesse.

La dimension répétitive de la fonction de soignant, c'est-à-dire la confrontation quotidienne du soignant face à la maladie, à la douleur ou encore à la mort, pousse malheureusement certains soignants à se blinder émotionnellement. Par ce terme, je veux dire que le soignant évite de ressentir des émotions. Il devient un être apathique, ce qui empêche la relation. Il souhaite, par ces mécanismes inconscients, se protéger. La technicité du soin prime alors au détriment de son humanité.

Donc afin d'éviter ces différents mécanismes, le soignant doit mettre en place des outils qui peuvent le protéger de la déshumanisation de sa profession.

#### **1.4.2. Que fait le soignant pour se protéger?**

Pour créer une juste distance avec le patient, le soignant peut utiliser des outils qui lui sont propres. Parmi eux, je peux évoquer le vouvoiement. Le vouvoiement est par définition

---

[Consulté le 17/02/2014]  
Disponible : <http://www.Books.google.com/>

« l'action de s'adresser à quelqu'un en utilisant la deuxième personne du pluriel »<sup>10</sup>. Dans la relation soignant-soigné, il est « l'un des garants de la juste distance. Il permet de fixer le rôle et la place de chacun, de mettre en place un cadre rassurant pour le patient en reconnaissant des règles et des lois. Il permet d'éviter les dérives et inscrit le soignant dans une relation thérapeutique distincte et particulière signifiant à l'autre les limites de son rôle »<sup>11</sup>. Pour maintenir la juste distance, il est aussi conseillé au soignant de ne pas dévoiler son histoire, « être à l'écoute du patient, c'est ne rien dévoiler de sa propre histoire. Le patient doit connaître l'infirmier en tant que soignant et non en tant qu'individu »<sup>12</sup>. Le port de la blouse blanche peut aussi représenter une protection, il permet de situer la personne dans son rôle de soignant et de poser un cadre.

En somme, la relation de confiance est induite par une conduite à tenir de soignante basée sur le respect de la personne soignée. Cette relation de confiance nécessite l'instauration d'une distance professionnelle afin de ne pas être submergé par la complexité de la dimension humaine du soin. Cette distance tend donc à protéger le soignant d'un point de vue affectif et émotionnel. Ainsi, afin de répondre à ma question de départ basée sur l'influence de la dimension culturelle sur la relation de confiance, je dois pousser ma réflexion plus loin en m'intéressant au concept de la culture.

## 2. La culture.

### 2.1. Qu'est-ce que la culture ?

SAPIR définit la culture comme l'ensemble « socialement hérité des pratiques et des croyances qui déterminent la texture de nos vies »<sup>13</sup>. TYLOR la définit comme « cet ensemble complexe qui inclut la connaissance, la croyance, la loi, la morale, les coutumes et toutes autres capacités et habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société »<sup>14</sup>. Dans un travail critique sur la définition et le concept de la culture, KROEBER et

10 Dictionnaire. *Le petit Larousse illustré*, 2004.

11 OUHARZOUNE, Yasmina ; AGRECH, Chantal. *Technique de soins en psychiatrie*, 2005.[consulté le 06/02/2014]. Disponible : <http://www.books.google.com/>

12 OUHARZOUNE, Yasmina ; AGRECH, Chantal. *Technique de soins en psychiatrie*, 2005. [Consulté le 06/02/2014] Disponible : <http://www.books.google.com/books?isbn=2850308641>

13 CRESSWELL, Robert. *Éléments d'ethnologie*. 1. Huit terrains. Collection U, 1975, p32

14 CRESSWELL, Robert. *Éléments d'ethnologie*. 1. Huit terrains. Collection U, 1975, p31

KLUCKHOHN, ont décompté environ « 300 définitions différentes »<sup>15</sup>. Cela démontre bien la complexité de ce concept qu'est la culture.

Le décret du 29 juillet 2004 [10] relatif à l'exercice de la profession infirmière et aux actes professionnels<sup>16</sup>, régi par le code de la santé publique déclare :

*Article R 4311-2 : Les soins infirmiers [...] ont pour objet[...]de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques, en tenant compte de la personnalité de chacune d'elle, dans sa composante psychologique, sociale, économique et culturelle .*

La culture du patient doit donc être respectée et prise en compte dès son accueil dans un service hospitalier. Je pense, en tant que soignant en devenir, que nous devons considérer la culture du patient non comme quelque chose qui nous est imposée en service mais comme quelque chose qui peut nous aider. Cependant le soignant se retrouve parfois démuné par l'incompréhension de la culture du patient dont les principes et les valeurs culturelles sont différents des siens.

Je décide de traiter plus particulièrement la culture kanak car c'est la culture apparente dans ma situation de départ. Aussi, je suis originaire de cette même culture.

## **2.2. La culture kanak.**

La culture kanak est une culture très vaste. Il me semble difficile de la présenter en quelques phrases. Ainsi pour vous permettre d'avoir une vue d'ensemble sur l'organisation de celle-ci, je cite Jean-Marie TJIBAOU. « *A l'origine, il y a l'arbre, le tonnerre, etc. Puis il y a la série d'ancêtres, et puis il y a nous. Et la vie passe à travers cette généalogie, et cette généalogie, elle est celle de mes pères, mais elle est aussi celle du clan qui m'a donné ma mère et qui, en donnant ma mère, me donne la vie. Le principe de vie, nous disons que c'est la mère qui donne la vie. Le père donne le personnage, le statut social, la terre [...]. La vie est donnée par le sang. Le sang, c'est la mère qui le donne. Et le propriétaire du sang, c'est elle, ses frères et ses pères. Alors je reste duel. Je ne suis jamais individu. Je ne peux pas être individu. Le corps n'est pas un principe d'individualisation. Le corps est toujours en relation* »<sup>17</sup>.

---

15 CRESSWELL, Robert. *Éléments d'ethnologie*. 1. Huit terrains. Collection U, 1975, p31

16 Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier. n°0181 du Journal Officiel, 7 août 2009. [Consulté le 22/01/2014]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>.

17 *Chroniques du pays kanak*. Editions Planète NEMO, tome 1, p52

La base de la structure sociale de la culture kanak est le clan. Ce terme peut-être défini comme « *le groupement de personnes se réclamant d'un ancêtre commun* »<sup>18</sup>. En effet, dans la société kanak, le groupement est en amont de l'individu. Ce qui la différencie de la vision occidentale de la société où le groupement est en aval. Ce n'est donc pas l'homme qui fait la société, mais bien la société qui fait qu'il existe. L'homme kanak n'existe qu'à travers sa place au sein du clan, « *le corps n'est pas un principe d'individualisation* »<sup>19</sup>.

