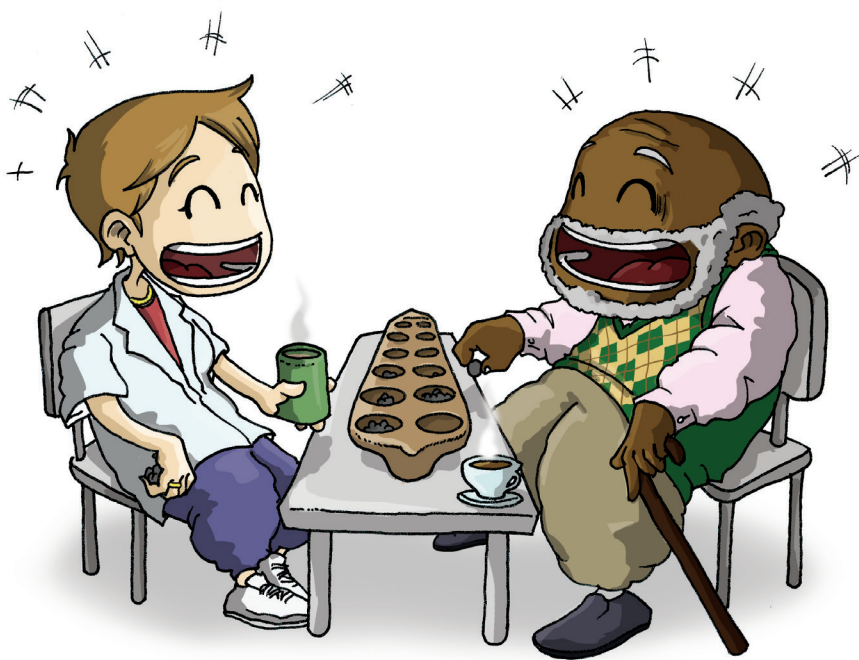


RECOMMANDATIONS DU CONSEIL D'ÉTHIQUE DE L'AVDEMS

DONNER DES SOINS EN EMS **DANS UN MONDE MULTICULTUREL**



Septembre 2013

avdems
Conseil d'éthique
ASSOCIATION VAUDOISE D'ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Remerciements

Le Conseil d'éthique de l'AVDEMS tient à remercier l'ensemble des collaborateurs qui ont participé aux entretiens, ainsi que Monsieur Bernard Grigis pour le travail de retranscription.

Impressum

Conseil d'éthique de l'**AVDEMS**

Responsables du projet et rédaction :

MERCEDES NOVIER, DELPHINE ROULET SCHWAB, NADJA EGGERT

Conception graphique :

ANNIE RUBATTEL, annie.rubattel@gmail.com

Illustrations :

MATTHIEU PELLET, ANNIE RUBATTEL, www.goshseiko.com

© Copyright AVDEMS Tous droits réservés

Conseil d'éthique de l'AVDEMS

Le Conseil d'éthique est un lieu de réflexion, de dialogue et d'échanges sur des thèmes liés à l'accompagnement des résidents. Dans le cadre de ses missions, le Conseil d'éthique est chargé de:

- prendre position, dans le respect de la confidentialité, sur les requêtes qui lui sont soumises;
- émettre des recommandations sur différentes thématiques en lien avec ses missions;
- rendre des avis ou formuler des déterminations. Afin d'assurer ses tâches, le Conseil d'éthique se fonde, en sus du cadre légal, sur la Charte éthique de l'AVDEMS, ainsi que d'autres sources reconnues dans le monde médico-social.

Composition

MERCEDES NOVIER, Présidente

Avocate, Lausanne

NADJA EGGERT

Ethicienne, Genève

DELPHINE ROULET SCHWAB

Professeure HES-SO, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne

PIERRE ETHENOZ

Directeur de l'EMS La Rozavère, Lausanne

BEAT GEISER

Directeur de l'EMS la Colline, Chexbres

PIERRE-ANDRÉ GOUMAZ

Directeur de l'EMS la Faverge, Oron-la-Ville

FRANÇOIS MATT

Directeur de l'EMS le Home, Pully

PHILIPPE VUILLEMIN

Médecin généraliste, Lausanne

Recommandations du Conseil d'éthique de l'AVDEMS

Donner des soins en EMS dans un monde multiculturel

SOMMAIRE

A SOUS L'ANGLE DU RÉSIDENT 6 - 10

- 1 Discussion préalable et identification des souhaits du résident ____ 7
- 2 Respect des souhaits du résident dans la mesure du possible ____ 8
- 3 Recherche de solutions créatives et respectueuses des valeurs de chacun _____ 9
- 4 Atteintes à la personnalité et aux croyances, actes et paroles racistes non tolérés au sein de l'EMS _____ 9
- 5 Attitude de l'EMS en cas de situations problématiques _____ 10

B SOUS L'ANGLE DU COLLABORATEUR 11 - 13

- 1 Mise en place de lieu d'échanges _____ 11
- 2 Au sujet de problématiques plus spécifiques _____ 12 - 13
- 3 Formation _____ 13

ANNEXE 14 - 34

La multiculturalité en établissements médico-sociaux

Etude exploratoire auprès de collaborateurs et de cadres d'EMS vaudois



RECOMMANDATIONS DU CONSEIL D'ÉTHIQUE DE L'AVDEMS

DONNER DES SOINS¹ EN EMS DANS UN MONDE MULTICULTUREL

En préambule, le Conseil d'éthique constate qu'il est délicat de formuler des recommandations universelles et détaillées en la matière, car chaque situation et son contexte requièrent une approche fine et créative, apportant les solutions les plus appropriées au cas particulier.

A SOUS L'ANGLE DU RÉSIDENT

De manière générale, en ce qui concerne la problématique de la multiculturalité² sous l'angle du résident, le Conseil d'éthique renvoie à l'étude approfondie de l'Unité de recherche en gérontologie (UNIGER) sur cette thématique³.

De l'avis du Conseil d'éthique, il y a lieu de privilégier dans ce domaine :

- le dialogue et la communication, y compris sur l'expression claire de la position de l'établissement en la matière ;
- les processus à mettre en place pour prévenir, ainsi que pour gérer les situations problématiques ;
- la valorisation des ressources de chacun ;
- la sensibilisation et la formation du personnel ;
- de même que la sensibilisation des résidents et de leurs proches.

¹ Il s'agit ici des soins au sens large, soit au sens de «prendre soin», notion impliquant tous les acteurs de l'accompagnement (soins médicaux, animation, administration, restauration, etc.).

² Sur cette thématique, cf. aussi le rapport final de l'Institut La Source de juin 2012 (Prof. Catherine Nicolas): «Projet Mixité culturelle de la Fondation Soins Lausanne: prévention du racisme, de la discrimination raciale et promotion de la diversité culturelle dans une organisation de soins à domicile».

