

La culture soignante face à la culture des soignés maghrébins

À l'image de la société française républicaine et laïque, l'hôpital, service public, se doit d'offrir à tous une même qualité de soin et de traitement. Autrement dit, il est fondé sur un modèle biomédical universel et égalitaire. L'hôpital est également le reflet de la multiculturalité présente dans la société française. C'est un lieu où se côtoient de nombreux milieux sociaux et différentes cultures. Il n'est pas une institution isolée de la société française mais il reflète au contraire les tensions et les problèmes qui y sont présents (exclusion, violence...). Aussi, on constate que certains soignés et leurs familles sont souvent les objets de discours négatifs, de préjugés a priori.

In Objectif Soins n°90, novembre 2000, n° 91, décembre 2000 et n° 92, janvier 2001.

Les attitudes de certains patients accueillis dans les hôpitaux suscitent des sentiments d'étrangeté, de gêne, voire de peur ou d'agressivité (son corollaire), dès lors qu'ils remettent en cause leurs pratiques (para)médicales. Les écarts par rapport aux normes soignantes sont alors perçus comme déplacés, et engendrent souvent des réactions de défense professionnelle l'étiquetage négatif du soigné comme "mauvais malade", ou comme syndrome méditerranéen s'il est d'origine étrangère. En dépit d'idéaux relationnels, des sentiments de désarroi, voire d'invasion, sont souvent exprimés par les infirmières confrontées aux différences qu'elles perçoivent chez des patients d'origine maghrébine.

Comment et jusqu'où les infirmières peuvent-elles s'adapter aux différences, alors qu'elles sont aussi les dépositaires plus ou moins conscientes du modèle culturel biomédical français ?

Ce dernier est le vecteur de définitions de l'hygiène, de la maladie et du malade normalisées, à vocation universelles. Or, cette culture soignante ne va pas forcément de soi pour tous les soignés. La relation soigné-soignant est une rencontre d'au moins deux spécificités. Il est donc important d'appréhender tous les facteurs qui entrent en jeu dans les situations de soins, c'est-à-dire le point de vue du patient, mais aussi celui du soignant.

Des soignés se raccrochent parfois à des habitudes, des savoirs et des croyances qui leur sont familiers, et qui échappent en grande partie à la biomédecine.

Chez certains patients d'origine maghrébine, des pratiques liées à la famille, mais aussi aux soins du corps réapparaissent en situation d'hospitalisation (ces phénomènes de résistances culturelles sont bien connus des ethnologues). Ce sont des repères fondamentaux, intériorisés depuis la petite enfance (qui dépassent donc souvent les volontés individuelles), et qui leur servent de cadre ou de guide au quotidien, et particulièrement en situation de fragilisation à l'hôpital.

La plupart des incompréhensions entre les soignés et les soignants sont d'une part liées à des

langages (corporels) différenciés l'appréhension du propre et du sale, l'accompagnement du malade, les nosologies et étiologies des maladies loin d'être universels, sont construits culturellement. Cependant, elles sont d'autre part plus profondément liées à de mauvaises interprétations par les soignants de ce que sont a priori les intentions des soignés et des groupes auxquels ils appartiennent.

Aux yeux de beaucoup de professionnels de la santé, "être maghrébin" renvoie ainsi souvent à un statut négatif quasi inné.

Identités et vécus maghrébins dans toute leur complexité (notamment les conséquences du passage à une immigration de peuplement) ne sont toujours pas bien intégrés ni dans la mémoire collective nationale, ni en milieu institutionnels français. Dans ces conditions, il est important d'aller au-delà du simple constat de l'existence de différences culturelles chez certains patients, pour rétablir certaines distorsions, et travailler sur le regard que posent les professionnelles sur les Maghrébins, parallèlement à celui qui domine dans la société française, multiculturelle.

Quelles sont les images dominantes de "l'immigré", du "mauvais" écolier puis du "mauvais" malade en France ?

Quelles sont en fait les situations des personnes issues de l'immigration maghrébine en France ? À quoi correspond le syndrome méditerranéen, souvent prêté a priori aux Maghrébins ? Et par effet de miroir, quelles sont les habitudes - et les limites professionnelles - propres aux infirmières hospitalières françaises ?

Le passage d'une immigration de travail à une immigration de peuplement

La société française semble avoir découvert assez tardivement et brutalement les conséquences des aspects durables de l'immigration de peuplement. Les immigrés ont fait venir leur famille en France suite à une nouvelle politique de regroupement familial et à l'arrêt de l'immigration décidée par le gouvernement en 1974 (suite à l'installation de la crise économique). Les familles d'immigrés sont alors apparues d'autant plus soudainement dans les institutions et les structures de soins (hôpitaux, écoles, PMI...) que, d'après les représentations dominantes dans la société, "l'immigré" est resté un jeune homme, que l'on renvoie lorsqu'on n'en a plus besoin...

Le regroupement familial.

L'immigration maghrébine (1) s'est réalisée suite aux besoins de main d'œuvre de la France (reconstruction d'après-guerre et essor économique lors des trente glorieuses), après celle des migrants européens (Italiens, Polonais, Espagnols, Portugais). Elle a été perçue comme temporaire (rien n'était fait pour aider l'immigré à trouver sa place dans la société française). Au début des années 1970, le courant migratoire maghrébin a ensuite subi des mutations : on est passé d'une immigration passagère d'ouvriers (essentiellement masculine), à une immigration familiale durable (2). Du fait des difficultés à re-entrer en France en cas de retour au pays, le regroupement familial est ainsi devenu le premier motif d'arrivée des populations maghrébines en France, et non plus le travail (3).

Ce passage d'une immigration de travail à une immigration de peuplement a été celui d'une invisibilité sociale à une visibilité dans la société française. La population masculine dans les usines ou dans les mines ne dérangeait pas car elle restait dans "son monde", celui qui lui était imparti ; l'univers du travail, du café, du foyer-hôtel, voire du bidonville. Avec le regroupement familial, aux travailleurs célibataires "étrangers", moins visibles et donc mieux tolérés, ont succédé des femmes et des enfants, beaucoup moins "discrets": les familles maghrébines ont commencé à habiter dans les centres urbains et les banlieues. Elles sont entrées en contact direct avec la société française, au travers des écoles, des services d'état (mairies, hôpitaux, PMI...).

De la même façon, avec l'implantation familiale, les événements relevant de la vie privée comme les mariages, les naissances, les circoncisions et les rites religieux (célébration de l'Aïd avec le sacrifice du mouton) se font aussi en France. L'expression publique de l'Islam apparaît avec la revendication de lieux de culte (local de prière et mosquée, écoles coraniques) et de carrés musulmans dans les cimetières.

Des visions décalées

Ces visions décalées de l'autre ont encore de nombreuses conséquences en milieu institutionnel. Ainsi, par exemple, les immigrés maghrébins qui vieillissent désormais en France restent encore aux yeux de nombreux professionnels des étrangers, et non des retraités comme les autres. S'engagent alors souvent des dialogues de sourds Vous êtes de quelle origine ? Vous devez avoir hâte de revoir votre famille... Vous n'avez qu'à repartir chez vous... (assistante sociale).

Un hypothétique retour au pays

Or, il n'y a jamais eu de départ massif des immigrés de France, malgré les crises de l'emploi successives, le raidissement des politiques d'immigration ou les politiques d'incitation au retour (4). Sans évoquer le cas des réfugiés politiques ou des ressortissants de pays en état de guerre ou de crise économique qui ne peuvent retourner chez eux, beaucoup de migrants (en particulier les plus âgés) espèrent encore le faire ou ont tenté de le faire, mais cela s'est soldé par un échec. Souvent, la venue de la famille a favorisé l'enracinement en France les enfants issus de l'immigration maghrébine ont été ainsi scolarisés, favorisant une relative intégration dans de nouvelles catégories socioprofessionnelles (5).

Appartenir à un pays

Parfois, au bout de 20 ou 30 ans, les personnes âgées ont développé des amitiés, elles ont adopté des habitudes du pays d'accueil et se sentent (aussi) français, particulièrement si elles ont combattu pour la France comme se fut le cas pour les Maghrébins durant les première et seconde guerres mondiales. Elles n'ont plus les moyens économiques de repartir, ou n'ont pas réussi à se réadapter à leur société d'origine, qui a beaucoup changé depuis leur départ les pays d'où viennent les immigrés connaissent souvent de profonds changements, voire des bouleversements économiques, sociaux et donc aussi culturels. C'est le cas de la Tunisie, de l'Algérie et du Maroc.

Pour les plus âgés, les personnes de leurs générations sont décédées (contrairement aux immigrés, ils n'ont pas bénéficié des structures sanitaires et sociales de la France). Vieillir en France relève ainsi pour des personnes âgées maghrébines d'une nécessité médicale. La structure sanitaire et médicale du Maghreb est souvent insuffisante, notamment dans les zones extra urbaines, et les maisons de retraite quasi inexistantes (6). De plus la plupart d'entre eux étant d'origine rurale, l'isolement et l'éloignement du village natal empêchent toute possibilité de retour. Ils ne peuvent pas décemment revenir chez eux en situation de demandeurs ils sont au contraire de grands pourvoyeurs de mandats (comme le sont également et particulièrement les gens originaires d'Afrique Noire, du Portugal et de Turquie) pour faire vivre leur famille au sens large, contribuer au développement du pays, pour des projets personnels de retour (notamment pour avoir un toit pour la retraite, qui n'est pas pris en charge par l'État dans de nombreux pays).