Le kanak sera donc du rang correspondant à sa situation dans la hiérarchie du clan fixé par une « *généalogie ancestrale* »<sup>20</sup>. Ce nom est plus qu'une propriété personnelle car il perdure au-delà de la mort de ceux qui l'ont porté. Le Kanak appartient à la terre où il est né. Toute sa vie, il devra témoigner de l'honneur attaché à son nom. L'homme kanak, pour pouvoir honorer son nom, doit être respectueux. C'est une des qualités essentielles demandées. Cette valeur représente une école de travail, de responsabilité, de prudence et d'intégration à la communauté. Pour l'anthropologue Patrice GODIN, « *respecter veut dire : obéir, donner priorité, mais aussi aider, aimer, honorer. Et surtout travailler* »<sup>21</sup>. Le respect permet de mener à bien ses devoirs envers sa communauté, sa tribu, son clan, sa famille.

Les vivants ne sont pas les seuls membres de la société kanak. Les morts, les esprits sont eux aussi présents dans cette communauté. Ce sont eux qui entourent les activités de l'homme kanak comme la pêche, les compétitions sportives ou encore les démarches administratives. Ils donnent également de la puissance aux médicaments traditionnels. Aussi sanctionnent-ils les fautes commises dans la communauté. Dans *Do Kamo*, publié en 1947, Maurice LEENHARDT dit que « *Les défunts sont toujours là, les dieux mêlés aux vivants, l'espace des uns et des autres mal différenciés* »<sup>22</sup>. Ainsi la Terre et le cosmos sont tous deux les espaces qui regroupent cette société.

Certes, la culture kanak d'aujourd'hui n'est plus représentative de celle d'autrefois par l'impact de la modernité. Cependant, comme J-M TJIBAOU le dit dans *Kanaké, mélanésien de Nouvelle-Calédonie* : « *Si les ancêtres de Kanaké revenaient en l'an 2000, ils reconnaîtraient l'homme par son nom. Ils reconnaîtraient son système hiérarchique, ses généalogies, sa structure coutumière, sa langue même appauvrie [...] en un mot sa manière*

---

18 *Chroniques du pays kanak*. Éditions Planète NEMO, tome 1, p30

19 *Chroniques du pays kanak*. Éditions Planète NEMO, tome 1, p52

20 *Chroniques du pays kanak*. Éditions Planète NEMO, tome 1, p52

21 *Chroniques du pays kanak*. Éditions Planète NEMO, tome 1, p92

22 *Chroniques du pays kanak*. Éditions Planète NEMO, tome 1, p58

*d'être au monde persistant au travers de l'histoire* »<sup>23</sup>. Même si les représentations culturelles changent d'un membre de la société kanak à un autre, son nom, la terre à laquelle il appartient et sa place dans le clan restent inchangés. Un Kanak peut avoir une place importante dans la société occidentale, comme un haut poste à responsabilité. Son clan en sera fier certes mais il y restera toujours à la même place, celle que lui indique son rang dans son clan.

En somme, le soignant kanak, même derrière sa blouse blanche, est vu par les membres de son clan comme "*l'enfant de*" qui occupe telle ou telle place dans le clan. Il est alors soumis à des principes culturels qui sont ancrés mais aussi à une déontologie professionnelle.

### **2.2.1. Le soignant kanak en milieu hospitalier.**

Aujourd'hui, la dimension culturelle kanak est bien présente à l'hôpital, que ce soit au travers des personnes soignées comme des soignants. Il n'est pas rare aujourd'hui de croiser dans le domaine de la santé un infirmier ou un aide-soignant kanak. Cependant, il peut arriver que, face à un soin particulier, la dimension professionnelle et la dimension culturelle du soignant se confrontent et que le professionnel soit alors soumis à un dilemme : respecter le but de son travail qui est « *de prendre soin* » ou respecter l'ordre établi par ses ancêtres. Aller à l'encontre de cet ordre, c'est transgresser ses propres interdits culturels. Les interdits culturels, dans la culture kanak, sont à comprendre comme des protections. Ils sont donnés à l'homme pour permettre le bon déroulement de toute chose entreprise au sein de sa communauté. Le soignant, en niant sa dimension culturelle, prend alors le risque d'être puni, de punir sa famille, son clan.

### **2.2.2. Les interdits culturels kanak dans un contexte de soin.**

Pour cette partie de mes concepts, n'ayant trouvé aucun écrit sur les interdits culturels kanak en milieu hospitalier, je me base sur des témoignages de personnes de mon entourage d'origine kanak. Ils ont tous travaillé plus de dix ans en tant qu'infirmier en milieu hospitalier ou en dispensaire.

Ainsi, parmi les différents interdits que nous pouvons rencontrer, il y a ceux qui sont de l'ordre de l'intimité. Il est « *inconcevable pour une infirmière kanak de faire la toilette au lit,*

---

23 TJIBAOU, Jean-Marie ; MISSOTE, Philippe. *Kanaké, mélanésien de Nouvelle-Calédonie*. Éditions du Pacifique, 1976 [Extrait tiré de : *Chroniques du pays kanak*. Editions Planète NEMO, tome 1. Deuxième de couverture]



*ou d'accompagner à la douche son frère ou son cousin »<sup>24</sup>. Cet interdit vient du fait que « une trop grande proximité physique est absolument impossible entre eux. Autrefois, passé l'enfance, un frère et une sœur ne restaient pas dans la même case [...] ne dormaient pas dans la même maison [...] toute allusion à l'intimité ou critique de l'un devant l'autre venant de quelqu'un de proche ou d'étranger suscitait de la gêne, voire une réaction violente »<sup>25</sup>. Alors que faire quand le soignant est confronté à cette situation ?*

*Aussi, « certains clans ne peuvent pas approcher leur grand chef physiquement, pour entrer en relation avec lui, ils doivent respecter un chemin coutumier précis »<sup>26</sup>. Dès lors si notre grand chef est hospitalisé, comment doit-on, en tant que soignant kanak, se positionner ?*

Certains clans de la société kanak apportent une grande importance aux oncles maternels. Le sang de l'enfant appartient au clan de la mère, à ses frères. Ainsi, si l'enfant se blesse et laisse couler son sang devant ses oncles maternels, « le clan du père doit demander pardon »<sup>27</sup>. En effet, « chaque fois que l'enfant se blesse devant l'un de ses oncles, il faut lui demander pardon pour avoir imprudemment dilapidé un flux vital qui ne lui appartient pas »<sup>28</sup>.

Alors, si l'oncle maternel fait partie de la population soignante, comment doit-il réagir face à l'enfant de sa sœur hospitalisée quand il doit lui faire une prise de sang ou encore quand il le reçoit blessé aux urgences ?

Poussons notre réflexion aux infirmiers en dispensaire. Certains sont amenés à faire des visites en tribu. Une gêne peut s'installer par le fait d'aller « chez les gens [...] car chez nous on fait la coutume quand on rentre la première fois chez quelqu'un »<sup>29</sup>. En effet, dans la culture kanak avant d'entrer chez une personne pour la première fois, nous faisons une coutume, marque de respect et d'humilité envers cette personne, sa famille, son clan et la Terre à laquelle il appartient. Alors que faire quand nous allons, en tant que soignant kanak, chez un patient en tribu pour la première fois ?

---

24 Mme L. infirmière Kanak retraité depuis 5 ans. [Personne ressource interrogée le 15 février 2014]

25 *Chroniques du pays kanak*. Editions Planète NEMO, tome 1, p 60.