³ Cf. Rapport de recherche de 2011 de l'UNIGER, «Enjeux de la diversité culturelle dans l'interaction entre résidents migrants et professionnels de l'accompagnement.», www.uniger.ch.

Cela étant, le Conseil d'éthique formule les recommandations suivantes :

1 Discussion préalable et identification des souhaits du résident

- Il y a lieu d'avoir une discussion, si possible dès avant l'entrée en EMS du résident, avec ce dernier et ses proches, sur les questions liées à la multiculturalité, telles que des demandes spécifiques liées aux convictions religieuses (par exemple pour les soins, la nourriture, le jeûne, le lieu de prière, etc.).

L'établissement soulève spontanément la question, afin d'éviter que le résident n'ose pas aborder la problématique ou qu'il n'y pense pas ou qu'il ait peur de «déranger» par ses demandes liées à ses convictions religieuses ou sa culture⁴.

Il s'agira donc de poser la question clairement au résident : *«Avez-vous des demandes particulières liées à vos convictions religieuses ou habitudes culturelles ?»*.

Il faut en outre **s'assurer que cela a bien été compris par le résident**. Si nécessaire, il y aura lieu de recourir à un interprète (par exemple de l'association Appartenances⁵).

- On relèvera la nécessité de respecter également la position d'un résident d'origine étrangère qui, au contraire, ne souhaiterait pas bénéficier d'un traitement spécifique du fait de son origine et qui demande le plus possible à «se fondre dans la masse».
- Cette discussion préalable est aussi indispensable pour le cas où, selon les souhaits exprimés, cette entrée ne devrait pas avoir lieu dans l'établissement en question, précisément à cause de ces souhaits particuliers.
- Autant que possible, cette discussion inclut les proches, afin de les intégrer au processus et leur permettre de prendre une place dans l'accompagnement de leur parent.

⁴ Le rapport précité de l'UNIGER relève la vulnérabilité des résidents migrants et une tendance à la suradaptation.

⁵ Association dont le but est notamment de favoriser l'autonomie et la qualité de vie des migrants et qui dispose d'un important service d'interprétariat communautaire ; www.appartenances.ch.

2 Respect des souhaits du résident dans la mesure du possible

- **L'établissement est toujours orienté «résident».**

L'article 382 alinéa 2 du Code Civil (CC) ⁶ prévoit que «*les souhaits de la personne concernée doivent, dans la mesure du possible, être pris en considération lors de la détermination des prestations à fournir par l'institution*»⁷. Cette disposition impose à l'établissement d'adopter une certaine flexibilité dans l'offre de prise en charge, notamment dans l'aménagement du lieu de vie, les soins corporels, etc.⁸

Ainsi, une fois les souhaits formulés par le résident, l'institution fera tous les efforts nécessaires pour donner suite à ces demandes.

Par exemple, l'établissement pourra prévoir que, pour le repas en fin de journée lors du ramadan, l'horaire des repas sera aménagé. Il en va de même de l'aménagement des horaires des soins, si cela est possible, afin, par exemple, que ce soit une femme qui puisse prodiguer les soins à une femme et un homme à un homme, etc.

- **L'établissement ne donnera pas suite à la demande seulement si cela n'est pas possible sous l'angle organisationnel, logistique ou humain.**

Dans un tel cas, l'établissement en informera alors le résident et ses proches le plus tôt possible.

- La position des résidents par rapport à des actes médicaux (cf. refus des vaccins, d'une transfusion sanguine, etc.) relève du droit médical. Il y aura lieu de respecter les règles légales à cet égard (cf. droit des patients et nouveau droit de la protection de l'adulte).

⁶ Rem.: cette disposition régit le contrat d'assistance pour les personnes incapables de discernerment résidant dans un établissement médico-social.

⁷ Cf. aussi l'art. 20 de la loi vaudoise sur la santé publique (LSP-VD) consacré au libre choix du professionnel de la santé.

⁸ Cf. Message du Conseil fédéral du 28.6.2006, FF 2006 6635 ss, spéc. p. 6672. LEUBA/VAE-RINI (*in* LEUBA et alii, Protection de l'adulte, Commentaire du droit de la famille, ComFam, Berne 2013, ad art. 383, N. 8, p. 320) ajoutent que, dans la mesure où cela ne perturbe pas l'institution dans l'organisation de ses prestations socio-hôtelières, cette flexibilité portera aussi sur les préférences quant aux menus, aux horaires du lever ou du coucher, etc.

3 Recherche de solutions créatives et respectueuses des valeurs de chacun

- L'établissement se montrera créatif afin de trouver des solutions répondant aux besoins et aux souhaits du résident.

L'idée est de privilégier une approche pragmatique, respectueuse des valeurs de chacun et **en pesant soigneusement l'ensemble des intérêts en présence** (soit également celui des autres résidents, de la communauté en général, des collaborateurs, etc.).

- Il convient de privilégier le consensus et être attentif à cette question dans le « plan d'accompagnement personnalisé ». **Lorsque des solutions particulières sont possibles, il y a lieu d'essayer de les mettre en place** en adaptant le contrat d'hébergement (par exemple en ajoutant dans le contrat le surcoût lié à une alimentation particulière).

L'EMS pourra aussi prévoir des animations liées au pays d'origine du résident (par exemple par la préparation de spécialités culinaires dudit pays), pour autant, encore une fois, que cela réponde à un souhait du résident.

4 Atteintes à la personnalité et aux croyances, actes et paroles racistes non tolérés au sein de l'EMS

- De manière générale, **l'établissement ne saurait tolérer les actes et paroles racistes des résidents, de même que des atteintes à la liberté de croyances et des cultes**. Les résidents ne sont pas au-dessus des lois⁹, même si l'on retient que l'EMS est leur lieu de vie.

Cela est d'autant plus vrai que l'établissement, en tant qu'employeur, a une obligation de protection envers ses employés (cf. art. 328 CO).

- De même, l'établissement ne peut tolérer de telles attaques envers d'autres résidents ou leurs proches.

⁹ Ils pourraient ainsi se voir reprocher des violations des dispositions du Code pénal (cf. p.ex. l'art. 261bis punissant la discrimination raciale, l'art. 261 CP régissant l'atteinte à la liberté de croyance et des cultes ou encore l'art. 177 CP réprimant l'injure) et du Code civil (cf. art. 28 CC).