Les femmes et les jeunes issus de l'immigration

Si les personnes âgées immigrées sont occultées dans le paysage français. Inversement, dans le contexte d'une résurgence des tentations xénophobes partout en Europe, l'immigré est devenu un enjeu politique.

Politique, médias et immigration

En France, les "Beurs" sont actuellement la cible de tous les discours médiatiques ("femme musulmane soumise à son mari", "familles étendues irresponsables", "menace islamiste", "délinquance juvénile"...). Une surenchère politique touche particulièrement les femmes et les jeunes, ce qui peut expliquer aussi les méfiances a priori de certains professionnels de la santé.

Quelques mises aux points sur des a priori très répandus

On a souvent, en Europe, une vision misérabiliste des femmes en pays d'Islam, à partir d'un discours utilisant essentiellement des caractéristiques négatives ou privatives (ce que les femmes "n'ont pas par rapport aux Occidentales"). Cette image est à relativiser. Si dans la religion orthodoxe, il existe une forme d'exclusion des femmes de certaines scènes de la vie publique et sociale, dans les cultures et dans l'islam populaires, les femmes occupent un champ spécifique et complémentaire à celui des hommes (les rapports de pouvoir sont plus complexes qu'ils n'y paraissent au premier abord). Ainsi dans les cultures populaires, les femmes ont au contraire une place importante dans les rites touchant au cycle de la vie (naissance, mariage, mort, mais aussi maladie).

De plus, comme de nombreuses autres femmes immigrées, la tendance chez les femmes maghrébines de première génération s'oriente vers une conformisation aux normes de la société française (réalisée à la deuxième génération) il y a de plus en plus de femmes maghrébines divorcées, séparées (situation similaire à celle des femmes françaises), le taux d'activités des femmes maghrébines a quadruplé en 20 ans passant de 8,4 % à 36,6 %. Enfin, la vie en France entraîne des modifications dans les comportements comme le contrôle et la réduction des naissances

selon le modèle occidental (le nombre d'enfant traditionnellement important, baisse, notamment pour la deuxième génération, avec l'usage de la contraception). La plupart des enfants d'immigrés maghrébins sont nés en France ils ne sont donc plus des "immigrés" au sens strict, et pour certains d'entre eux ayant acquis la nationalité française, ils ne sont plus des "étrangers" (7). De ce fait, leurs conduites et les stratégies des jeunes issus de l'immigration maghrébine empruntent plus encore aux deux registres celui de la société d'accueil (registre occidental) et celui de la société d'origine (normes traditionnelles maghrébines).

Cette négociation entre les différents registres est très sensible au niveau des rapports de sexe et de la gestion de la sexualité, domaines de la vie où l'influence culturelle est très forte. Dans les sociétés du Maghreb, le rapport sexuel avant mariage relève d'une inconduite sexuelle sanctionnée, jugée, très durement (8). Or, en France, certaines filles vont avoir une vie sexuelle hors mariage, mais elles auront aussi recours à l'hymenoplastie (reconstitution de l'hymen) avant le mariage par exemple, pour ne pas contrevenir publiquement à la morale du groupe et de la famille. Il arrive que l'une de ces relations débouche sur une grossesse non désirée et difficilement vivable pour une jeune fille célibataire. Alors le recours à l'IVG peut se faire même si, d'un point de vue religieux ou du point de vue du droit du pays d'origine, il est interdit (9). La jeune femme profite de la législation française en la matière et aussi des réseaux extra-maghrébins afin d'échapper au statut de fille mère et à l'éventuel regard ou pression du milieu d'origine. Enfin, on évoque beaucoup dans les médias le danger de l'islam radical (10). S'il existe, il est très minoritaire et à relativiser l'islam pratiqué en France est majoritairement vécu comme "une affaire personnelle", surtout par les jeunes. Seuls 4 % se rendent à la mosquée (moins que les fréquentations de l'église). De même les signes extérieurs d'un radicalisme musulman sont à nuancer. Ainsi, il existe une grande méprise au sujet du sens que l'on donne au voile ou "foulard islamique" lequel n'est pas le signe d'un retour au traditionalisme (11) ni à un extrémisme religieux, mais permet au contraire à la fille de négocier son espace vers la modernité. Garant d'une certaine caution morale, il lui permet de pouvoir avoir accès librement à l'extérieur.

L'affaire du "foulard islamique"

Dans les années 1989, l'affaire du voile islamique a défrayé la chronique et sporadiquement apparaissent des heurts quant à son port dans les établissements scolaires. Plus que le symbole visible de l'islam, le voile est perçu, dans la société française, comme celui là même de la soumission des femmes. Ce qui rend le débat très passionné et passionnel. Il existe différents voiles traditionnels maghrébins (haik, hijab, lizar, amelhaf) qui vont du simple foulard de tête à des drapés proche du pallium romain ou dissimulant tout le corps. Le tchador, d'origine iranienne, est la "tenue islamique" couvrant tête et corps. Le Hijab dit "foulard islamique" est différent du voile traditionnel de par son aspect et la façon de le porter (il couvre le front en enserrant le visage et tombe sur le dos, dissimulant tout cheveux) mais aussi dans sa fonction sociale recherchée.

Le port du voile actuel ne doit pas être pris comme un retour au port du voile ancien. Il ne marque pas un retour avec la tradition mais une rupture avec la culture parentale (12). Le voile traditionnel avait une fonction sociale d'identité de classe pour les aristocrates et d'identité urbaine pour les paysannes se rendant en ville (comme c'est encore le cas dans maints endroits du Maghreb). Il était ou est dans ce cas le symbole de distinction sociale. Le nouveau foulard, islamique, est le symbole d'unification dans lequel chaque musulmane islamiste peut se reconnaître indépendamment de son origine régionale ou sociale (13). Il est aussi une renégociation par rapport à l'entourage familial.

Le voile est le symbole d'une société islamique où les valeurs authentiques de l'islam seraient appliquées. Derrière le voile, il y a la recherche d'une société où les valeurs (malmenées dans la modernité) de la famille et des rôles masculin et féminin seraient préservés. Il semble permettre de négocier avec la modernité. Le port du hijab permet d'occuper l'espace extérieur mixte sans déroger à la structure traditionnelle de séparation des sexes. Garant d'une spiritualité et d'une moralité, il a valeur de protection extérieure : la femme voilée se sent plus respectée et circule sans difficulté dans l'espace extérieur. Elle échappe à la surveillance parentale ou maritale. Pour beaucoup de femmes portant le voile, celui-ci est libérateur bien qu'utilisé dans le cadre de conceptions traditionnelles sur le rôle de la femme et sur la perception du féminin et du masculin.

Une identité mixte

Ainsi, contrairement aux idées reçues, il n'y a pas chez les jeunes issus de l'immigration deux identités qui s'affronteraient en eux, expliquant leur malaise identitaire ou leur instabilité psychologique ou sociale : les jeunes générations sont porteuses d'une identité mixte (elles sont dépositaires de différentes langues, de différentes conceptions de la famille et des rapports humains) ni disqualifiant, ni enrichissante a priori. Cependant, comme pour tous les enfants, il peut leur être parfois difficile de construire leur identité dans un cadre familial lui-même confronté à des remodelages (14) et à des problèmes économiques parfois chroniques.

Rôle et place de la famille, dans la famille

Les conflits avec les parents peuvent revêtir des formes violentes. Lorsque ces derniers sont restés sur un respect outrancier des valeurs du groupe d'origine. Par exemple, il reste "normal" dans certains groupes du pourtour méditerranéen de réagir parfois violemment aux pratiques d'adultère, ou à la séduction de filles non mariées (pratiques de violences institutionnalisées, vendetta), ou encore d'imposer certains mariages. Ces conceptions de l'honneur collectif persistent en France, notamment dans les groupes d'immigrés nouvellement venus (dans certains groupes turcs et kurdes en France ou en Allemagne, il est toujours d'usage de retourner au pays pour se marier ou de faire venir l'époux ou l'épouse du pays d'origine) comme chez certaines familles maghrébines (15). Mais quels que soient leurs efforts pour rester fidèles à leur culture d'origine, les parents (voire les enfants) sont toujours plus ou moins en décalage avec ce qu'est devenue leur culture d'origine (qui évolue tout aussi rapidement). Des relations conflictuelles peuvent surgir lorsque les parents sont

restés dans des situations professionnelles humiliantes (cas de la première génération d'immigrés maghrébins) ou sont eux-mêmes déprimés.

Quelles que soient les origines culturelles, la dévalorisation outrancière de l'image parentale peut poser de gros problèmes lors de l'adolescence, surtout lorsque les jeunes doivent souvent assumer une partie des responsabilités parentales en jouant des rôles d'intermédiaires vis-à-vis de l'ensemble de la famille, notamment pour les devoirs scolaires (devoirs des frères et sœurs cadets...) ou les recours administratifs.

Resserrer les liens face à l'administration

Le langage administratif français est obscur, et les immigrés plus que les autres doivent remplir des formulaires, surmonter des difficultés accentuées par une maîtrise imparfaite du français, voire par des sentiments de méfiance inspirés par l'image qu'ils ont de l'administration dans leurs pays d'origine. Les enfants scolarisés, mais aussi des amis diplômés de la famille jouent alors souvent des rôles de "médiateurs-protecteurs" : ils partagent les mêmes références culturelles et linguistiques avec la famille et ont aussi un rapport privilégié avec la langue française, ou l'État Français (agents bancaires, fonctionnaires...).

Les cultures immigrées

À toutes les époques, les cultures immigrées sont, dans le cadre des sociétés d'accueil, des cultures dominées, dévalorisées et stigmatisées, souvent appréhendées de façon caricaturale.