26 M. T. infirmier kanak de profession. [Personne ressource interrogée le 10 février 2014]

27 M. N. infirmier kanak retraité depuis deux ans. [Personne ressource interrogée le 16 février 2014]

28 *Chroniques du pays kanak*. Editions Planète NEMO, tome 1, p 54.

29 M. T. infirmier kanak de profession. [Personne ressource interrogée le 10 février 2014]

Dans un monde tel que le nôtre, la modernité fait que tout doit avoir une signification bien précise pour exister. De ce fait, il n'est pas faux de dire que les interdits culturels sont de l'ordre des croyances de chacun, et qu'ils représentent un ensemble d'éléments non-prouvés scientifiquement. Cependant, pour des personnes dont l'éducation est régie par une dynamique de vie basée sur la coutume, cet ordre fixé par leurs ancêtres est bien présent et se doit, pour eux, d'être respecté. « *Oublier ce qui a été dit autrefois, c'est ne pas respecter d'où l'on vient, ce pourquoi l'on existe [...] Parfois nous arrivent des malheurs dans notre vie : on tombe malade, on a un accident ou on a des soucis d'argent [...] et si l'on cherche des explications à ces malheurs, on s'aperçoit que tout est lié [...] c'est à cause de ce que l'on a fait, de ce que l'on n'a pas respecté [...] Parfois ça se répercute sur nos enfants [...] en fait, ce sont nos vieux qui nous ont puni [...] Comme les gens disent « c'est la roue qui a tourné »*<sup>30</sup>.

Grace au développement du concept de la culture, je constate qu'appartenir à la même culture que celle du patient, enlève au soigné la crainte de ne pas être compris d'un point de vue culturel. Cela facilite l'instauration de la relation de confiance. Paul QAEZE, médecin kanak, a répondu, lors d'une interview de Florence KLEIN, que le fait d'être mélanésien a une influence sur sa fonction. Il dit: « *Certains viennent me voir, particulièrement les personnes âgées [...] Elles me font confiance plus facilement*<sup>31</sup> ». Cependant ce cadre conceptuel met également en évidence les difficultés que le soignant peut rencontrer vis-à-vis de sa propre culture. Je me demande alors si la distance professionnelle peut avoir un autre rôle. En effet, elle a pour fonction principale de protéger le soignant de ses affects et de ses émotions. Cependant, je me demande si au-delà de son rôle principal, elle permet aussi d'aider le soignant à faire face à la dimension culturelle de son travail ; quand il est confronté, face à un patient, aux interdits de sa propre culture.

### **III. Problématique et hypothèses de recherche.**

Ma réflexion sur les concepts m'amène donc à la problématique suivante :

---

30 M. N. infirmier Kanak retraité depuis deux ans. [Personne ressource interrogée le 12 mars 2014]

31 *Chroniques du pays kanak*. Éditions Planète NEMO, tome 2, p 146.

*Est-ce que la distance professionnelle permet de faire face aux interdits culturels du soignant en milieu hospitalier?*

Par rapport à cette problématique, j'émet une hypothèse de recherche. Je suppose que la distance professionnelle ne permet pas de faire face aux interdits culturels du soignant. Celui-ci préférera déléguer le soin à une personne de son équipe.

#### **IV. Intérêt professionnel.**

Je suis originaire d'un pays présentant une grande diversité ethnique, donc l'approche culturelle me paraît indispensable. Cette diversité culturelle se retrouve aussi dans la population soignante. Je désire alors permettre à tous professionnels de santé de comprendre leurs collègues, quand ces derniers sont confrontés à leurs propres interdits culturels.

De plus, je suppose qu'un jour ce dilemme se présentera à moi. Alors, en tant que future infirmière dont l'éducation est régie par la coutume, je souhaite que la finalité de ce mémoire me permette de me positionner au sein de ma profession future.

#### **V. L'enquête de terrain.**

##### **1. Choix et intérêt de la méthode d'enquête.**

Pour cette enquête, mon choix se porte sur l'élaboration d'un questionnaire. Par cet outil de recherche, je veux cibler un large public afin de pouvoir quantifier et comparer les informations transcrites. Ce questionnaire ne comporte que des questions ouvertes (hors identité du soignant) dans le but de laisser la réponse libre, dans sa forme et sa longueur, aux répondants.

J'effectue, pour cette étude, un même questionnaire adressé aux infirmiers et aux aides-soignants car je pense que ces deux professions sont autant l'une que l'autre concernées par mon sujet de mémoire.

Le lieu ciblé, pour y distribuer cet outil de recherche, est le milieu hospitalier. Je choisis d'interroger uniquement les membres du personnel de ce milieu parce qu'ils travaillent tous en collaboration au sein de leur service, et de ce fait, la notion de délégation, formulée dans mon hypothèse, serait envisageable. Aussi, étant donné l'importante diversité culturelle que présente ce milieu, la probabilité que les soignants aient été confrontés au moins une fois à des interdits culturels est plus élevée.

Je décide alors de déposer 15 questionnaires dans 3 différents services d'une même structure hospitalière donc, au total, 45 questionnaires y sont distribués.

Enfin, pour cette recherche, l'anonymat est respecté.

### 1.1. **Présentation et intérêts du questionnaire.**

Pour la présentation de mon questionnaire et la partie présentant le recueil des données récupérées sur le terrain, je fais apparaître les questions telles que je les ai transcrites dans mon questionnaire. Je choisis de les retranscrire afin de faciliter la compréhension du lecteur.

Ce questionnaire comprend 4 questions que je classe en deux parties. La première partie est basée sur l'identité du soignant. La seconde partie concerne le thème de la culture.

La première partie, donc basée sur l'identité du professionnel de santé, comprend 3 questions (a, b et c).

La question est la suivante :

*a) Vous êtes :*

*"Infirmier (e)    "Aide-soignant (e)*

*b) De quelle culture vous considérez-vous ?*

*c) Depuis combien de temps exercez-vous votre métier sur le Territoire ?*

*"- de 2 ans    "de 2 à 5 ans    "de 5 à 10 ans    "+ de 10 ans    "+ de 20 ans*

La question *1a* concerne la fonction du soignant (infirmier ou aide soignant). La question *1b* considère l'appartenance culturelle de celui-ci et la question *1c* l'interroge sur le nombre d'année d'expérience qu'il compte au sein de sa profession sur le territoire. Cette première partie me permettra d'admettre s'il existe un lien entre l'identité du soignant (profession,

expérience, appartenance culturelle) et les réponses apportées aux questions suivantes basées sur le thème de la culture.

La deuxième partie, donc basée sur le thème de la culture se compose de trois questions ouvertes (*questions 2 à 4*).

La question 2 est la suivante :

*Avez-vous connaissance des us et coutumes des différentes cultures en Nouvelle-Calédonie ? Si OUI, comment avez-vous acquis ces connaissances ?*

Cette question interroge le soignant sur ses connaissances concernant les us et coutumes des différentes cultures présentes en Nouvelle-Calédonie. Si le soignant en connaît, la façon dont il les a acquises lui est demandée.