5 Attitude de l'EMS en cas de situations problématiques

- L'établissement ne doit jamais banaliser les questions liées au racisme et aux atteintes à la personnalité et aux croyances. Il soutient les collaborateurs, les rend attentifs à ces problématiques et prend les mesures nécessaires. Le Conseil d'éthique considère que cette problématique n'est pas liée à un soignant ou un collaborateur en particulier, mais qu'il s'agit d'un problème collectif, qui concerne l'institution.
- En cas de problème lors de l'hébergement, il faudra essayer en premier lieu de discuter avec le résident. Il ne s'agit pas d'une discussion unique, mais d'une réflexion qui s'inscrit dans la continuité, en intégrant l'équipe et le résident. Si nécessaire, il conviendra de rechercher les possibilités d'aménagement avec l'équipe soignante et les proches.

S'il s'avère qu'il n'est pas possible de répondre aux souhaits du résident, il y aura lieu également de lui présenter l'option de changer d'établissement.



En ce qui concerne les collaborateurs, le Conseil d'éthique formule les recommandations suivantes :

1 Mise en place de lieu d'échanges

Les collaborateurs sont directement concernés par la multiculturalité en EMS et trouvent souvent eux-mêmes des stratégies lorsque cette dernière est source de conflits, de malentendus (le refus de soin de la part d'un résident par exemple). Le Conseil d'éthique a toutefois pu constater que les collaborateurs se trouvaient malheureusement souvent très seuls lorsqu'ils sont confrontés à ces problèmes.

- Face à ce constat, le Conseil d'éthique recommande de prévoir au sein de l'établissement un lieu d'échange et de discussion où ces questions sont discutées; un lieu permettant d'aborder les rapports de multiculturalité au sein de l'équipe et vis-à-vis des personnes âgées. Les éventuels conflits ou malentendus liés à la multiculturalité doivent être partagés par l'équipe et remonter au niveau de la direction; ils relèvent de la responsabilité de l'institution dans son ensemble et non seulement dudit collaborateur.
- Dans la même perspective, mais en relation avec le résident et sa famille, ou ses proches, le Conseil d'éthique recommande que des échanges réguliers soient mis sur pieds entre le personnel, les résidents et leurs proches, afin de discuter de la multiculturalité. **La prise de conscience des éventuels problèmes éthiques et leur influence sur les relations avec le résident est primordiale.**

2 Au sujet de problématiques plus spécifiques

- Concernant **la langue** utilisée dans les établissements vaudois, le Conseil d'éthique souligne que **le français est la langue de référence dans le canton de Vaud**.

Cela étant, sous l'angle des ressources, le Conseil d'éthique recommande une connaissance précise de l'ensemble des langues parlées par les collaborateurs de l'EMS (que ce soit par un soignant, une personne de l'intendance, de la restauration, etc.). La diversité des langues parlées est un atout qui peut favoriser la valorisation des collaborateurs et la relation de soin lorsque des collaborateurs pourraient s'exprimer dans la même langue qu'un résident.

Toutefois, il faudra s'assurer qu'une telle pratique n'isole pas le résident et ne pose pas de problème au sein de l'équipe, notamment quant à la transmission des informations.

- Selon le Conseil d'éthique, **la pratique religieuse** des collaborateurs au sein des EMS doit être respectée¹⁰, mais cette pratique doit **toujours rester compatible avec une bonne exécution du travail¹¹ et une prise en charge de qualité et optimale du résident**.

Le Conseil d'éthique porte un souci de cohérence quant au respect des croyances des résidents, mais également des collaborateurs. Ainsi, selon le Conseil d'éthique, on ne peut refuser aux collaborateurs le respect de leurs convictions religieuses ou culturelles, tout en leur demandant d'être, à leur tour, ouverts face à la multiculturalité des résidents. Il apparaît d'ailleurs que la religion n'est pas forcément source de conflit contrairement à ce que

¹⁰ Rem. : la liberté de croyance est garantie par l'art. 15 de la Constitution fédérale. En matière de droit du travail, cf. spéc. les art. 328 (protection de la personnalité du travailleur) et 336 al. 1 let. a et b (congé abusif en raison de l'exercice d'un droit constitutionnel) CO. Les directives édictées à cet égard par l'établissement employeur doivent être conformes aux dispositions légales.

¹¹ Les hôpitaux ont souvent adoptés des directives à cet égard (cf. p.ex. la directive du CHUV de 2006 sur la tenue du personnel et l'hygiène au travail ou celle des HUG de 2010). En ce qui concerne les signes extérieurs à forte portée symbolique, le règlement interne de l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source recommande que «par respect pour le-la patient-e et les collègues de travail, le port de signes extérieurs à forte portée symbolique ou révélant ostensiblement une croyance, une appartenance politique ou religieuse sont proscrits pendant les heures de travail»(...) «La tenue est constituée d'une blouse, d'un pantalon et d'une casaque. La casaque est à manches courtes, afin de faciliter l'hygiène des mains et éviter le contact du tissu avec les surfaces. Il s'agit d'une tenue professionnelle, mise à disposition par l'employeur, qui est changée tous les jours et qui reste sur le lieu de travail».

l'on peut croire. Des situations problématiques peuvent toutefois survenir, notamment en cas de prosélytisme de la part d'un collaborateur.

Le critère de la compatibilité de la pratique religieuse du collaborateur avec une bonne exécution du travail et une organisation adéquate du service est déterminant dans l'approche de cette question. La bonne marche du service et la qualité des soins ne devront pas en pâtir.

Il s'agira là aussi de se montrer ouvert et créatif afin de trouver des aménagements adéquats. Par exemple, si souhaitée, une adaptation des horaires pourrait être proposée en période de jeûne, etc. Parfois, les aménagements sont moins compliqués qu'il n'y paraît au premier abord (ainsi, offrir un peu de temps et un lieu pour la prière d'un collaborateur n'est pas plus problématique que d'offrir la même chose par exemple aux employés fumeurs).

3 Formation

- Le Conseil d'éthique a pu déceler un fort besoin de formation, en particulier en matière de fin de vie (cf. toilette mortuaire, assistance au suicide). Il recommande de prévoir **des journées de formation et de cohésion d'équipe lors desquelles la multiculturalité serait abordée**. Ce type de formation est nécessaire pour les collaborateurs, voire plus encore pour les cadres. On relève que la Croix-Rouge suisse par exemple propose un cours en matière de soins et de multiculturalité¹². D'autres formations sont offertes par diverses institutions¹³.
- De façon plus générale, il s'agit bien, selon le Conseil d'éthique, **d'influer sur la politique de formation de façon globale et d'intégrer la question de la multiculturalité dans les différents types de formation** et à tous les niveaux.

¹² Cf. le cours intitulé « Soigner sur le Plan Interculturel » qui est proposé par la Croix-Rouge suisse, section vaudoise (cf. www.croixrougevaudoise.ch).

