Thinking Africa

NOTE DE RECHERCHE

N° 217

« Nous voulons être soignés, mais nous voulons aussi garder notre dignité.

PATIENT HAOUSSA, EBOLOWA

OCTOBRE 2026

Santé et sociétés

Au-delà des barrières culturelles : une approche socio-infirmière pour des soins adaptés à la communauté Haoussa d'Ebolowa au Cameroun

Cameroun · Soins infirmiers et sociologie de la santé

Viviane Florence NDOE DIZA ZIM
Sirac Théophile NSANGOU

Les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que la responsabilité des auteurs.

© Tous droits réservés, Thinking Africa, 2026

Comment citer cette publication :
Viviane Florence Ndoe Diza Zim et Sirac Théophile Nsangou, « Au-delà des barrières culturelles : une approche socio-infirmière
pour des soins adaptés à la communauté Haoussa d'Ebolowa au Cameroun », *Note de recherche*, n° 217, Thinking Africa, octobre 2026.

Thinking Africa

Résumé

Cette étude explore l'impact des incompatibilités culturelles et religieuses sur la prise en soins infirmiers au sein de la communauté Haoussa d'Ebolowa. En s'appuyant sur une approche socio-infirmière, l'article met en évidence les défis majeurs tels que la pudeur, les rites traditionnels, les perceptions de la maladie et du genre, qui entravent l'accès à des soins de qualité. Les résultats soulignent une relation soignant-patient souvent conflictuelle et une méfiance envers les pratiques médicales modernes. En croisant les perspectives infirmières et sociologiques, l'article propose des pistes de réflexion et des stratégies pour une approche de soins plus adaptée et respectueuse des spécificités culturelles et religieuses.

MOTS-CLÉS

Soins infirmiers, communauté Haoussa, culture, religion, approche transculturelle, Ebolowa.

Auteurs

Viviane Florence NDOE DIZA ZIM est infirmière diplômée d'État de l'École des Sciences Médicales de Bissok-Ebolowa. Infirmière principale et titulaire d'un diplôme d'État de l'École des Sciences Médicales de Bissok-Ebolowa. Elle a rédigé cet ouvrage pour son mémoire de fin d'études, qui traite de l'incompatibilité de la culture et de la religion sur la prise en soins infirmiers au sein de la communauté Haoussa.

Sirac Théophile NSANGOU est doctorant en sociologie, ingénieur social et chargé de projet dans plusieurs organisations de la société civile (AJE, JEFEDE, Rowings Together). Sociologue et chargé de projets dans les ONG, qui a apporté son expertise en sciences sociales pour enrichir l'analyse du sujet.

Contacts : ndoeviviane@gmail.com · t.nsangou@yahoo.fr

Idées générales

1. **La culture comme déterminant majeur de la santé**. Le soin infirmier ne peut être efficace s'il ignore que la culture est le principal vecteur de perception du bien-être et de la maladie. Selon la théorie de **Madeleine Leininger (1991)**, la connaissance des spécificités culturelles est la première étape vers une prise en charge réussie.

2. **L'habitus de la pudeur et le respect du genre** La pudeur est un habitus au sens de **Pierre Bourdieu (1980)**, c'est-à-dire un système de dispositions durables qui dictent le rapport au corps. Pour la communauté Haoussa, le genre du soignant est crucial : le refus d'être examiné par une personne du sexe opposé est une protection de la dignité morale et religieuse.

3. **Le choc des rationalités et des modèles explicatifs.** Il existe une divergence fondamentale entre la rationalité biomédicale et la rationalité symbolique des patients. En suivant le concept d'**Arthur Kleinman (1980)**, les patients Haoussa possèdent leur propre "modèle explicatif" où la maladie est perçue comme un phénomène social ou spirituel plutôt que purement biologique.

4. **La biopolitique et la résistance au pouvoir médical.** Le système hospitalier exerce une forme de **biopolitique**, telle que décrite par **Michel Foucault (1976)**, en imposant des normes de contrôle sur les corps. La méfiance ou le silence des patients ne sont pas de l'ignorance, mais une forme de résistance contre un pouvoir perçu comme intrusif et irrespectueux de leurs valeurs.

5. **Le conflit de légitimité et le capital symbolique.** Les leaders religieux (imams, marabouts) détiennent un **capital symbolique** supérieur à celui du personnel médical au sein de la communauté. Le recours aux autorités spirituelles et aux rites traditionnels (talismans, prières) répond à une logique de confiance profonde qui entre souvent en concurrence avec l'autorité du savoir scientifique.

6. **Vers la sécurité culturelle et la négociation des Soins.** La solution réside dans le passage de la simple compétence à la **sécurité culturelle** prônée par **Irihapeti Ramsden (2002)**, garantissant que le patient ne se sente jamais jugé. Cela nécessite une "négociation culturelle" pour intégrer les rites non dangereux et co-construire une alliance thérapeutique respectueuse.