Cette question pourra mettre en évidence les différentes sources d'information dont le corps soignant dispose en matière de culture.

La question 3 comporte 2 sous-questions (*a et b*), elle est transcrite selon la manière suivante :

*Par rapport à l'une des dimensions des us et coutume qui est l'interdit culturel :*

- a) *Connaissez-vous certains interdits culturels dans les cultures présentes en Nouvelle-Calédonie ? Pouvez-vous en citer ?*
  
- b) *Avez-vous déjà été confronté à des interdits culturels en milieu hospitalier ? ( les vôtres, ceux de patients, ceux de collègues...). Pouvez-vous en citer ?*

La question 3a interroge le soignant sur ses connaissances en matière d'interdits culturels. La 3b tend à savoir s'il a déjà été confronté à ces interdits en milieu hospitalier. Ces questions me permettront d'identifier quelle profession entre infirmier et aide-soignant est la plus confrontée aux interdits culturels. Aussi, elles mettront en évidence quelle culture est plus sujet aux interdits culturels. Je pourrai également identifier, grâce à ces questions, le type d'interdit culturel que les soignants rencontrent le plus en milieu hospitalier. De plus, ces réponses me permettront, pareillement, de faire un lien avec celles apportées à la question suivante (*question 4*).

La question 4 comporte 2 sous-questions (*a et b*). Elle est amorcée par une scénette. Cette question interroge le soignant sur son point de vue concernant le positionnement du soignant face à un interdit culturel.

La question est présentée de la sorte :

*Dans le cas où un soignant est confronté à ses propres interdits culturels face à un patient*

- a) *Pensez-vous que le soignant, quelle que soit sa culture, doit prendre en charge ce patient pour ce soin ?*

*Si vous pensez que OUI : de quelle façon le soignant pourrait-il faire face à ses interdits ?*

*ET/OU*

*Si vous pensez que NON : comment assurer pour ce patient la continuité des soins?*

- b) *Pensez-vous que mettre une distance professionnelle entre ce patient et lui pourrait aider le soignant à faire face à ses interdits culturels ? (Pouvez-vous justifier votre réponse? ).*

La question 4a amène donc le soignant à se positionner par rapport cette situation. Le soignant doit répondre par OUI et/ou par NON. Celui-ci doit justifier la réponse qu'il apporte. Cette question tend à mettre en lumière les différentes solutions apportées afin de faire face aux interdits culturels.

La question 4b est toujours en lien avec la situation. Ici, il est demandé au soignant si la distance professionnelle est, pour lui, un moyen de faire face aux interdits culturels d'un soignant. Grâce à cette question, qui représente l'intitulé de ma problématique, je pourrai ainsi confirmer ou infirmer mon hypothèse. De plus, s'agissant d'une question ouverte à l'égard de laquelle il est demandé au soignant de justifier sa réponse, je souhaite que celle-ci soit éclairée par des arguments pertinents. Ces arguments pourront participer à construire la réponse que j'apporterai à ma problématique, à la fin de ce mémoire.

## **VI. Analyse des données.**

Grâce à mon investigation auprès du corps paramédical au sein de trois services hospitaliers, je récupère en totalité 23 questionnaires remplis sur 45 déposés. Parmi ces questionnaires, 2 d'entre eux sont malheureusement non-exploitable car les soignants n'ont répondu qu'à la

première partie de mon questionnaire concernant leur identité. Je travaille donc sur la base de 21 questionnaires pour élaborer la suite de ce mémoire de fin d'études.

Je décide ici de différencier les données recueillies auprès des aides-soignants de ceux récupérées auprès des infirmiers afin de faciliter l'analyse des données.

## **1. Données recueillies auprès des aides-soignants.**

### **PREMIÈRE PARTIE : IDENTITÉ DU SOIGNANT.**

#### *Question 1 :*

##### *a) Vous êtes :*

*~ Infirmier (e) ~ Aide-soignant (e)*

La question *1a* chiffre les aides-soignants, ayant rempli mon questionnaire, au nombre de 10.

##### *b) De quelle culture vous considérez-vous ?*

Je dénombre, grâce à cette question, 40% d'aides-soignants kanak, 30% de wallisiens, 20% d'européens et 10% de tahitiens.

##### *c) Depuis combien de temps exercez-vous votre métier sur le Territoire ?*

*~ - de 2 ans ~ de 2 à 5 ans ~ de 5 à 10 ans ~ + de 10 ans ~ + de 20 ans*

Cette question comptabilise 70% de soignants ayant plus de 10 ans d'expérience sur le territoire, 20% ayant entre 2 et 5 ans d'expérience et 10% qui ont en moins de 2 ans.

### **DEUXIÈME PARTIE : LA CULTURE**

#### **Question 2 :**

*Avez-vous connaissance des us et coutumes des différentes cultures en Nouvelle-Calédonie ? Si OUI, comment avez-vous acquis ces connaissances ?*

A cette question, 100% des aides-soignants admettent posséder des connaissances sur les us et coutumes des différentes cultures présentes sur le territoire. 100% disent les avoir acquises grâce à leur environnement personnel. 70%, d'entre eux ajoutent également avoir acquis leurs connaissances par le biais de leurs expériences professionnelles, et 30% ont, en plus, effectué des recherches de leur propre initiative : « lectures, reportages ».

**Question 3 :**

*Par rapport à l'une des dimensions des us et coutume qui est l'interdit culturel :*

- a) *Connaissez-vous certains interdits culturels dans les cultures présentes en Nouvelle-Calédonie ? Pouvez-vous en citer ?*

A la question 3a, 100% des aides-soignants affirment connaître certains interdits culturels. Je remarque qu'ils mentionnent tous l'interdit de l'ordre de la pudeur : « toilette au lit d'un proche de sexe opposé ». 30% d'entre eux parlent également du rapport au sang avec les oncles maternels dans la population kanak et 30% évoquent de plus, la notion de respect des principes d'une culture « on ne rase pas un jeune garçon, par respect pour ses oncle maternels chez les kanak, c'est eux qui le font », « on baisse la tête quand on passe entre des gens par respect », « c'est irrespectueux de passer par dessus une personne ».

- b) *Avez-vous déjà été confronté à des interdits culturels en milieu hospitalier ? ( les vôtres, ceux de patients, ceux de collègues...). Pouvez-vous en citer ?*

A cette question, 100% des aides-soignants affirment que OUI, ils ont déjà été confrontés à des interdits culturels dans l'exercice de leur profession. 60% d'entre eux y ont déjà été mesurés directement : « j'ai fait la toilette au lit de ma cousine », « j'ai fait un change à ma tante, je ne pouvais pas la laisser comme ça, tous mes collègues étaient occupés »... et 40% d'une manière indirecte, des patients et/ou de collègues témoignant « des patientes qui ne veulent pas que des hommes fassent leur toilette »... Je remarque également que tous les interdits cités dans cette question sont en lien avec la pudeur.