¹³ L'association Appartenances (www.appartenances.ch) propose un cours sur « Le 3ème âge dans une perspective interculturelle ». Le programme de formation continue UNIL-EPFL (www.formation-continue-unil-epfl.ch) contient un CAS « Migration et sociétés plurielles » s'adressant aux professionnels confrontés aux enjeux migratoires, ainsi qu'une formation courte, intitulée « Rites funéraires », s'adressant aux professionnels confrontés aux rites funéraires.

ANNEXE

LA MULTICULTURALITÉ EN ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

ETUDE EXPLORATOIRE

AUPRÈS DE **COLLABORATEURS ET DE CADRES D'EMS VAUDOIS**

Synthèse du Conseil d'éthique de l'AVDEMS *



* Rapport du 12 novembre 2012 rédigé pour le Conseil d'éthique de l'AVDEMS par Mme Nadja EGGERT, Mme Delphine ROULET SCHWAB, Dr Philippe VUILLEMIN

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	18
OBJECTIFS	18 - 19
PROCÉDURE	19
RÉSULTATS	20 - 31
Multiculturalité en EMS:	
le point de vue des collaborateurs non-cadres	20 - 23
La multiculturalité au sein des équipes soignantes :	
une éthique professionnelle	20
a Diversité culturelle ou nationale	21
b Diversité religieuse	21
c Diversité dans la formation	22
d Le rapport à la mort	22 - 23
La multiculturalité dans la relation avec le résident :	
une capacité à se mettre à la place du résident	24
a Le résident face à l'équipe soignante multiculturelle	24
b Le soignant face au résident appartenant à une autre culture	25
En conclusion :	
les collaborateurs non-cadres et la multiculturalité	25
Multiculturalité en EMS:	
le point de vue des cadres	26 - 31
Difficultés et problèmes posés par la multiculturalité	
a Recrutement et gestion d'équipe (management)	26 - 27
b Langage, culture et communication	27 - 28
c Rapport à la mort et à la fin de vie	29
2 Impact de la multiculturalité sur le bien-être et la santé des résidents	29
3 La multiculturalité comme ressource dans le travail au quotidien	30
4 En conclusion :	
les cadres et la multiculturalité	31
5 SYNTHÈSE	32
6 ENSEIGNEMENTS	32 - 34

En vue des présentes recommandations, un groupe de travail du Conseil d'éthique s'est entretenu en 2012 avec de nombreux collaborateurs d'EMS (cadres et non-cadres) selon la méthode du «focus group», dans le cadre d'une discussion guidée sur les questions liées à la multiculturalité sous l'angle des collaborateurs. La synthèse de ces travaux, intitulée «La multiculturalité en établissements médico-sociaux, Etude exploratoire auprès de collaborateurs et de cadre d'EMS vaudois» (12 novembre 2012), est annexée aux présentes recommandations pour en faire partie intégrante.



La multiculturalité

Communication

- Résidents
- Collaborateurs



1 CONTEXTE

Le vieillissement sans précédent de la population au tournant des années soixante a vu augmenter considérablement le nombre d'Établissements médico-sociaux (EMS) dans le Canton de Vaud, comme ailleurs en Suisse.

La prise en compte d'une nouvelle éthique de soins et de prise en charge institutionnelle de la personne âgée et dépendante, jointe aux exigences des autorités subventionnantes, étatiques et asséculo-logiques, a profondément remanié la structure socio-professionnelle des EMS en créant des échelons variés de compétences soignantes, logistiques et d'animation socio-culturelle.

Parallèlement, on a assisté à la disparition du personnel religieux des ordres soignants catholiques et protestants, que la population locale n'a pas pu entièrement remplacer que cela soit en raison de la formation requise, de son coût salarial, ou de l'étroitesse de son bassin de recrutement.

Depuis plus de trente ans, l'aire d'origine s'élargit, dépassant le cadre européen, au profit de tous les continents. De nombreuses langues et des dizaines de nationalités représentant souvent autant de particularités culturelles, caractérisent, en 2012, le personnel travaillant en EMS.

Depuis la nuit des temps, il est notoirement connu que les cohabitations multiples posent des problèmes de gestion du personnel: les Armées de Ramsès II à Napoléon l'ont expérimentées de multiples façons, dans la victoire comme la défaite; les bâtisseurs de tunnels comme les exploitants de mines, dans la réussite ou l'échec de leurs entreprises.

Qu'en est-il dans les Établissements médico-sociaux (EMS)?

Comment ces mutations culturelles sont-elles perçues et gérées par les personnes qui travaillent dans les EMS?

Comment réaliser la synthèse entre les nécessités de la direction d'un établissement tout en assurant une relation personnelle de qualité avec le résident?

2 OBJECTIFS

Dans ce contexte très marqué de multiculturalité en EMS, générant à l'évidence des tensions tantôt exagérées, tantôt minimisées, le Conseil d'éthique de l'Association Vaudoise d'Établissements Médico-sociaux (AVDEMS) a décidé de faire le point sur la problématique, dans le cadre d'un travail de réflexion, conduit selon la méthode du «focus group»¹. Cette démarche a permis d'étudier:

- la perception de la multiculturalité par un collectif d'employés non-cadres d'EMS, composé essentiellement de soignants, mais aussi de personnel animateur et hôtelier,
- la perception de la multiculturalité par un collectif de cadres dirigeants, représentant l'ensemble des catégories de personnel travaillant en EMS (soins, animation, intendance, etc.),

Il s'agissait, dans le cadre d'une discussion guidée selon une trame préalable-ment construite, de comprendre :

- le vécu de la multiculturalité par les participants (personnel non-cadres et cadres),
- le vécu de la multiculturalité dans leurs relations avec le résident,
- les difficultés et les problèmes posés par la multiculturalité dans leur travail quotidien,
- l'impact de la multiculturalité sur le bien-être et la santé des résidents,
- la multiculturalité comme ressource dans le travail quotidien.

3 PROCÉDURE

Nous nous sommes adressés à un groupe d'EMS des régions Centre, Nord et Ouest vaudois, que nous connaissons par notre réseau professionnel.

Sous la conduite de trois membres du Conseil d'éthique de l'AVDEMS² (non directeurs d'EMS), une journée entière (en février 2012) a été consacrée à rencontrer, en matinée, le groupe des employés non-cadres, composé essentiellement mais pas seulement, de soignant-e-s et l'après-midi les cadres, intermédiaires et directoriaux.

Les sessions ont eu une durée de 150 minutes environ. Elles ont été enregistrées avec le consentement explicite des participants. L'anonymat a été garanti. Les enregistrements ont été entièrement transcrits verbatim.

¹ Le « focus group » ou groupe de discussion focalisée est une méthode de recherche qualitative qui réunit un certain nombre de personnes (habituellement une dizaine de personnes) dans le but de discuter, en groupe, une thématique particulière.

