

Interculturalité, laïcité et fait religieux à l'hôpital

Zahia Kessar^{a,*}
Anthropologue, psychosociologue, formatrice

Pierre Lenel^b
Sociologue et formateur

^a c/o L'Aide-soignante,
Elsevier Masson,
92442 Issy-les-Moulineaux
cedex, France

^b Laboratoire interdisciplinaire
de sociologie économique
(Lise-Cnam), Case 1 Lab 40,
2, rue Conté, 75003 Paris,

La laïcité souligne le droit de l'expression religieuse. À l'hôpital, tenir compte à la fois des personnes et du sens qu'ont pour elles les pratiques culturelles et religieuses, du droit des usagers, du principe de laïcité et du cadre institutionnel est difficile et complexe. Une meilleure compréhension des diverses significations de ces pratiques permet d'éviter l'incompréhension et la peur, et de prévenir les attitudes de stigmatisation ou de rejet de la part des professionnels.

© 2017 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés - croyance ; identité ; interculturalité ; laïcité ; religion ; représentations

Chez les professionnels soignants existe une diversité de représentations de la laïcité : de la tolérance et l'acceptation de toutes les pratiques religieuses à l'interdiction pure et simple de toute expression de sa foi, le spectre des conceptions est large et leurs contours souvent flous.

Mieux comprendre le sens de la laïcité

La notion de laïcité se situe en réalité à mi-chemin entre ces deux représentations : la laïcité garantit la liberté de conscience (le droit de croire ou de ne pas croire) et met à égalité toutes les convictions, religieuses ou non. Il s'agit moins d'une opinion que de la liberté d'en avoir une [1]. En revanche, elle interdit tout prosélytisme (le zèle ardent déployé pour propager sa religion) et pose comme principes le respect de la neutralité et la non-discrimination ; en un mot, l'égalité de traitement.

◆ **En ce qui concerne les établissements publics de santé, la circulaire du 2 février 2005 [2] apporte quelques repères aux professionnels.** Les livrets d'accueil et la Charte du malade hospitalisé¹ constituent également des points d'appui. Ces repères sont importants pour clarifier la façon dont la laïcité peut s'appliquer dans les institutions de soins et pour que les principes auxquels chacun se réfère soient fondés sur des éléments objectifs plutôt que sur des représentations ou des opinions découlant de stéréotypes personnels ou produits collectivement. C'est en effet en référence à des principes explicites que doivent se positionner les professionnels vis-à-vis des pratiques et demandes émanant des patients et familles.

◆ **De nombreuses confusions existent, notamment le fait de considérer que la pratique religieuse devrait ne concerner que la sphère privée et n'aurait pas à s'exprimer dans l'espace public, alors que le**

principe de laïcité souligne justement le droit à l'expression religieuse, y compris dans l'espace public, à la condition que cette expression ne trouble pas l'ordre public. Cette question est centrale à l'hôpital : la frontière entre l'intime et le privé est en permanence mise en jeu comme en attestent les questions récurrentes autour de la chambre comme espace privé (ou non), au-delà de celle de la pratique religieuse.

Des débats en équipe sur le "bon" positionnement

◆ **Une fois qu'on a compris son sens, le principe de laïcité n'est pas pour autant simple à traduire en pratique.** Chaque situation concrète est bien sûr porteuse de doutes et d'incertitudes sur le "bon" comportement à adopter. L'institution est alors sollicitée pour apporter "la" bonne réponse. Certains soignants se plaignent en effet des lectures et appropriations personnelles de cette notion (« *chacun fait selon ce qui lui semble juste* ») et du fait qu'elle soit insuffisamment débattue en équipe. Ceci est



© Phanie/SFU/Mark Thomas

Une meilleure compréhension des pratiques religieuses permet d'éviter que les malentendus, et parfois la peur, ne donnent lieu à des attitudes de stigmatisation de la part des professionnels.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
zkessar@yahoo.fr
(Z. Kessar).

susceptible d'engendrer des tensions entre professionnels qui peuvent avoir des conceptions différentes de ce que l'on peut ou doit accepter.

◆ **Tenir compte à la fois des personnes et du sens qu'ont pour elles les pratiques culturelles et religieuses**, du droit des usagers, du principe de laïcité et du cadre institutionnel est difficile et complexe, car cela nécessite l'acquisition et l'assimilation de certaines connaissances qui doivent être constamment à jour. De plus, cela requiert un travail en équipe sur la question essentielle du rapport à la différence et de l'interculturalité, qui est souvent peu présent ou organisé formellement.