#### **Question 4 :**

*Dans le cas où un soignant est confronté à ses propres interdits culturels face à un patient*

- a) *Pensez-vous que le soignant, quelle que soit sa culture, doit prendre en charge ce patient pour ce soin ?*

*Si vous pensez que OUI, de quelle façon le soignant pourrait-il faire face à ses interdits ?*

*ET/OU*

*Si vous pensez que NON, comment assurer pour ce patient la continuité des soins?*

A cette question, 100% des aides-soignants pensent que NON, selon eux, le soignant, quelle que soit sa culture, n'est pas obligé d'effectuer ce soin. Tous (100%) le justifient en évoquant la possibilité d'une « délégation du soin » décrite par les termes suivants : « *déléguer à un collègue* », « *voir avec un collègue* », « *prendre le relai du soin* », « *passer la main* ». 30% d'entre eux, parlent aussi de la possibilité de demander de l'aide à la famille du patient : « *si c'est un cousin, voir avec sa femme si elle peut faire sa toilette* », « *demandé à la belle fille de ma tante de remplacer son change* » et « *la famille peut s'avérer une aide précieuse dans ce cas là* ». Aussi parmi toutes les personnes ayant répondu NON, je note que 40% d'entre eux, répondent et OUI et NON, en justifiant leur réponse affirmative par le fait que le soignant doit faire le soin si la délégation de celui-ci est impossible, faute de personnel : « *s'il est seul dans le service, il doit le faire, le patient est urgent, on peut pas laisser un patient sans soin* », « *quand je suis seule aide-soignante de nuit, des fois je dois le faire par la force des choses* ». De plus, je vois que dans leurs réponses, ces aides-soignants insistent sur le fait que les soins, faits aux patients, sont une priorité.

- b) *Pensez-vous que mettre une distance professionnelle entre ce patient et lui pourrait aider le soignant à faire face à ses interdits culturels ? (Pouvez-vous justifier votre réponse).*

A cette question, 100% des aides-soignants pensent que NON, selon eux, la distance professionnelle ne peut pas aider le soignant à faire face à ses interdits culturels. Les arguments avancés par 70% d'entre eux sont de l'ordre de la gêne et la honte occasionnées par cet acte : « *même la distance ne fera pas face à la gêne induite par ce soin* », « *encore aujourd'hui, j'ai honte quand je le croise* ». 10% décrivent, en plus de la honte occasionnée,

un sentiment de perte : « *rien ne me rendra ce que j'aurai perdu par mon acte* ». 30% des aides-soignants ne justifient pas leur réponse négative.

## **2. Données recueillies auprès des infirmiers.**

### **PREMIÈRE PARTIE : IDENTITÉ DU SOIGNANT.**

#### **Question 1 :**

##### **a) Vous êtes :**

*~ Infirmier (e) ~ Aide-soignant (e)*

La question *1a* définit le nombre d'infirmier, ayant rempli mes questionnaires, à 11.

##### **b) De quelle culture vous considérez-vous ?**

La question *1b*, dénombre 72,7% d'Européens, 9,1% de Kanak, 9,1% de Métis Européen/Kanak et 9,1% d'Africain.

##### **c) Depuis combien de temps exercez-vous votre métier sur le Territoire ?**

*~ - de 2 ans ~ de 2 à 5 ans ~ de 5 à 10 ans ~ + de 10 ans ~ + de 20 ans*

A la question *1c*, je découvre que 9,1% des infirmiers ont plus de 10 ans d'expérience, 27,3% des infirmiers en ont entre 2 et 5 ans et 63,6% autres ont – de 2 ans d'expérience sur le territoire.

### **DEUXIÈME PARTIE : LA CULTURE.**

## Question 2 :

*Avez-vous connaissance des us et coutumes des différentes cultures en Nouvelle-Calédonie ? Si OUI, comment avez-vous acquis ces connaissances ? ( formation sur la culture, environnement personnel, expériences professionnelles...)*

Grâce à cette question, je constate que 81,8% des infirmiers affirment avoir des connaissances sur les différents us et coutumes qu'il y a en Nouvelle-Calédonie. Parmi ces soignants, 100% affirment les avoir acquises grâce à leur environnement personnel : « *famille, amis* ». 88,9% rajoutent, comme source d'information, leur expérience professionnelle : « *collègues, patients* ». 12,5% des infirmiers ont, en plus, effectués des recherches personnelles sur les différentes cultures présentes en Nouvelle-Calédonie par le biais de formations sur la culture. 18,2% des infirmiers avouent ne pas avoir de connaissance en matière d'us et coutumes présentes sur le territoire.

## Question : 3

*Par rapport à l'une des dimensions des us et coutume qui est l'interdit culturel :*

- a) *Connaissez-vous certains interdits culturels dans les cultures présentes en Nouvelle-Calédonie ? Pouvez-vous en citer ?*

Les réponses à cette question dénombrent 72,7% d'infirmiers ayant des connaissances sur les interdits des cultures présentes sur le territoire. Parmi eux, 62,5% évoquent des interdits en lien avec la pudeur, 25% parlent aussi de ceux de l'ordre du rapport au sang avec les oncles maternels et 25% des infirmiers transcrivent également des interdits en lien avec le respect des principes culturels.

27,3% d'infirmiers témoignent ne pas avoir de connaissance concernant les interdits culturels.

- b) *Avez-vous déjà été confronté à des interdits culturels en milieu hospitalier ? (les vôtres, ceux de patients, ceux de collègues...). Pouvez-vous en citer ?*

La réponse à la question 3b dénombre 45,4% d'infirmiers affirmant avoir déjà connu des interdits culturels dans leur milieu professionnel. Parmi eux, 20% y ont été confrontés directement : « *j'ai fait une prise de sang à un de mes oncles maternels* ». 80% y ont été mesurés mais d'une manière indirecte, témoins de ceux de leurs collègues et des patients. 55,6% n'ont jamais connu d'interdits culturels en milieu hospitalier.

#### Question 4 :

*Dans le cas où un soignant est confronté à ses propres interdits culturels face à un patient :*

- a) *Pensez-vous que le soignant, quelle que soit sa culture, doit prendre en charge ce patient pour ce soin ?*

*Si vous pensez que OUI, de quelle façon le soignant pourrait-il faire face à ses interdits ?*

*ET/OU*

*Si vous pensez que NON, comment assurer pour ce patient la continuité des soins?*

Par rapport au positionnement du soignant face à la situation de la *question 4*, je note que 72,7% des infirmiers pensent que NON, selon eux, le soignant n'est pas obligé d'effectuer le soin qui le soumet à ses propres interdits culturels, 100% de ces soignants évoquent la possibilité de déléguer le soin à un collègue. 40% d'entre eux insistent, en répondant à la question, sur le travail en collaboration mais aussi sur l'importance de la pluri-culturalité du corps soignant : *« l'équipe médicale est constituée de plusieurs agents de cultures différentes, c'est pour ça qu'on peut passer le relai », « dans la mesure où l'on n'est jamais seul dans un service, et qu'il y a de nombreux autres soignants qui ne sont pas de ma culture, il est possible de passer le relai ».*

Parmi ces infirmiers ayant répondu NON à cette question, 25% répondent et OUI et NON, en justifiant leurs réponses affirmatives par le fait que la délégation est parfois impossible à cause du manque de personnel : *« il peut aussi expliquer au patient qu'il est seul et qui ne peut pas passer le relai »* et *« qu'il n'y a pas d'autres possibilités, il faut bien expliquer au patients qu'il doit le faire pour son bien ».* Dans leurs réponses, les soignants insistent également sur l'importance de donner des explications au patient par rapport aux raisons qui les amènent à effectuer ce soin eux-mêmes mais aussi sur le fait que le patient passe en priorité, que c'est pour son bien-être.