² Delphine Roulet Schwab, Docteure en psychologie et Professeure à la Haute Ecole de la Santé La Source, Lausanne; Philippe Vuillemin, Médecin généraliste et d'EMS; Nadja Eggert, Responsable de recherche à la Plateforme interdisciplinaire d'éthique (Ethos) de l'Université de Lausanne.

4 RÉSULTATS

Multiculturalité en EMS : le point de vue des collaborateurs non-cadres

Lorsque, en guise d'introduction, nous avons demandé aux personnes participantes au «focus group» ce qu'elles entendaient par le terme «multiculturalité», c'est celui de «différent» qui a été majoritairement relevé: différentes nationalités, connaissances, religions, habitudes, vies, mentalités, langues, valeurs, conceptions etc. La multiculturalité, du point de vue des collaborateurs, semble donc signifier la différence dans le sens d'une hétérogénéité qui existe en tant que telle, et non pas par rapport à quelque chose d'autre qui pourrait être considéré comme la norme (par exemple la Suisse). Ce premier constat est fondamental car il permet de souligner la diversité dans laquelle évoluent les collaborateurs: diversité parmi les résidents, mais également et surtout, diversité parmi les collaborateurs eux-mêmes.

Dans la suite de ce résumé, nous reprendrons quelques-unes des idées phares qui ont émergé du «focus group» et qui soulignent les problématiques que cette diversité peut engendrer dans la pratique quotidienne du soin, entre les collaborateurs, d'une part, et dans leur relation avec le résident, d'autre part.

1 La multiculturalité au sein des équipes soignantes : une éthique professionnelle

De façon générale, les collaborateurs semblent prendre acte de la multiculturalité au sens d'une diversité culturelle ou nationale, religieuse et dans la formation. Selon eux, la multiculturalité existe, mais elle ne doit pas influencer la pratique de soin des équipes. Ainsi, les collaborateurs semblent se rattacher à un devoir professionnel guidé par une identité professionnelle forte qui fonctionne comme une sorte de «garde-fou» face à d'éventuels conflits liés à la multiculturalité. A ce titre, l'affirmation d'une intervenante résume la position des collaborateurs: «Moi je pense qu'il faut qu'on fasse les efforts entre collègues, mais du moment qu'on fait un soin, je veux dire, on doit rester soignant tout simplement». Comme nous le verrons, c'est donc autour d'une éthique professionnelle que les collaborateurs semblent se rallier lorsque des difficultés apparaissent.

a Diversité culturelle ou nationale

La diversité culturelle ou nationale (espagnol/portugais, vaudois/valaisan, suisse-allemand/suisse-romand, par exemple), est considérée comme étant «très enrichissante». Elle peut faire l'objet de rigolade et peut occasionner «des petites piques qui se lancent». Pour une autre intervenante «il y a aussi beaucoup de rigolade derrière», même si, selon cette même personne «[Bon] après on ne sait pas si la personne, elle rigole vraiment, si elle est vraie».

La *langue* constitue un aspect plutôt conflictuel, en particulier l'utilisation de sa langue d'origine sur le lieu de travail. Certains considèrent qu'il n'est pas problématique de parler leur langue pendant les pauses ou dans les couloirs. Pour d'autres, au contraire, c'est un manque de respect vis-à-vis des collègues et surtout des résidents. D'après les collaborateurs, c'est un problème qui peut nécessiter l'intervention des directions d'établissement.

Le *racisme* est mentionné à plusieurs reprises. C'est là l'un des points où l'équipe et la tâche du soin sont posées prioritairement: «on se réunit, on en parle et on essaie de voir d'où ce racisme vient». Il apparaît que c'est lorsque l'on est «extérieur» à l'«équipe» que la multiculturalité (diversité culturelle ou nationale) semblerait poser des problèmes. Ainsi, selon une intervenante, c'est en tant qu'intérimaire qu'elle a pu ressentir une forme de racisme qu'elle n'a pas ressenti quand elle faisait partie d'une équipe.

b Diversité religieuse

La diversité religieuse ne semble pas causer de difficultés tant que la religion reste confinée au sein de la sphère privée et qu'elle est mise de côté au profit d'un professionnalisme qui doit prendre le dessus. Ainsi, selon une intervenante: «surtout ne pas amener ses émotions personnelles et les éléments extérieurs ou la religion. Ça n'a pas sa place en institution [...]». Une pratique discrète de la religion est tolérée: «Moi j'ai pu l'apercevoir, il s'éclipse, il ne le dit à personne, il va au bureau et il fait sa prière». Par contre, *l'expression publique de la religion* est considérée, par les collaborateurs, comme étant problématique et un comportement prosélyte n'est guère accepté: «j'ai eu un collègue [qui] pensait qu'il pouvait guérir les résidents via la bible. Et en fait, on l'a surpris un jour, il distribuait des tracts, des machins vraiment très oppressants avec les résidents par rapport à la religion [...]. Donc là, on est directement intervenu avec mon directeur pour stopper ça. Parce que moi je trouve que ce n'est pas acceptable dans une institution».

c Diversité dans la formation

Lorsque la *diversité* se traduit par des différences dans la formation, c'est encore leur tâche professionnelle qui est mise en avant par les collaborateurs et c'est par la discussion – le colloque semble être un lieu approprié – qu'ils recherchent une manière de travailler ensemble: «Nous, on essaie d'en parler entre collègues, de ne pas laisser traîner la chose, de percer l'abcès tout de suite et de se mettre d'accord sur une manière de fonctionner».

d Le rapport à la mort

En particulier face à la mort, l'identité professionnelle associée au travail en «équipe» sont apparues être des ressources fondamentales pour les collaborateurs. Par exemple, la *toilette mortuaire* peut représenter un soin difficile à opérer suivant la culture du soignant, mais c'est la compréhension du devoir professionnel et du travail en équipe – très souvent un ou une collègue aide à faire les gestes – qui permet fina-



lement au soignant d'exécuter une telle toilette: «Elle m'a dit je vais t'apprendre, tu vas affronter ça à ton travail, tu dois le faire. J'ai dit d'accord». Face à la question de l'*assistance au suicide*, le devoir professionnel semble pourtant rencontrer une limite. Ainsi, pour certains collaborateurs, même s'ils imaginent pouvoir accompagner un résident vers la mort, il leur paraît toutefois impossible de se trouver face à une *obligation* d'assistance au suicide: «Moi je le ferai. Mais peut-être pas tout le monde. Donc, je pense que personne ne peut m'obliger à faire quelque chose comme quelque chose d'autre que je ne ferai pas». Pour d'autres, c'est un refus, *a priori*, catégorique: «je ne veux pas rester là à te voir mourir». Mais, à condition d'être formés et de bénéficier d'un soutien psychologique, les collaborateurs imaginent pouvoir accompagner une personne dans cette démarche, même ceux qui s'y opposent pour l'instant: «comme je l'ai expliqué, dans ma culture, la mort, c'est la mort, on ne joue pas avec. Mais s'il y a les formations qu'il faut donner, qui nous aident pour vraiment mieux accepter les choses, c'est le bienvenu».