◆ **La confrontation à la maladie, la naissance, la mort vient toucher aux valeurs essentielles de chacun**, les soignés comme les soignants, et rend nécessaire une réflexion sur le sens qu'ont pour les personnes et leur entourage les pratiques religieuses et culturelles. Une meilleure compréhension de ces pratiques permet d'éviter que les malentendus, et parfois la peur, ne donnent lieu à des attitudes de stigmatisation et de rejet de la part des professionnels.

◆ **Ce point est d'autant plus important que la laïcité a fait son entrée dans l'agenda politique** : tous les partis politiques en France y font depuis peu référence ; des événements récents (comme les attentats ou le phénomène de la radicalisation) font de la religion un sujet sensible vis-à-vis duquel il est parfois difficile de trouver la juste distance. Les représentations qu'ils véhiculent autour de la religion, en particulier musulmane, peuvent ainsi avoir un impact sur les soignants, d'où l'importance pour les professionnels d'une distanciation et d'un travail réflexif sur leurs propres représentations.

Interroger son rapport à la différence

◆ **Communiquer de façon professionnelle en situation interculturelle passe par une identification de ses propres représentations**, une compréhension de ses réactions et une prise de conscience de ses valeurs et normes, tant culturelles que professionnelles. Face aux situations rencontrées, il importe de pouvoir mesurer ce que la confrontation à la différence de l'autre induit chez chacun : projections, catégorisation, stéréotypes... L'objectif est d'adopter une "bonne distance" professionnelle et d'élaborer des réponses pertinentes et adaptées. Ainsi, toute la question est de savoir comment les professionnels et les équipes peuvent mettre en pratique ces questions au sein des services.

◆ **À un premier niveau, il importe que les**

soignants puissent se parler [3] en équipe, dans les instances d'échange conduites par l'encadrement.

De ce point de vue, le rôle des cadres de proximité est décisif. Toutefois, il arrive que le recours à un tiers extérieur soit nécessaire. En effet, le sujet est complexe et la crainte que ces questions ne suscitent des conflits en interne conduit à éviter de les aborder en équipe. Cela est dommageable, car ce qui n'est pas dit ou travaillé en équipe s'exprime souvent en dehors, dans des propos qui échappent (parfois de type raciste ou radicalisant par exemple) et qui peuvent être mal vécus entre collègues.

◆ **Plus grave, si ces questions ne sont pas explorées au sein du collectif**, elles peuvent donner lieu à des contre-attitudes de la part des professionnels pouvant se retourner contre les patients et leurs familles. L'hôpital peine parfois à garantir une bonne cohabitation entre patients et familles au sein d'un même espace (*encadré 1*).

Culture, processus identitaires, religion, croyances

Les préoccupations touchant la prise en compte des différences dans le soin ne sont pas nouvelles. Mais l'on peut constater qu'elles concernent plus spécifiquement la religion aujourd'hui, alors qu'elles portaient davantage sur des questions de culture il y a une quinzaine d'années. D'ailleurs, les formations portant sur l'interculturalité dans le soin, développées depuis longtemps à l'hôpital font de plus en plus place à des formations sur le religieux et la laïcité.

◆ **Ce glissement est aussi perceptible dans les discours, où la religion devient le tout de la culture**, en témoigne le terme "musulman" qui est celui le plus fréquemment utilisé pour désigner les patients originaires du Maghreb². Cette centralité du religieux tient aussi au fait qu'il a acquis en France une valeur de référent. Les personnes se définissent en effet elles-mêmes de plus en plus par rapport à leur religion et, dans certains cas, il s'agit davantage d'un processus identitaire que d'une culture religieuse transmise par les parents.

◆ **Pour autant, si la religion est l'une des dimensions de la culture, l'identité de l'individu ne peut se réduire à sa seule appartenance religieuse**. Il arrive d'ailleurs que l'on attribue à la religion des pratiques qui relèvent de la culture, voire qui sont réprouvées par la religion. C'est par exemple le cas du tatouage, pratique culturelle traditionnelle courante au Maghreb et en Afrique de l'Ouest, mais qui est réprouvée par la religion musulmane, pourtant dominante dans ces régions. C'est également le cas

Notes

¹ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf

² Il faut noter que c'est ainsi qu'à l'époque coloniale on désignait déjà les Maghrébins, ce qui est sans doute révélateur du poids persistant des représentations héritées de la colonisation.

³ Précisons que les patients ont le droit de pratiquer leur prière dans la chambre, à la condition de ne pas gêner leur voisin et de ne pas entraver le fonctionnement du service.

⁴ Lorsque le patient présente des signes d'agonie, la législation juive précise qu'il est interdit de faire quoi que ce soit qui pourrait précipiter son décès : « *C'est pourquoi avant l'heure de sa mort [...] on ne lui fera pas de friction, on ne le lavera pas, on n'enlèvera pas de coussin sous lui... de peur que l'une de ces interventions ait pour effet de hâter sa mort.* » (Extrait de la *Halakha*. In : Gugenheim E. Les portes de la loi : Études et responsa. Paris : Albin Michel ; 1982. p. 250-1).