La peur de l'autre

La société française dans son ensemble semble avoir oublié combien par exemple les Italiens, jugés désormais "les mieux intégrés" parmi les immigrés, ont fait aussi l'objet en leur temps d'incompréhensions, voire de rejets importants ("Macaroni", "rital"), et ce, malgré leur proximité culturelle avec les Français (langue, religion). Autrement dit, ce n'est pas avec les "Maghrébins", que commence à se poser réellement le problème de l'immigration.

Car on perçoit toujours la différence de façon négative, à partir de ses propres modèles sociaux culturels (ethnocentrisme). Face à la différence, le premier réflexe consiste à vouloir faire l'autre à son image : la bonne (soignante) antillaise est celle qui ne parle pas créole, qui raconte sa vie privée lors des pauses de travail ; la bonne métropolitaine est celle qui ne s'occupe pas des affaires des autres et qui sait prendre son temps... L'anthropologue sur des terrains "exotiques" est souvent considéré comme un être étrange, voire pas tout à fait comme un homme ("normal"), puisque par exemple, "il ne sait pas se laver et il mange n'importe quoi".

Le regard de l'autre

On prête généralement aux autres des superstitions enfantines ou d'un autre âge. Même si elles existent dans notre culture, on les perçoit plus volontiers ailleurs : on projette souvent chez les autres ce que l'on se refuse à voir chez soi ; ou plutôt, les croyances et les traditions étant pour la plupart inconscientes, implicites, on remarque celles des autres, et on ignore les siennes (16). À ce

Sujet, le regard que l'on porte sur les "immigrés maghrébins", d'apparences parfois si étranges, fonctionne comme un effet de loupe (17) les décalages culturels semblent plus apparents lorsqu'il s'agit de patients migrants, stigmatisés depuis longtemps dans la société occidentale (18).

Immigration et différence

Dans la représentation dominante en France, être immigré c'est en soi être différent, être étranger (étrange). "Le bon immigré" est celui qui nous ressemble, dont les rapports au corps, à la famille semblent les plus proches de nos propres codes culturels... Inversement, plus un individu est perçu comme différent et plus il est considéré comme "immigré", c'est-à-dire comme le représentant de sa culture ou de sa communauté d'origine, sans nuance. "La culture immigrée" est ainsi une sorte de "fourre-tout" regroupant tous les éléments qui nous font apparaître les immigrés comme différents, à partir de toute une série de signes extérieurs, "exotiques", folkloriques ou choquants (l'interdit de la viande de porc, le sacrifice du mouton, la circoncision...), dont on ne saisit pas la signification profonde, ni la cohérence. Et c'est seulement ça. Cette classification est une manière de les repérer, de les enfermer dans une identité immuable, dans une culture uniforme qui les déterminerait totalement.

À propos d'Islam et de Maghreb

Sous le terme de "Maghrébins", le sens commun et l'imaginaire collectif français englobent souvent à tort tous les Musulmans (19). Les Turcs, Arabes, Iraniens..., sont alors souvent assimilés aux "Maghrébins", bien qu'ils ne soient ni originaires de l'espace géographique du Maghreb (20), ni de même langue et de même culture. Les Maghrébins sont certes majoritairement musulmans (à plus de 99 %). L'Islam est l'une des trois religions monothéistes avec le Judaïsme et le Christianisme (elle fait partie des religions du Livre). Cette religion est fondée sur les paroles de Dieu révélées en langue arabe par l'intermédiaire de l'Archange Gabriel au Prophète des Musulmans, Mahomet, ou Muhammad, dernier des Prophètes reconnus. Ces paroles sont assemblées et reconstituées dans le Coran (Quran), livre sacré dicté à Muhammad, qui constitue l'une des deux sources fondamentales de l'Islam ; la deuxième est la tradition (Sunna), laquelle rapporte les paroles et actions du Prophète (appelées hadiths). Coran et Sunna fournissent d'une part les principes essentiels de l'idéologie religieuse, et d'autre part, ils offrent beaucoup de détails sur ce que doit être la vie quotidienne du Musulman dans le domaine temporel et spirituel, véritable guide du "savoir être" musulman (le modèle étant donné par Muhammad lui-même).

Être Musulman, c'est reconnaître l'unicité de Dieu et son prophète (en récitant la chahada "il n'y a de dieu que Dieu et Muhammad est son prophète") et respecter les cinq piliers de l'Islam (profession de foi, jeun ou Ramadan, les cinq prières, l'aumône ou zakat, pèlerinage à La Mecque). L'Islam maghrébin est pourtant particulier, notamment parce qu'on y pratique entre autre un Islam sunnite (21).

Cependant, les Maghrébins ne sont pas tous des musulmans (22) (il existe une petite communauté juive notamment en Tunisie), ni tous arabes. Les Berbères sont ainsi de langue et de culture différentes (que les États maghrébins ont longtemps ignoré, voir réprimé). Ils représentent ainsi 50 % de la population au Maroc, 30 % en Algérie. Pendant longtemps, c'est le bastion des Berbères qui a alimenté le courant migratoire en France (Kabyles d'Algérie, et surtout immigration chleuh du Sud Maroc notamment vers Gennevilliers). Historiquement, le Maghreb était berbère, cette population a ensuite subi des invasions diverses et la conquête et la domination des conquérants arabes (arabisation). Il existe en fait au Maghreb une grande hétérogénéité sociale et culturelle (23), visible dans la diversité des langues parlées. L'arabe classique est la langue religieuse (du culte). Or beaucoup de gens ne le comprennent ni ne le lisent. De même, l'arabe moderne est la langue administrative et universitaire. De plus, il existe des dialectes arabes et des variantes du berbère... Cette situation doit être prise en considération, lors de l'appel d'un interprète (même situation que chez des immigrés d'Afrique noire).

Islam et sacrifice du mouton

Un des temps forts de l'Islam, notamment pour la communauté musulmane en France, est le jeun du Ramadan suivi par la fête de l'Aïd Ikbir (24) appelée fête du mouton car à cette occasion on sacrifie un ovin mâle non castré (mouton, bélier ou agneau). Cette pratique est un devoir religieux dont sont exemptés les pauvres. Elle commence par une prière, puis a lieu le sacrifice du mouton et se finit par une petite fête familiale. Cette fête occasionne de nombreuses réactions négatives chaque année. On met en avant de cette manifestation religieuse l'égorgement. En effet il existe dans la culture française une sensibilité particulière devant les mises à mort. L'animal promis à la boucherie en France doit être tué à l'abattoir, par un personnel 'qualifié', de façon discrète, sans que l'abattage soit visible. Dans la culture française, il y a donc un lieu légal où l'effusion de sang est possible et où la mort de l'animal est permise et acceptable. La viande que l'on récupère ne doit en rien rappeler l'animal vivant. Cela se traduit notamment par le fait que la viande arrive sur les étales de boucherie sans rien qui rappelle son origine (elle est coupée, la peau est retirée), par tout un vocabulaire usant de métaphore végétale. Pour être consommable, l'animal de boucherie est assimilé à un végétal ou chosifié (Vialles, 1987) afin de lui retirer son côté "vivant". Dans ce contexte culturel, l'égorgement du mouton par le chef de famille apparaît comme "barbare", "déplacé", "cruel". Or dans la religion musulmane, l'animal destiné au sacrifice est "humanisé" car il est le substitut du fils d'Abraham. Ce sacrifice se fait en effet en commémoration du sacrifice d'Abraham auquel Dieu avait demandé en rêve de sacrifier son fils aîné, Ismaël (25). Alors qu'Abraham, ayant emmené son fils dans un endroit isolé, allait obéir à l'ordre divin, Dieu envoya l'ange Gabriel (Gibril). Celui-ci substitua un mouton au fils aîné du prophète Abraham. Ce mythe justifie le sacrifice du mouton et donne à celui-ci un statut particulier on doit l'engraisser et bien le traiter. Il est l'objet de soins et d'attentions multiples. Ainsi quand il a été choisi le mouton ne

pourra être vendu ni exploité et on aura soin de ne pas évoquer le jour de sa mort devant lui pour ne pas le peiner car il comprend tout. On le cajole, on lui met du henné... De plus les structures d'habitation au Maghreb font que l'animal, acheté plusieurs semaines avant l'Aïd, intègre réellement la famille.

En France comme en milieu urbain cela est rendu difficile. Le caractère religieux avec l'humanisation et la proximité de l'animal avec la famille disparaît quelque peu. Et le mouton tend à se réduire à une bête sacrificielle (l'animal acheté ne vit pas avec la famille) même si les recommandations de traitement sont suivies le prophète ayant interdit de martyriser un animal, on prend soin de ne pas faire souffrir l'animal avant et pendant le sacrifice (ainsi le couteau doit être bien aiguisé et ceci hors de la vue du mouton, ce qui pose problème à l'abattoir). Pour beaucoup de musulmans en France, une partie des rites sont tombés et l'animal ne passe la porte que sous forme de viande. Ils ne restent que les soins avant le sacrifice qui sont maintenus. Aussi, certains immigrés sont tentés d'amener au moins une nuit chez eux le mouton pour qu'ils puissent passer une nuit avec les enfants et qu'ils intègrent la famille avant le sacrifice. Devant cette philosophie du sacrifice et les pratiques des musulmans qui lui sont liées, on comprend leur désarroi face aux contestations et attaques qui ont lieu à l'occasion de cette fête et face à l'obligation par les autorités françaises de sacrifier à l'abattoir pour des questions sanitaires.