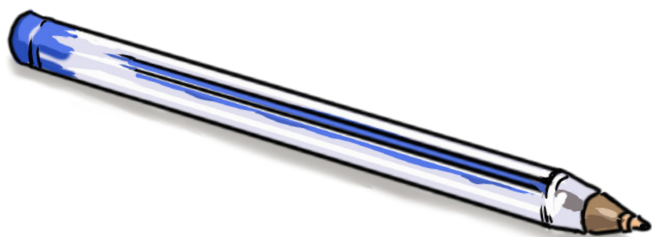
2 La multiculturalité dans la relation avec le résident : une capacité à se mettre à la place du résident

La question de la multiculturalité au sein de la relation entre les résidents et les collaborateurs se pose de deux manières principalement: dans la relation entre résidents et équipes soignantes multiculturelles et dans la relation entre collaborateurs et résidents appartenant à une autre culture.

a Le résident face à l'équipe soignante multiculturelle

D'abord, la multiculturalité peut être une source de *curiosité* et de *rencontre*: les résidents posent des questions aux collaborateurs sur leur origine, leur couleur de peau; ils les questionnent sur la manière de vivre ailleurs, sur l'école; ils sont curieux des autres langues et en apprennent parfois quelques mots. Au contraire, cette relation peut également prendre la forme d'une *attitude raciste* envers le personnel soignant qui se traduit par des petites phrases à l'encontre du personnel ou, dans les cas les plus graves, par le refus de recevoir le soin : « Ils disent carrément je ne veux pas de blacks, ils utilisent des mots durs! ».

Dans tous les cas, les collaborateurs semblent adopter une attitude d'ouverture, d'attention et de compréhension en répondant aux questions, en se laissant toucher, etc. Dans les situations plus dures, les équipes soignantes semblent faire preuve de pragmatisme et trouvent des *ressources* dans la *discussion* avec le résident, dans *l'humour* et font preuve d'une *capacité importante à se mettre à la place du résident* en essayant de comprendre leur réaction: « Mais si vous vous asseyez et que vous essayez de vous mettre à la place de la personne qui vous pose des questions, vous arrivez à comprendre où il veut en venir sans que ce soit une agression envers vous » ou encore « Si j'étais malade, je ferai quoi? ».



b Le soignant face au résident appartenant à une autre culture

D'autres collaborateurs relèvent que la diversité culturelle dans la relation entre collaborateurs et résidents peut également mener à une forme d'*incompréhension mutuelle*. Ainsi, certains collaborateurs éprouvent de la difficulté à s'approcher de résidents et disent ressentir un rejet de la part de ces derniers qui rend l'exécution du soin difficile.

Ici encore, la fin de vie et en particulier des compréhensions et conceptions culturelles différentes de la mort sont apparues comme étant problématiques. Contrairement à ce que nous avons pu voir dans la section précédente, ici, c'est la façon dont une résidente a été accompagnée par sa famille vers sa fin de vie qui a bouleversé l'équipe soignante: «C'est vrai que c'était quelque chose de vraiment spécial pour nous, on a vécu un moment et pouffff! C'était choquant. Ils étaient tous déguisés, la famille, en traditionnel, ça faisait peur. Même les résidents avaient peur!».

3 En conclusion: les collaborateurs non-cadres et la multiculturalité

Pour conclure cette partie sur la multiculturalité et les collaborateurs, il est intéressant de relever que c'est surtout face à la fin de vie que les tensions multiculturelles deviennent apparentes et qu'elles sont ressenties de manière forte par les collaborateurs et, comme certains d'entre eux le relèvent, par les résidents également.

De façon plus générale, face aux conflits qui ont été rapportés, les collaborateurs se rattachent à une *éthique professionnelle forte* et demandent la mise en place de *formations* qui puissent les aider, au-delà de leur *capacité personnelle* à se mettre à la place du résident, à comprendre et à gérer les différentes manières d'appréhender le soin, la fin de vie et la mort dans un contexte multiculturel.

B Multiculturalité en EMS : le point de vue des cadres

1 Difficultés et problèmes posés par la multiculturalité

Le focus group réalisé avec les cadres (tous secteurs confondus) met en évidence que, de manière générale, ils perçoivent la multiculturalité avant tout comme une source de difficultés, voire de problèmes. Les difficultés et problèmes évoqués apparaissent comme directement en lien avec la fonction hiérarchique et l'activité professionnelle des participants. Leur approche de la question est ainsi très pragmatique. Il s'agit essentiellement pour eux de trouver des solutions concrètes pour résoudre les problèmes pratiques que pose la multiculturalité du personnel travaillant en EMS.

Plusieurs difficultés sont mentionnées. Elles s'organisent autour de trois axes principaux :

a Recrutement et gestion d'équipe (management)

La question du recrutement est au centre du discours de la plupart des participants. Elle apparaît comme un élément-clé de la gestion de la multiculturalité des équipes en EMS. Les cadres interrogés expliquent être attentifs à plusieurs aspects lors du recrutement. Ces éléments font aussi régulièrement l'objet de réajustements dans la suite des rapports de travail. Le premier point auquel les cadres interrogés disent être attentifs est la personnalité du candidat, sa manière de s'exprimer et son attitude. Certains participants expliquent que leur longue expérience de cadre en EMS leur a aussi appris à se méfier des candidats de certaines nationalités, non pas parce qu'eux-mêmes sont racistes, mais parce qu'ils savent que ces personnes ont tendance à agir de telle ou telle manière et que cela peut être problématique au niveau de la gestion d'équipe. Les cadres rencontrent également des problèmes avec des personnes qui ne disposent pas de permis de séjour à jour et qui trichent sur leur statut, ce qui peut placer l'institution dans une situation délicate du point de vue légal.

L'ensemble du discours des participants est marqué par un souci de ne pas paraître racistes. Ainsi, certains cadres interrogés relèvent la nécessité de prendre de la distance par rapport à ce qui peut constituer des préjugés. L'analyse de leur discours montre une tension entre des valeurs personnelles de tolérance et de respect de l'autre et des impératifs de rentabilité et de gestion liés à leur position de cadre. Cette tension semble parfois être source d'une certaine souffrance. Les participants insistent aussi sur la nécessité, dans les cas conflictuels comme un licenciement par exemple, de rester centré sur les faits objectifs reprochés au collaborateur incriminé (avertissements donnés, absentéisme, etc.), afin de ne pas donner prise à des accusations de licenciement ou de discrimination pour des raisons racistes.