Aussi, 27,8% des infirmiers pensent que OUI, selon eux, le soignant doit, quelle que soit sa culture, effectuer tout soin le confrontant à ses interdits. Parmi eux, 33,3% des infirmiers ne justifient pas leurs réponses. Ceux ayant justifié leurs réponses (66,7%) disent : *« la relation professionnelle est plus importante que la relation personnelle qu'on a avec le patient »* et *« il faut savoir faire la part des choses ».*

- b) *Pensez-vous que mettre une distance professionnelle entre ce patient et lui pourrait aider le soignant à faire face à ses interdits culturels ? (Pouvez-vous justifier votre réponse).*

Enfin, à cette question, 54,5% des infirmiers répondent NON, selon eux, la distance professionnelle ne permet pas de faire face aux interdits culturels. 27,3% pense que OUI, elle le permet, 9,1% des infirmiers affirment qu'ils ne savent pas et 9,1% répondent par : « peut-être ».

Parmi les infirmiers ayant répondu NON à cette question, 12,5% d'entre eux le justifient par la gêne occasionnée par ce soin qui est susceptible de mettre mal à l'aise le patient et le soignant. 37,5% des infirmiers évoquent également la notion de confiance : « ça limite la confiance que le patient a envers le corps soignant ». 25%, d'entre eux induisent de plus l'idée de transgression d'interdit: « On a tous une identité culturelle, notre posture soignant n'excusera pas d'avoir transgressé ces interdits » et « distance ou pas, s'il fait le soin il ne respecte pas ses interdits ». Aussi, je note que 25% des infirmiers ne justifient pas leurs réponses.

Pour les infirmiers affirmant que OUI, la distance professionnelle permet de faire face aux interdits culturels, les arguments apportés sont, je cite : « oui, tout comme on prend de la distance avec les patients pour ne pas s'attacher, on fait pareil pour les interdits, le soignant ne peut pas toujours se cacher derrière ses interdits culturels » et « oui, ainsi on ne penserait plus aux interdits culturels mais plus à nous dans notre identité professionnelle ». 33,3% de ces infirmiers n'ont pas justifié leurs réponses.

### **3. Interprétation des données.**

Tout d'abord, je tiens à préciser que pour éviter toute discrimination culturelle, je fais le choix de n'établir aucun lien avec la culture du soignant. En effet, à la présentation de mon outil de recherche, je souhaitais trouver un rapport entre l'appartenance culturelle du soignant et la deuxième partie de mon questionnaire basée sur la culture. Cependant, je constate, après analyse, que faire un tel lien reviendrait à considérer une culture en particulier. Je décide donc d'abandonner cette option.

Cette analyse met en évidence que les connaissances des soignants concernant les us et coutumes des différentes cultures en Nouvelle-Calédonie sont bien présentes. En effet, 90,5% des soignants affirment en avoir contre 9,5% admettant ne pas avoir de connaissance, selon mon questionnaire. Je perçois également, dans les réponses transcrites par le corps paramédical ciblé, que 85,7% des soignants disent avoir des connaissances sur les interdits culturels contre 14,3% avouant ne connaître aucun interdit culturel. Parmi ces soignants dépourvus de connaissance en matière de culture, je note qu'ils ont tous moins de deux ans d'expérience professionnelle sur le territoire. Ceci est potentiellement une des raisons de leur méconnaissance.

Aussi, je remarque que **l'environnement personnel du soignant** ainsi que **son milieu professionnel** sont, tous deux, sources d'information en matière de culture. En effet, tous les soignants ayant des connaissances (infirmiers et aides-soignants) les ont acquis grâce à leur environnement personnel : « *vit ici depuis 15 ans* », « *marié à une femme Kanak* », « *amis* »... et 83,3% d'entre eux rajoutent le milieu professionnel comme étant également une source d'information : « *collègues* », « *patient* », « *boulot* »...

Cependant, 22,2% de ces soignant affirment avoir, en plus, effectué des **recherches personnelles sur la culture** par le biais de « *formations* », de « *lectures* » et de « *reportages* ». Ce dernier constat m'amène à la déduction suivante : le milieu professionnel et l'environnement personnel peuvent ne pas représenter des sources suffisantes pour approfondir les connaissances des soignants en matière de culture, il est préférable de compléter ses connaissances par des lectures, des reportages ou encore des formations. Toutefois, je précise qu'un des aides-soignants a mentionné, dans une de ses réponses, que des formations sur la culture sont présentes au sein de son établissement, sur la base du volontariat, mais que celles-ci sont réservées en priorité aux infirmiers.

Grâce à cette enquête, je perçois également que 100% des aides-soignants affirment avoir déjà été confrontés à des interdits culturels en milieu hospitalier, d'une manière directe ou indirecte, témoins de ceux de leurs collègues et/ou des patients, contre 45,4% des infirmiers.

Je peux donc affirmer qu'au sein de leur profession, **les aides-soignants sont plus confrontés aux interdits culturels** que les infirmiers. En conséquent, par rapport à ce constat, je pense que les modalités d'inscription aux formations culturelles présentes au sein de leur établissement, seraient éventuellement à élargir.

Si je critique plus cette dernière analyse sur les interdits culturels, 60% des aides-soignants de mon enquête ont dû faire face à leurs propres interdits contre 40% qui y ont été mesurés d'une manière indirecte, témoins de ceux de leurs collègues et/ou des patients. Tous ces interdits concernaient uniquement ceux en lien avec la pudeur.

Concernant les infirmiers, 45,4% d'entre eux affirment avoir déjà vécu des situations où il était question d'interdit culturel. Parmi eux, 20% ont été sujets à leurs propres interdits culturels : « *j'ai fait une prise de sang à l'un de mes oncles maternels* ». Cette réponse, donnée par cet infirmier, prouve que ce corps de métier étant habilité à effectuer des soins techniques, est plus susceptible de rencontrer ce type d'interdit. Les aides-soignants seraient donc plus mesurés à ceux de l'ordre de la pudeur et de l'intimité par rapport à leur profession.

Aussi, grâce aux données apportées dans ce questionnaire, je remarque que l'interdit culturel ressortant le plus, est celui de l'ordre de **la pudeur** lors de l'accompagnement à la douche, de la toilette au lit ou de change des patients.

Je perçois également au sein des différents questionnaires que 85,7% des soignants évoquent la possibilité d'une **délégation du soin à l'équipe soignante** pour pallier les interdits culturels. **L'aide de la famille** est aussi mentionnée par 16,7% de ces soignants. Il est aussi indiqué par certains soignants l'importance de travailler au sein d'une équipe multiculturelle afin de pouvoir déléguer un soin qui soumet le soignant à l'un de ses interdits.