Stigmatisation de l'autre

Les phénomènes de stigmatisations de l'autre sont particulièrement visibles au sein d'institutions publiques (écoles et hôpitaux), vecteurs de normes dominantes dans la société française et d'un postulat culturel : "l'immigré qui est resté doit pouvoir s'assimiler et devenir français..."

Des "mauvais" écoliers aux "mauvais malades"

Si les enfants et petits enfants d'immigrés (maghrébins) sont davantage ancrés dans la société française que leurs parents et grands-parents, ils connaissent d'autres difficultés d'intégration. Les dimensions multiples de leur identité posent problème lorsque celle-ci est confrontée à une autorité dominatrice qui l'interdit au nom du modèle républicain unique et exclusif. Ou encore lorsque que "la culture des jeunes immigrés", loin d'être valorisée, est pensée uniquement comme une source de désagrément pour la population française.

Par exemple, le thème de la violence à l'école est actuellement très médiatisé et associé à l'image d'enfants d'origine étrangère, extérieurs aux établissements, mal éduqués et livrés à eux-mêmes dans les quartiers difficiles... Ces idées sont fortement nuancées et remises en cause par les conclusions du dernier rapport du ministère de l'éducation nationale (étude 1995-96, depuis l'école élémentaire jusqu'au lycée (26). Les problèmes de l'échec et de la violence scolaire semblent liés à de multiples facteurs, transcendant l'appartenance à une communauté culturelle : difficultés à suivre les devoirs des enfants de la part de parents sans bagages scolaires ou diplômes, problèmes de conditions de vie, équipes pédagogiques pas toujours formées à l'approche interculturelle...

Ainsi, sans nier les climats de violence, ce qui pose le plus problèmes aux enseignants (qui travaillent aussi dans des conditions difficiles) ce sont les transgressions de leurs codes de l'ordre, des bonnes manières par les élèves d'origine étrangère ("bruit", "saleté", "impolitesse"...). Les études démontrent qu'à ce sujet, ces derniers sont jugés et hiérarchisés a priori selon leur origine familiale ou leur lieu d'habitation. Selon les enseignants, la "démission", "l'irresponsabilité", "le laxisme parental" et "l'agressivité latente" (considérée comme innée) serait le fait des enfants "Maghrébins", mais plus encore celui des "Africains" et des "Gitans" (27)

Intéressant à souligner, les stigmatisations des jeunes issus de l'immigration émanent de personnes ou d'équipes pédagogiques qui ne sont pas particulièrement racistes ou cyniques. Mais certaines sont peu informées du vécu de leurs élèves (conditions de vie) et ne supportent pas les manquements à leurs règles, à leurs modèles du "bon élève", de la "bonne éducation", de la "bonne assimilation", et finalement à leur vision culturelle du monde (28) (d'autres professionnels, sensibilisés aux différences culturelles, ne parviennent plus à instaurer des règles de fonctionnements communes dans des classes où les enfants issus de l'immigration sont devenues majoritaires...).

Reste que ces stigmatisations mutuelles aggravent des réalités qui sont la conséquence de phénomènes qui semblent bien plus graves, car plus profonds : creusement des inégalités économiques et sociales, phénomènes de relégation urbaine et de discrimination à l'emploi... Prendre la mesure de ces problèmes de précarité qui touchent particulièrement les personnes issues de l'immigration (29) est une première étape pour changer son regard sur ces derniers.

À propos de précarité sociale

Être immigré maghrébin en France, c'est pour beaucoup vivre dans une précarité sociale et, comme d'autres populations défavorisées, souffrir de maux liés à la pauvreté. En dépit des évolutions, certaines femmes sont trop sous qualifiées ou n'ont pas de qualifications professionnelles pour accéder au marché du travail : elles ne parlent pas français, ont été peu scolarisées, n'ont jamais travaillé (ou ne doivent pas travailler). De façon générale, les immigrés maghrébins sont particulièrement victimes du chômage (30).

Ils sont majoritairement ouvriers, et occupent des secteurs d'activités qui sont les plus touchés par la crise. Les jeunes pâtiennent aussi de discrimination à l'embauche et au licenciement (31), produisant des sentiments d'injustice, diminuant leurs motivations et surtout leurs possibilités d'insertion dans la société française. La commission nationale consultative des droits de l'homme, rattachée à Matignon, a publié en avril 1999 un rapport sur la discrimination raciale dans le monde du travail : le taux de chômage (touchant 11,6 % des actifs) concerne 31,2 % des étrangers venant de pays hors union européenne dont 50 % des Maghrébins. Autre chiffre parlant: 42 % des jeunes de 22 à 29 ans dont les parents sont nés en Algérie n'ont pas de travail contre 11 % pour les Français de souche. La différence de niveau scolaire ne justifie pas pareil écart. Les diplômés ont les mêmes problèmes

discriminatoires (32).

Chez les jeunes grandissent donc le sentiment de vivre aux marges de la société (à l'image des banlieues où nombre d'entre eux résident). L'absence d'une volonté manifeste d'intégration (si tant est que l'on ait besoin d'intégrer des Français !) comme partie intégrante de la communauté française alimentent les crises identitaires. Les réponses extrêmes (violence mais aussi participation à des mouvements communautaires religieux ou bandes) sont alors souvent exacerbées par le phénomène "d'image retour" pour les médias, le jeune immigré est soit "voyou" soit "intégriste". S'opère alors souvent chez les jeunes une acceptation de l'imaginaire de l'autre (celui de la société française), car c'est la seule place laissée qu'ils peuvent occuper...

Intégration et intégration sociale

Le modèle d'intégration à la française n'entraîne pas de facto d'intégration sociale, provoquant finalement des sentiments d'insécurité parmi les immigrés mais également parmi leurs enfants. À cet égard, l'école ne fonctionne pas comme des institutions préservées par rapport au reste de la société elle reflète au contraire ses tensions (exclusion, violence...). Cependant, dans les représentations idéalisées, elle reste un "creuset idéal" : les élèves doivent "apprendre à apprendre" les codes, les valeurs dominantes de la société française laïque et Républicaine, et donc se conformer à certaines règles. La résistance de certains d'entre eux à ce schéma (que l'on croit normal ou classique), est alors souvent interprétée comme de la mauvaise volonté. La conception traditionnelle des droits de l'homme, en insistant sur l'égalité de tout individu, rend aussi difficile l'appréhension de la différence de l'autre (33). Ainsi, en France, on a tendance à refuser la persistance de la différence, et à la stigmatiser lorsqu'elle remet en cause les normes ou l'idéal d'assimilation "au creuset Français" (34).

On retrouve également à l'hôpital ces pratiques d'étiquetage des individus, qui peuvent avoir des conséquences négatives lors de la prise en charge de patients. L'hôpital, comme l'école, est en effet le lieu où se côtoient des personnes de milieux sociaux, de cultures diverses. Il est aussi un lieu de normalisation, d'adaptation obligée à un modèle biomédical dominant, dont sont imprégnés à des degrés divers ses représentants, en premier lieu les infirmières (35). Or, tout ce qui tourne autour du corps et des émotions sont des supports culturels majeurs, façonnés par chaque groupe.

Dans ces conditions, la remise en cause des pratiques de soins hospitalières par l'autre, l'étranger, suscite chez ces dernières des sentiments d'incompréhension, de peur, voir de rejet et de stigmatisation des soignés. Ce phénomène est particulièrement visible chez les infirmières. Elles sont des intermédiaires entre les discours, les logiques des médecins et celles de leurs patients, en contact prolongé avec la différence, la mort, la souffrance et l'urgence... Comprendre d'après quels modèles les classifications des Maghrébins sont construites à l'hôpital est un deuxième pas essentiel pour se distancier de ses propres réactions émotives.

Notes :

(1) L'immigration des Maghrébins - majoritairement rurale au début - remonte au début du siècle (ils sont alors "sujets" ou "protégés français", colonisés par la France). Elle n'a fait que s'affirmer au long des décennies suivantes, tout en évoluant: les Algériens furent les premiers et les plus nombreux à prendre le chemin de l'exil vers la France, avec quelques Marocains et Tunisiens. L'immigration marocaine s'est faite surtout dans les années 1970-80. Depuis 1990, elle a très nettement augmenté. Quant à l'immigration tunisienne, elle est toujours restée minime. Les Maghrébins représentent actuellement 29,3% des immigrés repartis comme suit: Algériens = 13,3%, Marocains = 11%, Tunisiens = 5% (INSEE 5997)

(2) S'il y a encore plus d'hommes que de femmes, le rééquilibrage est maintenant bien amorcé puisque l'on compte 48% de femmes.

(3) Les Maghrébins représentent 48% des personnes entrées en France par la procédure du regroupement familial, les Marocains étaient parmi eux les plus nombreux.

(4) En fait, les retours de la part des immigrés actifs dans leur pays d'origine sont souvent difficiles (poussée démographique, marché de l'emploi saturé), peu appréciés, surtout lorsqu'ils n'apportent qu'une faible contribution au développement du pays d'origine (taxis, petits artisans..) ; en la matière, quelles que soient les nationalités, les réussites restent exceptionnelles. De plus les politiques d'incitation au retour ont eu l'effet contraire car le retour étant définitif peu ont voulu s'y engager.

(5) Si l'on se penche sur la mobilité sociale, une partie de la population de seconde génération a quitté les usines pour investir majoritairement dans les emplois tertiaires (cols blancs) : 15% d'employés et 66,5% d'ouvriers dans les actifs Maghrébins.