Encadré 1. Clivage dans l'équipe émanant d'une situation interculturelle

Dans un service de pédiatrie, la question autour du sexe du parent qui passe la nuit auprès de son enfant hospitalisé s'est posée. Dans ce service équipé de box (petites chambres vitrées), deux mères musulmanes qui passaient la nuit auprès de leur enfant hospitalisé s'étaient déclarées gênées par la présence d'un père auprès de son enfant dans cet espace assez réduit.

◆ **Dans un premier temps, cette question a été abordée par la cadre du service avec le père concerné**, donnant lieu à une moindre présence de sa part. Cette situation, évoquée lors d'une formation, continuait à susciter des tensions : des soignants étaient en désaccord avec la solution trouvée et vivaient comme une forme d'intolérance la gêne des deux mères musulmanes. D'autres soignants – à partir de leur connaissance et expérience de ces mères – estimaient qu'elles avaient simplement exprimé une gêne sans formuler de demande ni même souhaiter écarter le père.

◆ **Cette situation a suscité un clivage dans l'équipe** et un vécu d'affrontement entre la règle de l'hôpital, laïque et mixte, et la norme religieuse de séparation des sexes. Le regard de

certains soignants sur ces deux mères a conduit à une relation qualifiée de « *tendue* » par l'une des professionnelles. Cependant, au cours de la réflexion engagée, une aide-soignante a reconnu avoir déplacé sa colère vis-à-vis de sa cadre sur ces deux mères qui avaient eu « *gain de cause* », mais qui au fond, n'avaient rien demandé.

◆ **Dans cette situation est apparue l'absence de réflexion** sur la manière dont aurait pu être pensée une solution qui concilie la prise en compte de la gêne des deux mères et le droit de ce père à passer, lui aussi, la nuit auprès de son enfant. Seule une élaboration collective permet aux décisions de faire sens et de provoquer une adhésion collective, faute de quoi, selon la formule d'une infirmière, « *on règle nos conflits et désaccords par patients ou familles interposés* ». Au-delà de la question interculturelle, cette situation a mis au jour le présupposé, largement partagé quelle que soit la culture, que la présence des mères auprès des enfants hospitalisés irait davantage de soi que celle des pères. Ce présupposé a pu intervenir dans la position prise spontanément par la cadre du service.

de croyances telles que la sorcellerie, la magie ou la possession par un esprit, qui interviennent dans les conceptions de la maladie mentale, et qui peuvent être en contradiction avec les religions monothéistes des personnes qui y adhèrent.

◆ **Les religions et croyances déterminent également les conceptions de la vie et de la mort** et peuvent donner lieu à des incompréhensions en situation de soins (encadré 2).

Le rapport aux pratiques religieuses

◆ **Au cours des formations de soignants**, les pratiques religieuses ou culturelles et les interrogations et vécus qu'elles suscitent sont fréquemment évoquées. Ainsi, les représentations autour des prières effectuées dans la chambre du patient suscitent des questionnements très divers : « *la prière est-elle autorisée dans les chambres ?* », ou, lorsque le droit à cette pratique va de soi : « *peut-on entrer dans la chambre pour des soins lorsque le patient prie ? Comment est-ce vécu ?* », « *Peut-on en parler ou est-ce du registre de l'intime ?* », etc. La diversité

des interrogations donne à voir ce que fait vivre la pratique de la prière aux soignants eux-mêmes : certains sont heurtés, d'autres n'éprouvent aucune gêne ou aucun malaise³.

◆ **Les vécus des soignants diffèrent en fonction du rapport de chacun à la religion** et à son propre héritage religieux. Les formes nouvelles de christianisme de type "évangéliste" ou apparenté, qui se développent tant chez les patients que chez les soignants, suscitent des questionnements : s'agit-il de sectes ou de religion, demandent souvent les soignants impressionnés par la ferveur des pratiquants qui prient beaucoup, et font quotidiennement référence à la foi dans leurs discours ? Par comparaison avec le catholicisme, en déclin en France, ces Églises surprennent par leur vitalité. Nous avons pu observer des jugements très vifs, touchant leur caractère potentiellement prosélyte, en particulier chez des soignants qui avaient reçu une éducation catholique, mais qui avaient pris une distance critique vis-à-vis de cet héritage. Cet éloignement pouvait donner lieu à un rejet radical qui les rendait d'autant plus virulents vis-à-vis de toute manifestation religieuse.