D'une part, tout cela illustre bien l'importance du travail en équipe. D'autre part, cela met aussi en évidence une des principales solutions pour pallier ces interdits que représente **la délégation du soin** grâce à **la multi-culturalité** présente dans les équipes soignantes.

Je constate également que l'une des raisons expliquant que les soignants ont été amenés à transgresser leurs interdits culturels est **le manque de personnel** au sein du service au moment des faits. Cependant les soignants soulignent aussi que le soin se devait d'être fait, d'une manière ou d'une autre, pour le bien du patient.

Cela démontre que le soignant donne toujours priorité à la personne soignée en assurant la continuité de ses soins. En conséquent, si la délégation n'est pas possible, bien que le soin soumette le professionnel de santé à un interdit culturel, **sa conscience professionnelle** prendra toujours le dessus.

Enfin, quand je demande aux soignants s'ils pensent que la distance professionnelle serait un moyen de faire face aux interdits culturels du soignant, 76,2% répondent NON, selon eux, **la distance professionnelle est inutile dans ce cas**. 50% d'entre eux le justifient par **la honte** et

**la gêne** que peut occasionner un tel acte et 18,7% parlent également de **la relation de confiance** qui risquerait d'être limitée par la transgression d'interdit. Certains parlent aussi d'un **sentiment de perte**. Je pense que leur position concernant la distance professionnelle peut être justifiée par le fait qu'ils aient déjà été confrontés à des interdits culturels. En effet, 93,7% d'entre eux y ont déjà été mesurés directement ou indirectement. Afin d'appuyer cette dernière déduction, j'ajoute que les soignants qui ont répondu OUI à cette question (14,2%), « je ne sais pas » (4,8%) et « peut-être » (4,8%) n'ont tous jamais été confrontés à des interdits culturels en milieu hospitalier.

## **VII. Synthèse de l'enquête.**

### **1. Confrontation à l'hypothèse de recherche.**

À l'élaboration de ma problématique, j'ai émis une hypothèse de recherche qui représentait la position que je soutenais avant d'effectuer mon enquête de terrain. A présent, je dois confronter mon hypothèse aux informations recueillies lors de mon investigation.

J'avais alors supposé que la distance professionnelle ne permet pas de faire face aux interdits culturels du soignant. Celui-ci préférera déléguer le soin à une personne de son équipe.

Je peux dire que mon hypothèse est partiellement validée grâce aux réponses apportées par le corps paramédical ciblé.

Certaines solutions permettant de faire face aux interdits ont été apportées, comme la notion de délégation des soins qui avait été abordée dans mon hypothèse. Cela souligne donc bien l'importance du travail en collaboration. De plus, la sollicitation de la famille est une des solutions à laquelle je n'avais pas songé au début de mon mémoire.

Donc, passer le relai du soin que ce soit aux collègues ou à la famille revient à affirmer que le soignant ne met pas de distance professionnelle entre lui et le patient. Celui-ci préférera



déléguer le soin à une autre personne, afin d'éviter toutes les éventuelles conséquences que pourrait engendrer son acte.

## **2. Les limites de l'enquête.**

J'ai réellement pris plaisir à effectuer ce travail de fin d'étude. De plus, je me suis rendu compte, par mon investigation auprès des soignants, que les interdits culturels représentent un sujet qui a rarement été traité. Ce constat est confirmé par la pauvreté des écrits concernant ce thème.

Aujourd'hui, face à ce mémoire, j'ai le regret de n'avoir pas pu viser un public plus large par rapport à la charge de travail que cette investigation représente. Néanmoins, si je devais un jour continuer ce travail de fin d'études, je l'approfondirai d'une part en interrogeant les patients dans le but d'obtenir leur point de vue sur ce sujet. D'autre part, j'effectuerai également des entretiens auprès du même personnel paramédical mais également auprès d'ethno-psychologues, d'anthropologues et de sociologues afin d'affiner le raisonnement de mon travail.

## **VIII. Synthèse personnelle.**

Ce mémoire met en évidence que *la culture du soignant peut représenter, au sein de sa profession, tant une force qu'une faiblesse*. En effet, je démontre, grâce au développement de mes concepts, que l'atout de cette dimension est de faciliter l'instauration d'une relation de confiance auprès des patients partageant la même culture. Cependant, par rapport à cette relation intra-culturelle, des difficultés peuvent également ressurgir, particulièrement concernant les interdits culturels. Ancrés dans la culture du professionnel de santé, ces derniers doivent être considérés car ils font partie intégrante d'une des dimensions de son identité qu'est sa culture. Grâce à mon enquête de terrain, j'ai pu découvrir que pour garantir à ces soignants la sauvegarde de leur patrimoine culturel, des moyens sont mis en place, par le biais du travail en équipe. Ces solutions apportées, telles que la possibilité de déléguer un soin, prouvent, de ce fait, la réelle solidarité présente dans les services hospitaliers. Aussi, elles démontrent la richesse que le travail en collaboration avec du personnel de culture différente, représente.

Cependant, si d'éventuelles circonstances comme le manque de personnel, ne permettent pas de déléguer un soin, soumettant le professionnel de santé à un de ses interdits culturels, la conscience professionnelle du soignant prendra toujours le dessus. La continuité des soins du patient reste, pour tout soignant, une priorité.

Ce travail de fin d'études m'a permis de me projeter dans ma future profession et m'a rassuré face aux inconvénients que ma dimension culturelle pourrait éventuellement engendrer au sein de mon futur métier. En effet, si je suis, un jour, mesurée à l'un des interdits de ma culture, je sais aujourd'hui que la délégation du soin est envisageable dans la mesure du possible. Cependant, si celle-ci est impraticable, je devrai expliquer au patient les raisons de mon acte, afin de maintenir la relation de confiance entre le corps soignant et la personne soignée. Aussi, j'insisterai sur le fait que je suis compétente et apte à effectuer ce soin. La prise en charge du patient représente, au sein de ma profession, une priorité. Ma conscience professionnelle prendra toujours le dessus, même si je suis amenée à transgresser un de mes propres interdits culturels.

## CONCLUSION

Je trouve que l'environnement hospitalier est bien représentatif de l'image de notre pays, où différentes communautés culturelles cohabitent et apprennent à vivre ensemble, au-delà des différences de chacune d'elles. De plus, ce milieu démontre, de la même manière, que si notre quotidien nous met à l'épreuve, nous pouvons être tantôt aidés, tantôt être dépassés par les événements mais devons y faire face de toute façon.

Dans l'univers hospitalier, une réelle solidarité règne au sein des équipes soignantes. Elle peut être illustrée par la possibilité de déléguer un soin, soumettant un soignant à un de ses interdits culturels. Cette entraide prouve la compréhension et la tolérance dont le corps soignant fait preuve vis-à-vis de la culture de chacun d'entre eux, mais aussi la richesse que représente la pluri-culturalité des équipes soignantes. Dans la mesure du possible, ces soignants seront toujours dans l'optique d'aider leurs collègues à préserver leur patrimoine culturel respectif, restant fidèle aux principes du travail en équipe. Cependant, quand ce soutien ne peut être présent pour diverses raisons, la conscience professionnelle du soignant placera toujours le patient en premier lieu, même si son acte peut lui coûter personnellement.