(6) Les personnes âgées sont encore à la charge de leurs enfants, parents proches ou éloignés ou bien de leur entourage. Il n'est pas rare de voir au Maghreb des voisins se charger à tour de rôle d'une personne âgée sans famille. En règle générale dans la société traditionnelle, tant qu'elle est valide, la personne âgée occupe un statut social valorisé. On respecte et on reconnaît son expérience de vie, sa sagesse et son savoir. Dans ces conditions la vieillesse est perçue comme positive. Cependant, l'infirmité est encore comme dans les représentations traditionnelles jugée "honteuse" dans certains endroits du Maghreb. Aussi les personnes âgées infirmes sont confinées dans les maisons, cachés des regards.

(7) 85,5 % des enfants d'Algériens, 68,4 % des enfants de Marocains, 83,7 % des enfants de Tunisiens sont nés en France. (INSEE).

(8) Dans la société traditionnelle maghrébine, les rapports sexuels ne sont permis que dans le cadre licite du mariage. Il y a une séparation des sexes, un tabou de la virginité.

(9) Des différentes écoles de droit qui existent dans le monde musulman l'école malékite est la plus stricte en matière d'avortement. Puisqu'elle ne reconnaît qu'un seul cas où celui-ci peut s'appliquer dans le cadre thérapeutique quand la vie de la mère est en danger. Cette école religieuse et juridique a cours au Maghreb.

(10) J. Barou, Un danger islamiste existe-t-il en France ? Hommes et Migrations, 1183, Janvier 1995.

(11) Ce voile est tout à fait moderne puisque qu'il n'existe pas sous cette forme dans les sociétés traditionnelles maghrébines.

(12) Boucebcî Mahfoud, Filiation, identité et rôles sociaux dans un monde en changement, Peuples méditerranéens, n° 48, 1989.

(13) Leïla Hessini, Signification du voile au Maroc. Tradition, protestation ou libération, in Femmes, culture et société au Maghreb, 1996.

(14) Certaines notions qui nous sont familières comme le couple ou l'adolescence et qui nous apparaissent comme universelles, "naturelles" ne le sont pas car elles n'existent pas partout. Ces dernières sont nées avec l'immigration notamment pour les Maghrébins.

(15) Dans les arrangements traditionnels du mariage, on épousa préférentiellement au plus proche (cousin, parent du

même village). Au sein de l'immigration, le mariage ne peut plus suivre les mêmes tendances. Les alliances se font préférentiellement avec un musulman (une femme ne peut épouser qu'un musulman du point de vue religieux), puis un Maghrébin. De plus on observe que par rapport au modèle traditionnel ayant cours au Maghreb, même si le mariage avec une personne du même groupe (endogamie) reste majoritaire, le nombre de mariages mixtes et d'unions libres attestant de changements non négligeables.

(16) J. Pouillon, in Dictionnaire de l'ethnologie et de l'Anthropologie, PUF, Paris, 1991.

(17) Z. Kessia in ' Anthropologie et démarche de soins ', op.cit.

(18) Hommes et Migrations, 1183, janvier 1995.

(19) Sur les 900 millions de Musulmans dans le monde, seuls 1/10 sont Arabes (la majorité des Musulmans se trouvent en Asie).

(20) Les géographes regroupent sous le terme Maghreb ou Afrique du Nord un ensemble de pays limité à l'ouest par l'Atlantique, à l'est par l'Egypte, au nord par la Méditerranée et au sud par le Sahara. Le Maghreb c'est : l'Algérie, la Maroc, la Tunisie et le Sahara.

(21) Dans tous les pays du monde, on ne trouve pas la même pratique de l'islam, perçu pourtant de l'extérieur comme une religion unitaire. En fait, deux courants majoritaires existent: le courant sunnite (sunnisme) et le courant chiite (chiisme). Les deux partagent un fond commun qui est celui du Quran, mais ils se sont séparés historiquement sur des dissensions quant au successeur et représentant sur terre (calife de Muhammad). Suite à ce déchirement, plusieurs dogmes sont apparus. Le chiisme correspond au courant religieux des partisans d'Ali (gendre du Prophète et époux de sa fille Fatima) et de ses descendants. Il s'est différencié du courant musulman originaire et il est actuellement bien représenté en Iran, en Inde. Le sunnisme correspond quant à lui au courant orthodoxe, traditionnel qui suit la Tradition (sunna). Contrairement au chiisme où il y a un clergé centralisé et hiérarchisé (mollah...), il est sans clergé (l'imam n'est que celui qui dirige la prière). Enfin, l'Islam sunnite est majoritaire dans le monde.

(22) De la même façon, il convient de dire que tous les Arabes ne sont pas des Musulmans.

(23) En règle générale, derrière les identités nationales au Maghreb se cachent plusieurs héritages : arabe, berbère, musulman, mais aussi ceux des cultures noire-africaines (par échange de proximité et avec l'esclavage) et ceux des différentes colonisations (et donc variants selon le pays). Le Maghreb est aussi riche de nombreuses cultures populaires, qui puisent leur originalité dans un régionalisme culturel (cette pluralité des cultures est due à la diversité des groupes ethniques en présence sur le sol maghrébin) malgré de grands traits structurels qu'elles partagent. Ces cultures locales sont, elles aussi, multiples et se mélangent à la tradition arabo-musulmane. Elles sont toujours à la source de croyances et de rites anciens, concernant notamment les grands événements de la vie (rites de passage), mais aussi les fêtes saisonnières, les célébrations communautaires (à l'occasion de catastrophes naturelles, de vénération des saints, des ancêtres mais aussi à l'occasion des maladies).

(24) L'aïd el kedir i.e. la "grande fête" se nomme aussi "aïd el Adha" (fête du sacrifice).

(25) Dans la tradition judéo-chrétienne c'est Isaac, le fils que Dieu demande à Abraham de sacrifier. Ismael est le fils d'Abraham et de sa servante égyptienne Hagar. Ismaël est l'ancêtre des Arabes et Isaac est celui des Juifs.

(26) E. Debbardieux, 'Violence et ethnisations dans l'école française', Hommes et migrations, n° 1201, 1985. Zemoulou Z, Projets migratoires et réussite scolaire, Migrant formation, 1985 n° 62. Ces revues, ainsi qu'Interculture font paraître régulièrement des articles synthétisant des études en sciences humaines à propos des différents groupes culturels, mais aussi des représentations qu'ils suscitent.

(27) Pour aller plus loin et nuancer ces constats : C. Camilleri, les effets de la culture en milieux scolaires culturellement diversifiés ' et J.C. Durant, ' les élèves d'origine asiatique, maghrébine et tzigane vus par le maître, Interculture, n° 18, Juillet 1992 et n° 14, Juillet 1991

(28) D. Fassin, 'exclusion, underclass, marginalidad', Revue française de sociologie, n° 37, 1996.

(29) Voir Migrations santé, 1995, n° 1187 sur travail, inégalités et discriminations

- (30) Chez les étrangers, le chômage est deux fois plus élevé que chez les Français et chez les Maghrébins et Turcs, 2 fois plus élevé que chez les Portugais ou les Espagnols.
- (31) Enquête de l'inspection générale des affaires sociales de 1992, l'insertion des jeunes immigrés dans l'entreprise.
- (32) M. Tribalat, La réussite au bac des jeunes d'origine étrangère, Hommes et migrations, n° 1201
- (33) N. Rouand, Identités en question, Le Monde Diplomatique, n° 522, Septembre 1997.
- (34) Pourtant certaines avancées sociales doivent être relevées comme celle du droit d'association, apparue dans les années 80.
- (35) Leur corps fut historiquement créé par les médecins. Pour une première approche : J. Saliba et al, 1993.

Qu 'est-ce que le syndrome méditerranéen?

“Le mauvais malade” est d’abord l’étranger à nos (bonnes) normes et habitudes de soins. Le syndrome méditerranéen (ou syndrome Nord-Africain), souvent prêté dans les hôpitaux aux patients d’origine maghrébine, n’est donc pas un phénomène pathologique dont seraient porteurs de façon innée les patients d’origine latine, mais une construction culturelle complexe.

Migration et santé

Le syndrome méditerranéen décrit des réactions somatiques et des malaises ressentis par certains patients (remplacement d’un symptôme par un autre, plaintes multiples, maux diffus, volubilité anxieuse, état de prostration, sentiments de persécution, crise de nerfs, paranoïa, hystérie...). Ces derniers peuvent être rapportés à leurs difficultés d’adaptation au système de soins hospitalier français, et plus globalement à la complexité de leur situation de migrants. Ainsi, sous forme de sinistrose, ce syndrome est l’expression même de la condition de l’immigré en France, dont le capital (santé et économique) est fondé sur la force de travail. La maladie, en anéantissant les dimensions de son “corps machine”, brise aussi son statut et sa raison d’être en France.

De façon plus générale, émigrer, puis immigrer expose à de nombreuses situations de fragilité économique, source de stress, de vieillissement précoce, de pathologies professionnelles et d’accidents du travail. L’émigration-immigration est aussi un repositionnement plus ou moins heureux dans la société d’origine, puis dans la société d’accueil (encadré 1). Schématiquement, ce n’est qu’après le départ du père que la mère, les enfants, les adolescents et les grands parents sont venus le rejoindre, après des périodes de séparation parfois longues (le plus souvent de plusieurs années chez les Maghrébins). Ces membres de la famille subissent donc souvent la décision d’immigrer. Ils peuvent en conséquence être davantage fragilisés (encadré 2).