En lien avec la question du recrutement, certains participants affirment que les difficultés rencontrées proviennent du fait que les Suisses ne veulent pas travailler en EMS et que l'EMS apparaît, *a contrario*, pour les étrangers comme un lieu où il y a du travail et où il est facile d'être engagé. Ces deux conditions font que beaucoup d'étrangers sont engagés dans les EMS. Pour les cadres interrogés, cette situation est particulièrement problématique en ce qui concerne le personnel auxiliaire qui, en plus d'être étranger, n'a suivi aucune formation en Suisse. Certains cadres, à défaut de réussir à recruter du personnel suisse diplômé, disent chercher à engager des personnes vivant au moins dans la région et connaissant le contexte culturel local.

Plusieurs participants soulignent l'importance de connaître et d'être attentif à la politique étrangère. Le contexte géopolitique peut en effet avoir une influence sur les relations entre collaborateurs. Cela peut être le cas entre Serbes et Albanais, mais aussi entre Hutus et Tutsis, entre Turcs et Kurdes, etc.

b Langage, culture et communication

La communication entre collaborateurs, et avec les résidents, constitue une deuxième source de difficultés pour les cadres rencontrés. Ces difficultés sont liées à des différences linguistiques, mais également plus largement culturelles. Certains participants expriment leur souci d'être en décalage dans l'analyse et la compréhension des situations et des personnes qu'ils accompagnent. Les fortes différences culturelles entre régions de Suisse en général, et de Suisse romande en particulier, ainsi que les préjugés et stéréotypes qui les accompagnent, apparaissent comme une aide pour relativiser la différence culturelle.

D'autres difficultés sont directement en lien avec la langue parlée au sein de l'établissement. Plusieurs participants regrettent ainsi que des collaborateurs parlent entre eux dans leur langue maternelle, et ceci parfois même en présence de résidents qui ne comprennent pas cette langue. Ils relèvent une sorte de fierté nationale qui semble accompagner l'usage de cette langue, et les comportements défensifs qui sont parfois observés en réponse aux remarques formulées. Les cadres interrogés soulignent que ce n'est pas la langue en soi qui pose problème, mais le fait que le reste de l'équipe et les résidents ne la comprennent pas, ce qui peut donner lieu à des dérapages, tant au niveau des soins que du travail d'équipe. Ils relèvent toutefois que parler dans sa langue maternelle peut parfois être une ressource pour les cadres, notamment lorsqu'il s'agit de faire passer un message important à un collaborateur qui parle la même langue ou de communiquer avec un résident ne parlant pas ou peu le français. Les participants rappellent toutefois que, dans un lieu professionnel, on doit parler la langue officielle du pays, en l'occurrence le français en Suisse romande.

Certains cadres rapportent finalement des différences culturelles dans les habitudes de communication, différences qui peuvent donner lieu à des malentendus ou créer des tensions. Ils disent notamment observer des différences entre les pays nordiques – où les gens s'expriment de manière directe et sans fioritures, ce qui peut être ressenti comme de la dureté par certains collaborateurs et résidents –, et les pays du sud où les gens parlent parfois de manière très familière avec les résidents (par exemple, en s'adressant à une résidente en disant «Ma chérie...»). Certains participants s'agacent également de la déférence manifestée par les collaborateurs de certains pays envers leurs responsables hiérarchiques. Ces différences de langage et de positionnement dans la relation rendent selon eux difficile la mise en place d'un langage et d'une attitude communs au sein d'une équipe multiculturelle.

c Rapport à la mort et à la fin de vie

Un troisième axe de difficultés rapportées par les cadres interrogés est relatif au rapport à la fin de vie et à la mort. Tous les participants relèvent d'importantes différences dans la manière d'appréhender et d'accompagner la mort en fonction de l'origine culturelle de leurs collaborateurs.

Par rapport à la fin de vie, et plus particulièrement à l'euthanasie, les cadres présents soulignent la nécessité de discuter de la question en amont avec les collaborateurs, afin de trouver un consensus et d'identifier des solutions pratiques. Cette discussion peut prendre la forme d'un tour de table lors d'un colloque d'équipe permettant à chacun d'exprimer son ressenti ou avoir lieu dans le cadre de groupes de travail. Certains cadres se demandent même s'il ne faudrait pas discuter de cette question à l'engagement, voire faire attention, lorsque l'on constitue une équipe, à disposer de suffisamment de collaborateurs qui acceptent d'accompagner un résident qui a fait le choix du suicide assisté.

2 Impact de la multiculturalité sur le bien-être et la santé des résidents

De manière générale, les cadres interrogés relèvent peu d'impact des questions de multiculturalité et des difficultés rencontrées sur le bien-être et la santé des résidents. Seuls la langue et les accents sont perçus comme une entrave possible à la relation. Les difficultés liées à la langue se situeraient à deux niveaux: dans le cadre de formations (pour comprendre le vocabulaire et les concepts utilisés) et dans la relation directe avec certains résidents (manière de s'exprimer et d'être en relation).







3 La multiculturalité comme ressource dans le travail au quotidien

Si la multiculturalité semble avant tout perçue comme porteuse de difficultés, les cadres interrogés lui attribuent aussi des qualités, notamment en termes de valeurs. Certains participants soulignent que les collaborateurs d'autres cultures ont parfois plus de respect pour les personnes âgées que les Suisses. Dans ces cultures différentes, les enfants ont un devoir moral de respect et d'assistance envers leurs parents et leur famille, ce qui ne serait que rarement le cas chez nous. Ils éprouvent également une sorte d'amour envers leur prochain, ce qui influence positivement leur manière de travailler en EMS.

Cependant, de manière générale, la multiculturalité paraît surtout valorisée comme une ressource dans le secteur de l'animation. Elle y est vue comme une opportunité de partage et d'échanges. Des animations socio-culturelles sont ainsi réalisées, dans le cadre desquelles tout collaborateur, quel que soit son secteur, peut faire connaître sa culture à ses collègues et aux résidents, soit à travers un repas, soit lors d'un après-midi d'animation collective centrée sur son pays.

4 En conclusion : les cadres et la multiculturalité

En conclusion, il apparaît que, pour les cadres interrogés, la multiculturalité constitue essentiellement une complication à leur travail de management et de gestion d'équipe, même si elle peut dans certains cas être porteuse de ressources. Il s'agit d'une donnée à maîtriser en amont, lors du recrutement, pour minimiser son impact sur le travail en équipe. Les problèmes et difficultés liés à la multiculturalité s'expriment principalement autour des questions de la communication et de la langue, ainsi que face à la fin de vie et à l'euthanasie. Les participants ont développé diverses stratégies pour y faire face.