Encadré 2. Quand la croyance laisse penser à une pathologie

Une dame âgée laotienne, confiée à des voisins par sa fille qui partait en déplacement professionnel, est amenée par ces voisins à l'hôpital à la suite d'une chute sans gravité.

◆ **Au cours de l'hospitalisation, les soignants constatent qu'elle parle seule.** Ne s'exprimant pas en français, cette dame a du mal à se faire comprendre des soignants. Devant la difficulté, et sans doute la perte de ses repères (cette dame n'avait jamais connu d'hospitalisation), elle montre des signes d'inquiétude et de confusion.

◆ **L'équipe formule l'hypothèse qu'elle est délirante.** L'infirmière interroge sa fille, de retour de voyage : « *cela arrive-t-il souvent à votre mère de délirer ?* ». Stupéfaite, la fille explique aux soignants que sa mère a l'habitude de parler à son mari décédé. En effet, chez les

Laotiens le défunt continue à vivre au milieu des vivants. Dans la tradition lao du bouddhisme, le vivant s'adresse régulièrement aux esprits des morts, et de manière tout à fait naturelle puisqu'ils font toujours partie de la famille. Au moment des repas, il peut leur être dit : « *Venez boire et partager notre repas* ». La fille de cette dame, elle-même médecin, s'étonna donc de ce que les soignants étaient sur le point de lui prescrire un traitement pour troubles psychiatriques.

◆ **Cette situation soulève la question de la différence entre délire et manifestation culturelle** qui se pose régulièrement aux soignants exerçant en psychiatrie, et qui les conduit parfois à interpréter en termes pathologiques des croyances et pratiques culturelles.

◆ **L'expression des vécus touchant telle ou telle manifestation religieuse (prière, port de foulard) permet un travail réflexif sur les représentations** qu'on en a, de les reconnaître, d'en comprendre l'origine et de les faire évoluer. À tout le moins, celui-ci amène à effectuer un pas de côté qui permet de se décentrer, et ainsi le plus souvent de trouver la bonne distance et une certaine neutralité dans la relation au patient et à sa famille, tout en reconnaissant les différences. Le regard que l'on porte sur l'autre et ses pratiques est en rapport avec ses propres normes et références culturelles. L'exemple de manifestations de cris et de pleurs lors d'un décès est à ce propos éclairant. Les soignants analysent souvent leur malaise face à ces manifestations expansives observées chez des patients originaires du Bassin méditerranéen en rapport avec les normes de comportement de la culture dominante en France, où la retenue est de rigueur et où on soulignera souvent qu'un proche endeuillé a fait montre de dignité en exprimant son chagrin de manière discrète.

◆ **Parfois le malaise des soignants face à des pratiques religieuses tient au fait qu'elles sont vécues comme venant s'opposer aux soins ou mettre à l'écart les soignants.** Dans des situations de fin de vie, par exemple, les proches qui entourent le malade d'une présence intense et souhaitent limiter celle des soignants, suscitent alors chez ces derniers des vécus d'exclusion. Ce qu'ils vivent d'autant plus mal qu'ils avaient fortement investi le lien avec le patient.

◆ **Ainsi, dans certaines familles de confession juive, lorsque le malade est entré en agonie,** les proches souhaitent respecter le principe religieux selon lequel rien ne doit être fait « *qui puisse hâter la mort*⁴ », et peuvent, pour cette raison, refuser la toilette ou les soins. Il s'agit alors de trouver un accord avec les familles pour concilier ce principe et les besoins du patient. Le dialogue entre soignants et familles devient ainsi essentiel pour trouver une solution qui réponde aux besoins du patient et de son entourage et qui fasse sens pour le soignant.

Conclusion

L'hôpital est un lieu où se côtoient toutes les diversités de notre société : sociales, religieuses, culturelles, générationnelles, professionnelles, tant du public que des équipes. La confrontation aux valeurs, représentations du monde, pratiques et rites qui font sens pour les personnes exige une réflexion et un travail sur son rapport aux différences. Dans une visée d'humanisation des soins et de renforcement de la professionnalité dans la relation soignant-soigné, travailler ces questions est essentiel, notamment quand elles font l'objet d'une forte présence dans l'espace médiatico-politique. ●

Références

- [1] République française. Laïcité aujourd'hui, note d'orientation de l'Observatoire de la laïcité. 2014. www.gouvernement.fr/la-laicite-aujourd-hui-note-d-orientation-de-l-observatoire-de-la-laicite
- [2] Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7833.pdf
- [3] Kessar Z. De la formation et production de la différence à l'hôpital de la formation "sur les publics" à l'intervention sur le fonctionnement d'équipe. In : Kotobi L, Crenn C. Du point de vue de l'ethnicité. Expériences françaises. Paris : Armand Colin ; 2012. p. 231-47.