Immigrer, c’est ensuite réussir à s’adapter à d’autres normes culturelles. L’adaptation est alors fonction de multiples facteurs : génération, origine géographique, statut social et structures familiales d’origine des migrants, compétences linguistiques, niveaux de scolarité et de qualification, mais aussi ressources personnelles, date, motifs et conditions d’arrivées en France, ancienneté ou nouveauté du courant migratoire, présence ou absence des familles des migrants et/ou de réseaux associatifs...

Ces paramètres d’histoire personnelle sont importants dans une approche nuancée de patients maghrébins ou d’autres origines.

L’immigré, selon ses bagages, s’engage dans des processus souvent très usants et très longs de déconstruction, de réinterprétation, et de recréation d’identités qui peuvent ne pas aboutir, surtout s’il existe une dévalorisation affichée du statut d’immigré dans la société d’accueil. Le risque

majeur est de ne pas réussir à retrouver les conditions de l'estime de soi et de son groupe d'origine (perte de confiance en soi, attitudes de retrait plus ou moins volontaires, ou au contraire réactions d'agressivité, sensibilités mises à vif...).

1- L'exil: el ghorba

Au Maghreb, émigrer, c'est s'exiler. L'exil peut être valorisant, car il renvoie à celui du Prophète (quant il a été chassé de La Mecque: en arabe, hijra, l'hégire) et à ceux qui l'ont suivi (les "Muhajrun"). De plus, la migration correspond à une promotion sociale. Cependant, l'émigration-immigration: ghorba, qui signifie le couchant, l'ouest (l'Occident), est aussi synonyme de la mort et des ténèbres. C'est une "petite mort". Aghrib, l'exilé-mmigré, est aussi l'égaré Ghorba est équivalent de "peine" autant que d'"éloignement" et de "travail". Et la migration s'accompagne d'un devoir de réussir: l'apparence doit être sauvegardée à chaque retour (au travers de dépenses, des cadeaux souvent dispendieux). Il faut souvent cacher à ses proches ses problèmes économiques (périodes de chômage).

Il convient alors de ne pas sous-estimer l'importance des intermédiaires en situation de soins : les proches de l'hospitalisé, mais aussi des responsables d'associations culturelles. Dans de nombreux groupes culturels, l'ensemble de ces personnes interviennent normalement à la fois pour faciliter les démarches administratives (hospitalières), les traductions, mais elles sont aussi susceptibles d'avoir un rôle d'accompagnement des individus, lors de problèmes familiaux (aux côtés des assistantes sociales, psychologues...), ou de problèmes de santé (aux côtés des médecins, infirmières...).

Bons et mauvais malades

Pour l'anthropologue, le syndrome méditerranéen renvoie aussi à d'autres façons de vivre son corps, ses émotions et sa maladie. Si le corps biologique est universel, il est en effet vécu, pensé, et donc traité différemment selon les cultures. Autrement dit, le médecin, ou l'infirmière, sont certes les détenteurs d'un savoir officiel dominant (ayant ses propres spécificités et légitimités) sur le corps, les émotions et la maladie. Mais ce savoir n'est qu'un parmi d'autres. Le syndrome méditerranéen est alors le reflet des perceptions négatives de la différence par les professionnels, par opposition à leurs modèles culturellement orientés "du bon malade" dans les hôpitaux français.

Les expressions de la douleur

Les "bons malades", compte tenu du modèle de soins dominant en France, sont discrets: ils affrontent courageusement et seuls leur maladie. Par opposition, les personnes atteintes du syndrome méditerranéen sont d'abord celles qui continuent à exprimer bruyamment un mal-être,

une angoisse ou des douleurs (surtout lorsqu'elles sont accompagnées de leurs familles), en dépit des interventions répétées du personnel. Leurs états sont alors souvent interprétés comme autant de signes de "douilleterie", "simulation", "faiblesse", "exigence", "égoïsme"... responsables de l'aggravation de leurs maux.

2 - Personnes âgées: Vieillesse et hospitalisation

L'hospitalisation en moyen séjour en France, suite à un accident ou à une maladie, touche généralement des migrants maghrébins mariés. Cette catégorie de personnes âgées ne reste à l'hôpital que le temps de la guérison, avant d'être ramenées chez elles, dans leurs familles. Le problème qui se pose alors est celui de la qualité des soins à domicile et celui des logements (précarité et surpeuplement). Si de nombreuses personnes âgées maghrébines vivent chez elles de façon permanente ou temporaire», d'autres vivent encore moins bien dans des foyers de travailleurs (pas ou peu adaptés à leur âge et à leur handicap) ou dans des hôtels meublés inconfortables, habitation qu'elles partagent généralement avec plusieurs autres colocataires. D'autres problèmes touchent alors ces personnes célibataires et/ou isolées socialement bien souvent les ponts ont été coupés avec le temps avec la famille proche restée dans le pays d'origine, et une désadaptation par rapport au pays d'origine est apparue. La sociabilité s'est tournée presque exclusivement vers la France ou vers un groupe de colocataires, immigrés, maghrébins (et seuls comme eux). La situation des personnes âgées migrantes, bien que minoritaire, est tout aussi difficile. Elles ont immigré âgées en France pour accompagner ou rejoindre leur famille (généralement, ce sont leurs enfants, bien insérés dans la société française, qui les ont fait venir soit parce qu'elles étaient isolées et dépendantes au pays d'origine, soit pour leur faire profiter d'un mieux-vivre en France). Elles présentent, une fois arrivées, de grandes difficultés d'adaptation (elles n'ont aucun repère, ne parlent pas la langue française) et les relations avec la famille peuvent être catastrophiques (difficultés d'adaptation avec le mode de vie en France, avec l'épouse et les enfants...). On retrouve certaines d'entre elles placées dans les maisons de retraite, de repos, souffrant d'un syndrome de "glissement", de régression. Vieillir en France, c'est aussi risquer d'y mourir immigré, et cela pose des problèmes d'ordre juridique, éthique voire pratique.

Le modèle valorisé dans la société française est en effet celui du contrôle du corps et de la maîtrise de soi. Et la culture hospitalière s'inscrit dans cet ensemble culturel judéo-chrétien, pour lequel la douleur est salvatrice, rachète les péchés et, en tant que telle, doit être supportée. Dans l'Islam, la douleur n'a pas de valeur rédemptrice. Elle existe par la volonté de Dieu pour tester la foi des croyants sans que cela doive tourner au dolorisme car Dieu qui a créé le mal et la douleur a aussi créé le remède qu'il convient à l'homme de trouver. Par conséquent, la douleur peut se dire et être soulagée.

A l'instar de certains autres groupes (comme les Asiatiques), les Maghrébins insistent généralement davantage sur leurs symptômes physiques, et moins sur des plaintes existentielles (sentiments de découragement, de solitude..., ce qui peut rendre par exemple complexes les diagnostics de dépression. Au Maghreb, plus précisément, le corps est le support de l'expression de la douleur, et les souffrances physiques ainsi que leurs expressions ne sont pas honteuses (encadré 3).

Le passage du jugement négatif de la différence à la reconnaissance de ces expressions différenciées des émotions est alors important pour mieux appréhender les patients d'origine maghrébine, particulièrement lors des grands passages (naissance, mort) (encadré 4).

Les règles de savoir-vivre

Les "bons malades" respectent le personnel, "ils ne sont pas agressifs", "ils sont polis : ils ne parlent pas trop fort, ils vouvoient les infirmières". En France, l'attitude du soigné - comme du soignant - se doit d'être distanciée. À ce titre, le "mauvais" malade est aussi celui qui ne sait pas se tenir selon ces normes informelles : il ne permet pas au soignant de conserver une certaine neutralité émotionnelle, de se préserver derrière des discours souvent formels, techniques, voire parfois impersonnels. Pourtant, le tutoiement ou la tape dans le dos par exemple, ne sont pas à interpréter systématiquement comme des formes d'impolitesse, car pas plus que la douleur, le respect ou la politesse ne sont exprimés de la même façon selon les groupes... ce qui peut être à la base de nombreuses erreurs d'interprétation. Ainsi, dans certaines langues, il n'existe pas de forme de vouvoiement dans l'usage courant, c'est justement le cas de la langue arabe ou berbère (encadré 3).

3- Exprimer la douleur: Corps et émotions

Au Maghreb, comme dans d'autres pays méditerranéens (comme la Corse) mais aussi dans les cultures asiatiques, l'extériorisation de l'anxiété, de la détresse émotionnelle ou des problèmes relationnels sont tus, ils ne sont pas encouragés, canalisés par une expression somatique. Seule permise, elle libère l'anxiété et permet de façon codifiée, symbolique, de parler de ce qui ne peut se dire en mots (la somatisation est donc fondamentale dans les maladies mentales).

Se plaindre en public, faire état de douleurs corporelles ne posent pas de problème, mais exposer ses problèmes familiaux, psychologiques "ne se fait pas". Et quand la parole ne peut exprimer les maux et le malaise qui touche la personne, c'est le corps qui supplante le tabou linguistique, le non dit impossible à dépasser, sous peine de sanction sociale.

4- Femmes et Islam: A propos de maternité

Si l'on regarde de plus près ce qui touche à la maternité en France, il y a plusieurs points d'incompréhension qui peuvent être soulevés. Dans de nombreuses sociétés, la position d'accouchement traditionnelle n'est pas la lithotomie (position horizontale, minoritaire dans le monde) mais les trois positions verticales (assis, debout, à genoux). La position gynécologique peut

être perçue alors comme inconfortable (physiquement et psychologiquement) et indécente pour certaines femmes. De même l'entourage est presque partout féminin autour de la femme en couche et l'homme est exclu de cette "affaire de femmes".