Ce groupe, d'une tonalité très différente de celui des soignants par sa retenue émotionnelle, rend bien compte de la nécessité pour les cadres de « mener le bateau à bon port » malgré leurs interrogations personnelles sur la multiculturalité.

5 SYNTHÈSE

Sous couvert de l'accomplissement de la tâche quotidienne de tous les acteurs de l'EMS, se niche la multiculturalité avec ses atouts, ses obstacles, ses dilemmes. Il faut affirmer ici que ce problème est de tous les temps et qu'il recouvre les acteurs d'aires géographiques, historiques, religieuses et culturelles variés. Sans aller chercher en dehors de Suisse, l'Helvète moyen vit avec la diversité culturelle de ses Confédérés depuis des siècles.

Ce qui est nouveau, c'est que l'aire aux caractéristiques définies ci-dessus s'est considérablement élargie au point de s'identifier à quasi l'ensemble de la planète, même si les Européens, les Africains et les ressortissants du Moyen-Orient forment la majorité des acteurs concernés.

C'est dans un tourbillon de cultures, de croyances, de représentations diverses de la maladie et de la mort, et de la prise en charge de l'Aîné que se meuvent à journées faites les acteurs de l'EMS.

6 ENSEIGNEMENTS

- 1** La diversité des caractéristiques culturelles continue à jouer son rôle, mais aussi longtemps qu'elle ne désigne pas un individu particulier elle reste peu problématique. Dès que le dialogue singulier entre résident et son soignant s'installe, l'obstacle de la diversité culturelle s'atténue, voire disparaît. Il faut néanmoins admettre que la diversité culturelle, comme elle a été perçue dans notre pays jusque dans les années cinquante, peut générer de réelles difficultés relationnelles.
- 2** Les disparités religieuses ne sont pas vécues comme des facteurs de conflit pourvu que la croyance propre reste du domaine privé, sans prosélytisme aucun.
- 3** La *nationalité* et la *culture* qui lui est rattachée, peut générer des difficultés relationnelles par l'*histoire des peuples* et le ressentiment que peuvent laisser sur des dizaines d'années quelquefois, des massacres interethniques par exemple. Dans ce contexte, la très longue période de paix que connaît l'Europe occidentale et centrale et la disparition progressive des affres de la colonisation que la Suisse n'a elle-même pas connue jouent leur rôle.

4 La *langue*, vecteur de toutes les communications et des supports idéologiques, est apparue comme le principal point d'achoppement, car ne pas comprendre *l'autre* exclut automatiquement du champ social, donc de l'esprit d'équipe indispensable pour accomplir son travail en EMS. Ce problème touche aussi particulièrement le travail des cadres puisque ne pas le prendre en considération a une influence directe sur la réussite ou non de l'accomplissement de la mission de l'EMS. Il est dès lors essentiel d'appliquer la territorialité des langues que connaît notre pays dans les relations professionnelles, en n'oubliant pas que la langue française est très minoritaire en Suisse et que toute atteinte à sa territorialité peut déclencher un réflexe minoritaire identitaire en suisse romande. Le sujet est un tabou suisse typique mais le personnel des EMS, le comprend très rapidement et le fait savoir !

5 *Le recrutement et la gestion d'équipe rendent la tâche du cadre délicate.* Toujours à la merci du faux pas politiquement incorrect, devant faire face à des dispositions légales et réglementaires quelquefois grandement contradictoires, il peut vivre comme particulièrement compliqué de devoir gérer en prime les subtilités interethniques, culturelles et religieuses de son personnel. Cela va générer des mesures d'anticipation à l'embauche par exemple, par désir d'auto-protection de la *structure*, que limite un bassin de recrutement asséché par les nombreux acteurs qui l'exploite. La mission de l'EMS étant impérative, seul un pragmatisme né de son expérience lui permet de relever le défi du fonctionnement quotidien de son établissement.

6 La gestion de la fin de vie, des soins palliatifs, de l'assistance au suicide, de la *mort* et de son cérémonial reste, semble-t-il, le plus grand défi que la multiculturalité rencontre.

Parce qu'elle interpelle chacun au plus profond de sa destinée, parce que le cérémonial du «Passage» est si variable selon les croyances, il est très compliqué pour les soignants de la vivre et pour les cadres de l'organiser. Il semble que cela soit pourtant possible et nous avons rencontré un grand désir de tous les protagonistes de réussir à relever le défi. C'est dans ce domaine que la revendication à la formation est la plus forte et où l'esprit d'équipe semble être le plus essentiel. Ceci étant, ne nous leurrions pas: les croyances religieuses sont si fortes que certains soignants semblent être dans l'impossibilité d'accomplir leur devoir professionnel à cette occasion. Il y a là une vraie interrogation sur les mesures à prendre pour pallier cette difficulté fondamentale.

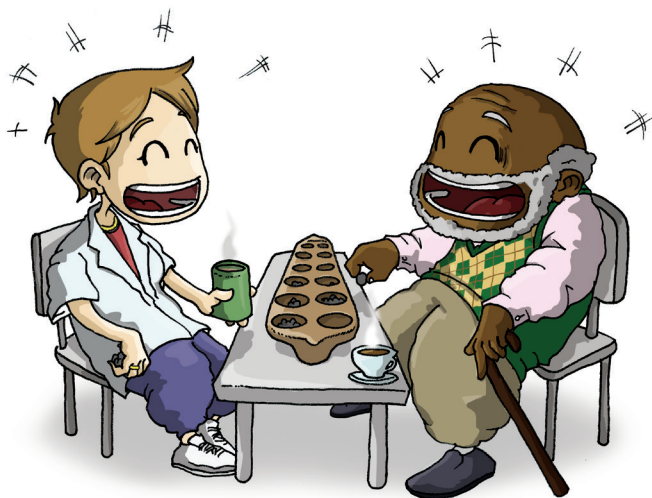
7 Fallait-il faire ce travail pour laisser apparaître ce qu'en filigrane et confusément les acteurs des EMS ne sachent déjà?

Il nous a semblé que faire le point sur la situation, même modestement, était nécessaire.

Nous irons même au-delà et pensons que l'étude de la multiculturalité et ses effets dans le monde des soins relève de l'appréciation permanente, car les acteurs changent et leurs composantes socio-culturelles, aussi vite que notre monde, se modifient.

Imaginons seulement un conflit européen comme notre continent n'en a que trop connu: sa répercussion serait immédiate et nous contraindrait peut être à revoir en urgence la cohabitation multiculturelle.

Sur des mécanismes connus et probablement immuables de comportement interhumains, se plaque une réalité multiculturelle en constante mutation obligeant les acteurs à réajuster constamment leurs comportements, les soignants avec leurs résidents, les cadres avec leur personnel.



Notes personnelles

avdems

AVDEMS Conseil d'éthique

conseil.ethique@avdems.ch
www.avdems.ch