Gandhi avait dit que « *l'homme est soumis à l'obligation de se laisser guider dans toutes ses actions par des considérations morales* »<sup>32</sup>: je me demande alors si d'un point de vue culturel, la transgression d'interdits serait pardonnable, quand cet acte est conduit par nos valeurs professionnelles.

---

32 Mohandas Karamchand, Gandhi. Disponible : [www.dicocitation.com](http://www.dicocitation.com). [consulté le 05/05/2014]

## BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES :

MANOUKIAN Alexandre ; MASSEBEUF Anne. *La relation soignant soigné*, LAMARRE, 2008

Le petit LAROUSSE illustré 2001

HEESBEEN, W. *Prendre soin à l'hôpital*, MASSON, 2007

CRESSWELL, Robert. *Éléments d'ethnologie*. 1. Huit terrains. Collection U. année 1975

*Chroniques du pays kanak*. Editions Planète NEMO, tome 1

PRAYEZ, P. *Distance professionnelle et qualité du soin*. LAMARRE, 2003. [Consulté le 17/02/2014]

Disponible : <http://www.Books.google.com/>

OUHARZOUNE, Yasmina ; AGRECH, Chantal. *Technique de soins en psychiatrie*, 2005.

[Consulté le 06/02/2014]

Disponible : <http://www.books.google.com/books?isbn=2850308641>

### ARTICLES :

AZOULAI, Guy. *L'entretien, qu'est-ce que c'est?* [Consulté le 21.01.2014].

Disponible : <http://www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie>

### TEXTES REGLEMENTAIRES :

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, n°0181 du journal Officiel, 7 août 2009. [Consulté le 22/01/2014]. Disponible: <http://www.legifrance.gouv.fr>

### SITES INTERNET :

PRAYEZ, P. *Distance professionnelle et qualité du soin*. LAMARRE, 2003. [Consulté le 17/02/2014]

Disponible : <http://www.Books.google.com/>

-

OUHARZOUNE, Yasmina ; AGRECH, Chantal. *Technique de soins en psychiatrie*, 2005. [Consulté le 06/02/2014]

Disponible : <http://www.books.google.com/books?isbn=2850308641> \_

AZOULAI, Guy. *L'entretien, qu'est-ce que c'est?* [Consulté le 21.01.2014].

Disponible : <http://www.entretienmotivationnel.org/articles/empathie>

Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier, n°0181 du journal Officiel, 7 août 2009. [Consulté le 22/01/2014]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>

CORNEILLE, Pierre. [www.Evene.lefigaro.fr](http://www.Evene.lefigaro.fr). [Consulté le 14.02.2014].

Disponible : <http://www.Evene.Lefigaro.fr/citations/pierre-corneille>

#### **ENTRETIENS AVEC DES PERSONNES RESSOURCES :**

Mme L. infirmière Kanak retraitée depuis 5 ans [Personne ressource interrogée le 15 février 2014]

M. T. infirmier Kanak de profession. [Personne ressource interrogée le 10 février 2014]

M. N. infirmier Kanak retraité depuis deux ans. [Personne ressource interrogée le 16 février 2014]

## ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE SOIGNANT

- 1) a) Vous êtes :  
" Infirmier(e) " Aide-soignant(e)
- b) De quelle culture vous considérez-vous?.....
- c) Depuis combien de temps exercez-vous votre métier sur le Territoire?  
" - de 2 ans " de 2 à 5 ans " de 5 à 10 ans " + de 10 ans " + de 20 ans
- 2) Avez-vous connaissance des **us et coutumes**<sup>33</sup> des différentes cultures en Nouvelle-Calédonie ? Si OUI, comment avez-vous acquis ces connaissances ?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

- 3) Par rapport à l'une des dimensions des us et coutume qui est **l'interdit culturel**<sup>34</sup> :

- a) Connaissez-vous certains interdits culturels dans **les cultures présentes en Nouvelle-Calédonie** ? Pouvez-vous en citer ?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

- b) Avez-vous déjà été confronté à des interdits culturels **en milieu hospitalier** ? (les vôtres, ceux de patients, ceux de collègues...). Pouvez-vous en citer ?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

- 4) Dans le cas où **un soignant est confronté à ses propres interdits culturels** face à un patient,  
Pensez-vous que ce soignant, **quelle que soit sa culture**, doit prendre en charge ce patient pour ce soin?

**Si vous pensez que OUI**, de quelle façon le soignant pourrait-il faire face à ses interdits ?

-----  
-----  
-----

33 **Définition** : les usages et les traditions d'un pays, d'un peuple, d'un milieu.

34 **Définition** : Interdiction de caractère sacré qui pèse sur une personne.

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**ET/OU**

**Si vous pensez que NON**, comment assurer pour ce patient la continuité des soins?

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

- a) Pensez-vous que **mettre une distance professionnelle** entre ce patient et lui pourrait aider le soignant à faire face à ses interdits culturels? (Pouvez-vous justifier votre réponse).

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

*Merci de votre participation.*

<b>RÉSUMÉ</b>	<b>ABSTRACT</b>
<p>Aujourd'hui, la dimension culturelle est bien présente à l'hôpital, que ce soit au travers des personnes soignées comme des soignants. Du fait de cette importante présence culturelle, l'instauration d'une relation de confiance, entre le soignant et le soigné, peut éventuellement être facilitée par le partage d'une même culture. Cependant, il peut également arriver que face à un patient ayant la même appartenance culturelle que le soignant, la dimension professionnelle et la dimension culturelle du professionnel de santé se confrontent. Le soignant se voit alors soumis à un dilemme : respecter la base de sa profession qui est de « prendre soin » ou respecter l'ordre établi par ses ancêtres. Aller à l'encontre de cet ordre, c'est transgresser ses propres interdits culturels. Ce travail a été réalisé dans le but d'identifier tant les avantages que les inconvénients que peut arborer l'univers culturel du soignant, au sein de sa profession.</p> <p>Mots clés : culture, relation soignant-soigné, relation de confiance, interdit culturel.</p>	<p>Nowadays the cultural dimension is ever-present in hospital notably through the people to be nursed but also through the staff. This cultural link is important because both nurse and patient can rely on each other thus the way of working is facilitated thanks to the same culture they share in common. However it happens sometimes that the cultural the professional point of view of the caregiver is confronted with the culture of the sick person they both belong to. The caregiver has to face a dilemma that is to say the respect of the basis of his or her occupation whose purpose is to « take care of » or the respect of the customs of his or her ancestors. In fact running counter to these customs means « breaking taboos ». This work has been done in order to identify the advantages as well as the disadvantages that can be experienced in the caregiver's cultural life within his or her occupation.</p> <p>Keywords : culture, nurse-patient relation, trust relation, breaking taboos</p>