Dans les sociétés traditionnelles maghrébines, la parturiente est au centre de l'attention pendant le temps de la naissance et dans les jours qui suivent. Perçue comme ayant "un pied dans sa tombe un autre sur terre", elle doit se ménager et restée allongée pour ne pas se "vider" et perdre ses forces. Il y a focalisation sur la mère; l'enfant jusqu'au 7^{ème} jour est considéré comme pas tout à fait humain et appartient encore à l'autre monde. L'enfant est considéré comme très exposé pendant cette période et il ne faut pas trop attirer l'attention sur lui faisant trop de louanges par exemple car cela pourrait lui attirer le malheur. La démonstration constante d'affection envers le bébé n'est pas partout répandue comme quelque chose de nécessaire; elle peut au contraire être dangereuse pour l'enfant. Cela se traduit par une apparente indifférence à l'enfant et un dispositif de protection magique (amulettes...).

5- Tradition: Le tutoiement

Au Maghreb, le tutoiement est de rigueur, et on tutoie même Dieu. Le recours au "tu" en français est pour les Maghrébins une traduction littérale. La distance sociale ou le respect s'expriment par d'autres phrases et codes gestuels. Ils sont fondés notamment sur des tabous linguistiques entre personnes de sexes opposées, et selon l'appartenance à sa classe d'âge. Devant son père ou son oncle paternel, certains mots ne peuvent être employés. Entre hommes, le tabou linguistique le plus connu concerne l'épouse: un homme ne demande pas des nouvelles de la femme d'un autre homme en la mentionnant par son prénom, mais on demandant "comment va la maison" par exemple (ce qui implique également les enfants). Agir autrement reviendrait à enfreindre les règles de la bienséance et de l'honneur. Ainsi, en consultation à l'hôpital, une gêne peut apparaître chez une femme en présence de son fils ou de son mari (particulièrement s'il est question de ses menstruations). Un sujet touchant aux fonctions reproductrices abordé en présence d'une fille et de son père entraînerait les mêmes gênes.

Plus précisément, selon les cultures et les groupes, il y a des choses à ne pas dire ou à dire autrement. Au Maghreb, compter revient à fixer, à arrêter le cours des choses. Aussi, donner les mesures ou le poids d'un enfant peut entraîner le risque symbolique de freiner sa croissance ou de fixer l'âge (et donc la mort) de ce dernier.

Selon la même logique, demander le nombre de ses enfants à une femme encore féconde risquerait d'arrêter ses maternités à venir. Dévoiler ses ressources, ses richesses (nombre d'enfants, mais aussi

revenus) peut être également considéré comme un acte dangereux (on s'expose à la jalousie des autres), ou jugé déplacé, impoli (pudeur, honte). Des hommes immigrés seront nécessairement discrets au sujet de leur travail, de leur situation économique surtout s'ils sont âgés, chômeurs et se sentent humiliés de ne pas pouvoir subvenir convenablement aux besoins de leurs proches (Maghreb, Turquie). Les obliger à parler, c'est risquer de remettre en cause publiquement leur statut même d'immigré, raviver des sentiments d'échec. Baisser les yeux peut être considéré dans nos sociétés comme un manque de politesse. Au Maghreb, cette attitude corporelle est au contraire synonyme de respect et non un manque de franchise (les maghrébins ne regardent pas dans les yeux) et elle entre dans la bonne éducation, liée aux notions de respect et de pudeur notamment chez une fille. Fixer du regard est signe d'agressivité ou de défi. La gestion du regard à beaucoup à voir notamment avec le sexe des personnes en présence, avec la notion de mauvais œil ('ain) très présente au Maghreb.

Enfin, en matière de cohabitation dans l'espace public, les différents groupes culturels ne tolèrent pas les mêmes distances entre les corps, les mêmes odeurs corporelles, les mêmes niveaux sonores. Globalement au Maghreb, on n'a pas encore entamé des processus de distanciation et d'effacement corporels (notamment par rapport aux odeurs), qui caractérisent notre société. Si la règle de la séparation des sexes prévaut (mise à distance très stricte des corps de sexe opposé), le toucher est très important entre personnes de même sexe ou avec les enfants. Il existe en effet aussi traditionnellement une promiscuité corporelle dans les familles (encadré 1).

Dans certaines situations, avant d'entamer des discussions et des négociations en matière de soins, il semble important de prendre le temps de laisser le patient exprimer ses émotions (mutisme, colère, pleurs) et sa version des faits à sa façon. Cela revient souvent à écouter les intermédiaires désignés par la famille du patient (ou à s'adresser à la personne qui a pris la parole en premier) - quitte à parler ensuite seul avec le patient - en gardant en mémoire que les questions des professionnels ne doivent pas être trop directes lorsqu'elles abordent des domaines relatifs à la fécondité ou à des registres matériels (dates de menstruation, nombre d'enfants, salaires...).

I - Corps: la distance.

Dans les familles maghrébines, les habitudes de contact corporel fluctuent selon les relations entre les personnes et leur âge. Les mises à distance corporelles s'opèrent notamment lorsque l'enfant (fille ou garçon) sort de l'enfance et devient un être sexué (il a intériorisé les règles de politesse et de bienséance: hachouma). Lorsque l'on peut envisager une sexualité légale (un mariage possible), la distanciation est de règle au sein des familles patrilinéaires.

Inversement, le toucher est permis quand cette dimension sexualisée est évacuée, ou n'a culturellement pas de réalité. Le contact corporel devient alors une communication normale (et non une atteinte à l'intégrité corporelle comme il est souvent perçu en France).

Le rapport entre les personnes est même fusionnel: il se donne déjà à voir dans la petite enfance entre les enfants et leur mère, mais aussi avec les autres membres de la famille et de l'entourage: on vit dans une même pièce, on mange dans le même plat... Dans la famille traditionnelle, il n'y a pas de pièces réservées au couple, la maisonnée est partagée entre tous les membres de la famille. Elle abrite généralement le père, la mère mais aussi les enfants mariés (avec leurs femmes et enfants), voir des oncles et tantes. Ce petit monde vit sous l'autorité du père et d'un aîné (patriarcat). Les lieux et les activités sont également structurés souvent selon le sexe et les classes d'âge.

Le propre et le sale

Dans les représentations occidentales, le sale est ce qui est ce qui est dérangé : selon certaines infirmières, lorsque toute la famille des patients étrangers débarque dans les chambres, “cela fait désordre” (le mobilier est bouleversé), “ce n'est pas bon”, “ce n'est pas propre”, “c'est sale”, “ce n'est pas très hygiénique...” Aussi, lorsque la chambre et l'ordre du mobilier du malade sont bousculés, une gêne peut s'installer du côté des soignants. “La conception” sale = désordre = non hygiénique = mauvais, est absente dans la culture maghrébine. Au contraire, dans le cadre de la famille, l'investissement de la chambre de l'hospitalisé renvoie à la place que doit occuper la famille: elle doit accompagner son malade (qui ne doit pas être seul). Dans ces conditions, la chambre du malade se transforme souvent en local collectif...

Au Maghreb, comme dans tous les pays de religion musulmane, les soins du corps sont très importants et un hadith déclare que « la propreté fait partie de la foi ». De plus, éloigner la souillure du corps permet de tenir le mal éloigné ou d'aider à retrouver la santé. La pureté du corps n'est pas liée à nos règles d'hygiène mais aux prescriptions coraniques et elle ne se confond pas avec la propreté. Les ablutions permettent de retrouver un corps pur. Dans la culture arabo-musulmane, l'eau occupe un champ de représentation particulière : elle doit s'écouler pour éloigner la saleté et permet de purifier le corps selon un rituel donné. Dans ces conditions, se laver dans une baignoire est un non sens pour beaucoup de Musulmans (la personne au sortir du bain est toujours considérée

comme sale).

En tant que soignante, il convient donc d'être aussi sensibilisée à l'existence de conceptions très diverses de la propreté et de saleté.

L'hygiène, dans son acception scientifique, n'est pas non plus l'unique fondement des habitudes alimentaires, liées à des images et à des stéréotypes culturels. Non seulement les aliments sont classés différemment selon les cultures, mais on leur prête des propriétés particulières.

Simple exemple à l'hôpital : un malade maghrébin nous est présenté par l'équipe du matin comme particulièrement récalcitrant. Il refuse de se laisser stimuler et de s'alimenter. «Il ne veut même plus parler il y met de la mauvaise volonté, affirme une infirmière, visiblement fatiguée. Pourtant, on a tout essayé! » Or, après lui avoir banalement proposé du pain, c'est le déclic. Cet aliment est visiblement pour lui un supplément de force (encadré 2).

2 - Alimentation: le symbolisme des aliments

Le pain répond à des besoins essentiels, à l'image de ce qu'il symbolise dans la culture maghrébine: "il fortifie", comme toutes les céréales; "il est béni", comme le lait ou le miel. Le sel a aussi une valeur symbolique très forte dans cette culture. La nourriture sans sel est considérée être celle des jnun (génies) et elle n'est consommée qu'au cours de rituels religieux ou thérapeutiques, à des occasions précises. Le sel distingue la nourriture des hommes de celle de ses êtres invisibles (qui sont sensés le détester) et il lie les personnes entre elles. Aussi certaines personnes hospitalisées peuvent-elles être récalcitrantes lorsqu'il leur faut suivre un régime sans sel, surtout si elle se considère comme faible et malade. Plus généralement, dans tout le Maghreb, il existe une classification des aliments en licite et illicite. Comme les maladies, ils sont aussi repartis en chauds et froids (on retrouve cette classification dans la médecine hippocratique, laquelle correspond à une des composantes du système populaire médical maghrébin, mais aussi antillais). Aussi, certains aliments ne pourront être absorbés selon la maladie dont pense souffrir le patient: atteint d'une maladie chaude, il peut refuser un aliment jugé trop chaud.

Enfin, il existe au Maghreb des conduites rituelles en matière de nourriture. À toutes les étapes de la vie (naissance, fiançailles, mariage, mais aussi lors de la maladie), des dons et des circuits soudent les liens sociaux et les alliances entre familles et individus, car manger "C'est incorporer un peu de l'autre et donner un peu de soi", c'est établir un lien ou le renforcer. On retrouve donc ces pratiques à l'hôpital, en France ou au Maghreb.

Autrement dit, lors de programmes de rééducation nutritionnelle, l'alimentation doit être envisagée de façon globale, comme la maladie, car elle véhicule des représentations, des croyances, des valeurs symboliques et des normes particulières aux individus et aux groupes.

Conception de la santé et de la maladie

Dans les différentes sociétés, selon les groupes et les époques, il existe des conceptions particulières des soins (comment se laver, manger), mais aussi de la santé et de la maladie, souvent indépendantes du savoir biomédical. Dans nos sociétés dominées par la biomédecine, la maladie est souvent, par exemple, conçue comme une présence indésirable (virus, microbe...), entrée par infraction dans son corps, ou comme un excédent (cellules cancéreuses...), et qu'il convient d'anéantir et d'extirper³¹. Au contraire, dans d'autres groupes, la maladie peut être pensée comme l'absence de quelque chose, suite à une défaillance physique ou à la fin de la protection de l'individu (encadré 3).

3- Soins médicaux, soins familiaux

Au Maghreb, on a recours au système biomédical uniquement pour les "maladies de corps" ou "maladies de l'hôpital" (dont l'origine est une perturbation simple des organes), et lorsque la médecine familiale est insuffisante. Cependant, l'hôpital est un palliatif: il traite les effets de la maladie mais ne résout pas les causes (il ne soigne pas). En effet, dans les conceptions dominantes, toute maladie (même psychologique) est un trouble du corps. Mais elle peut également être la manifestation d'un mal dont l'origine est ailleurs (les sources du mal sont nombreuses: mauvais œil, sorcellerie, attaque de génies, malédiction ...). Dans ce cas, le malade a recours à certains spécialistes: voyants, saints guérisseurs (l'Islam maghrébin a en effet aussi la particularité de pratiquer le culte des Saints, appelé aussi Maraboutisme en France). En effet, seuls ces tradipraticiens sont à même de pouvoir lutter car contrairement au médecin, ils agissent sur les causes de la maladie, et ils sont les intercesseurs auprès de Dieu mais aussi auprès des génies. Dans le temps de l'immigration on a toujours recours à ces thérapeutes.

Ainsi, certains malades maghrébins hospitalisés en France se plaignent et préfèrent rester au lit non par "mauvaise volonté" (ou "douceillerie"), mais parce qu'ils doutent de leur force. Ils ont tendance à attendre des apports thérapeutiques (nourriture, médicaments, transfusion, petits plats de la famille...) et moins des traitements à visée soustractive (régime alimentaire, prise de sang, opération chirurgicale...). Ces soins biomédicaux semblent à leurs yeux d'avantage "les affaiblir" plus que les soigner. Dans ces conditions, certains "désobéissent" (ils ne suivent pas les traitements ou régimes, et suivent au contraire les prescriptions d'autres thérapeutes parallèlement à l'hospitalisation), et/ou certains expriment le désir de garder sur eux amulettes (ou autres objets à portée protectrice).

L'accompagnement des hospitalisés

Dans nos sociétés, l'individualisation et la médicalisation des rapports sociaux sont dominants : on juge déplacés l'aide, les conseils de la famille, en valorisant plutôt l'idéologie de la scientificité (les familles maghrébines sont "envahissantes", elles "veulent faire les soins à notre place"). En effet, en

France, les soins sont officiellement sous la responsabilité des professionnels médicaux, dépositaires du savoir exclusif en la matière, seuls animateurs officiels de la relation avec le malade. Au contraire, dans d'autres systèmes culturels, tout ce qui concerne les soins du corps relève encore de savoirs pluriels partagés d'abord au sein de la communauté (encadré 4).

4- Famille: l'entourage du malade

Au Maghreb, le savoir médicinal n'est pas seulement une affaire de spécialistes, la maladie est un événement qui mobilise d'abord toute la famille. La famille peut être assimilée à une véritable cellule thérapeutique de première instance. La mère est particulièrement responsable de la santé de ses enfants, mais l'ensemble des femmes maghrébines occupent traditionnellement une place privilégiée dans les soins. Comme dans les domaines de la mort et de la naissance, elles sont les médecins empiriques (elles possèdent un savoir sur le corps et sur les remèdes des maladies, savoir qu'elles partagent avec le médecin). Enfin, l'ensemble des proches du malade participe aussi activement aux premiers soins, tout en recherchant les causes de la maladie et donc des solutions thérapeutiques : la médecine populaire est en effet un élément de la vie quotidienne, partagé entre tous.

En cas de maladie, le médecin n'est ni le seul, ni le premier à être consulté. Il peut être considéré comme une personne ressource, dont on reconnaît les compétences pour traiter certaines maladies. Cependant, il est souvent consulté en parallèle avec d'autres thérapeutes, spécialisés dans le traitement d'autres maux (encadré 5).

Autrement dit, dans certains groupes les membres de la famille ainsi que les tradipraticiens interviennent normalement, activement dans les diagnostics et l'élaboration des traitements. C'est pourquoi leur présence auprès du patient peut se révéler de toute importance à l'hôpital. Ils sont souvent les seuls à pouvoir accompagner et dissiper l'angoisse du malade - tant son isolement et l'incompréhension des professionnels peuvent être néfaste pour certains d'entre eux - voire à induire un mieux être et à accélérer la guérison du patient.

Pour résumer, le fameux syndrome méditerranéen, souvent décrits chez les populations issues de l'immigration, serait donc finalement les conséquences de difficultés d'adaptation de soignés à la culture soignante hospitalière, voire le symptôme même de l'échec des relations soignants-soignés: «les malades exigeants sont parfois des malades que l'on a choqués, tout dépend de notre attitude et de ce qu'ils attendent de nous » (Infirmière en neurologie).

5 - Santé et maladie : Le déséquilibre interne

Une partie des représentations de la maladie et de la santé au Maghreb reposent sur la théorie des humeurs (héritée de la médecine hippocratique). Il faut maintenir un équilibre à l'intérieur du corps

entre ses différentes composantes, en fonction des âges, des événements de la vie (grossesse, menstruation...), et du climat (pas trop de chaud, ni d'exposition au froid...). La maladie est perçue comme un déséquilibre interne, provoqué par une effraction, suite à l'affaiblissement de l'enveloppe protectrice qu'est la peau, mais aussi suite à un déséquilibre de l'individu avec l'environnement, au sens large du terme: la famille, l'entourage de l'individu, mais aussi ses relations avec le monde invisible (les génies - jnun - sont des êtres invisibles habitant le sous-sol, l'eau, les coins obscurs et sales, jugés responsables de bien des maux et des maladies comme des paralysies, possessions... .

La maladie provoque l'ouverture du corps et y crée un espace vide. Les notions de "force", de "plein" et d'équilibre prévalent donc dans la définition de la santé. Elle renvoie surtout à un bien être social: il ne s'agit pas seulement de "bien vivre", mais aussi de "se sentir bien" (le signe de la santé est notamment l'embonpoint). Quand il y a déviation (par excès ou par défaut) par rapport à cet équilibre, la maladie apparaît avec ses signes: faiblesse, maigreur.

Conclusion : une démarche d'attention à l'autre

Face aux populations maghrébines, il vaut mieux être un "ignorant attentif" aux autres et à soi-même. Les capacités de certains soignés à se faire comprendre des soignants sont souvent limitées. Fragilisé par la maladie, mais aussi par des expériences migratoires spécifiques (ruptures psychologiques, précarités), les sentiments d'insécurité du patient peuvent être encore accentués au sein d'institution de soins en France, où la persistance de la différence est peu admise, voire très vite stigmatisée. Ainsi, à l'hôpital, les habitudes de certains immigrés maghrébins, opposées à celles des professionnels, font souvent du Maghrébin le symbole "d'une culture immigrée" et/ou "du mauvais malade". Les heurts se cristallisent sur les habitudes de partage des savoirs en matière de soins, d'alimentation et de toilettes spécifiques, de séparation des sexes et de promiscuité corporelle. Dans ces conditions, l'hospitalisation peut même devenir pour certains d'entre eux, peu habitués aux logiques de soins biomédicaux, une source d'angoisse supplémentaire, voire "une deuxième migration". Les expressions corporelles parfois assez spectaculaires décrites par le symptôme méditerranéen sont le reflet de ces souffrances multiples. Autrement dit, les problèmes relationnels en situation interculturelle sont souvent liés à des appréhensions caricaturales des autres, à partir de ses propres modèles culturels (ethnocentrisme). À ce sujet, l'exemple maghrébin suscite une réflexion plus globale sur les limites du modèle centré sur l'hôpital, et qui se veut à la fois universaliste et exclusif en matière de soins. L'hôpital est alors souvent un monde étranger pour le malade, lui-même étranger pour l'infirmière...