Problématique

Malgré l'évolution des techniques de soins et l'universalité des protocoles infirmiers, la prise en charge des patients de la communauté Haoussa d'Ebolowa reste marquée par des résistances, des incompréhensions et, dans certains cas, un renoncement aux soins. Le système hospitalier, fondé sur une rationalité biomédicale, exige une transparence du corps et une soumission aux procédures cliniques qui entrent souvent en contradiction directe avec les prescriptions religieuses et les normes culturelles locales.

Dès lors, la question centrale de cette recherche est la suivante :

> ***Comment l'incompatibilité entre les normes culturelles (fondées sur la pudeur et le genre) et religieuses (liées aux rites et aux modèles explicatifs de la maladie) de la communauté Haoussa influence-t-elle la qualité de la prise en charge infirmière et la relation soignant-patient à Ebolowa ?***

Articulations de la problématique

1. **Le conflit des pudeurs :** dans quelle mesure l'**habitus** de la pudeur, tel que défini par **Pierre Bourdieu (1980)**, limite-t-il l'accès au corps du patient par le personnel infirmier, notamment lorsque le genre du soignant ne correspond pas aux attentes culturelles ?
2. **Le choc des rationalités :** comment la biopolitique hospitalière, théorisée par **Michel Foucault (1976)**, est-elle perçue par une communauté qui privilégie un modèle de guérison spirituel et symbolique ?
3. **L'autorité des savoirs :** pourquoi le capital symbolique des leaders religieux et des marabouts supplante-t-il souvent l'autorité scientifique du personnel soignant dans les prises de décisions thérapeutiques ?
4. **La faille de la communication :** en l'absence de **soins transculturels** (**Madeleine Leininger, 1991**), comment l'incompréhension mutuelle des "modèles explicatifs" de la maladie (**Arthur Kleinman, 1980**) fragilise-t-elle l'alliance thérapeutique ?

Sommaire

CONTEXTE GÉNÉRAL : VERS UNE APPROCHE SOCIO-INFIRMIÈRE ET TRANSCULTURELLE 7

INTRODUCTION GÉNÉRALE 8

1. LE RÔLE CENTRAL DE LA PUDEUR DANS LA RELATION DE SOIN 9

1.1. Le genre du soignant et la préservation de l'intimité 9

1.2. Le manque de communication et la méfiance 9

1.3. L'impératif de la "Cultural-Congruence" 10

2. CONFLIT DE LÉGITIMITÉ : LES SOIGNANTS FACE AUX PRATIQUES RITUELLES ET RELIGIEUSES 11

2.1. Autorité parallèle : le recours aux leaders spirituels 11

2.2. Rites et résistance : quand les pratiques culturelles entravent le soin 11

2.3. Vers une négociation culturelle des rites 12

3. PERCEPTION DE LA MALADIE ET DE LA SANTÉ : ENTRE RATIONALITÉ BIOMÉDICALE ET INTERPRÉTATIONS CULTURELLE 12

3.1. La maladie comme phénomène social et spirituel : les "modèles explicatifs" en conflit 12

3.2. La primauté de la spiritualité dans le processus de guérison 13

3.3. Vers une compréhension mutuelle et des soins holistiques 14

4. REPENSER L'APPROCHE DES SOINS POUR LES COMMUNAUTÉS CULTURELLEMENT SENSIBLES 14

4.1. Former les soignants à la compétence et à la sécurité culturelle 15

4.2. Favoriser la médiation et la négociation culturelle 16

4.3. Adapter les pratiques cliniques aux réalités culturelles 16

CONCLUSION GÉNÉRALE 17

BIBLIOGRAPHIE 18

Contexte général : vers une approche socio-infirmière et transculturelle

Le système de santé moderne, bien qu'érigé sur des principes d'universalité et une rationalité biomédicale rigoureuse, se heurte de manière croissante aux réalités pluriculturelles des populations. Ce paradigme scientifique perçoit souvent le corps comme une entité biologique isolée, omettant que la prise en charge ne peut être pleinement efficace si elle fait abstraction des croyances et des racines culturelles du patient. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2007) rappelle d'ailleurs que la compétence culturelle est une condition sine qua non de la qualité des soins, insistant sur le respect des pratiques et des convictions des usagers. Ce constat est particulièrement frappant au sein de la communauté Haoussa d'Ebolowa, où les valeurs ancestrales et religieuses entrent fréquemment en collision avec les protocoles hospitaliers standards.

Cette confrontation peut être analysée comme un véritable « choc des rationalités » décrit par Marcel Mauss (1925), où la rationalité médicale fondée sur l'efficacité technique se heurte à une rationalité symbolique où la foi et les rituels sont prépondérants. La pudeur, par exemple, n'est pas un simple trait de caractère mais un *habitus* au sens de **Pierre Bourdieu (1980)**, c'est-à-dire un système de dispositions durables et incorporées qui dictent le rapport au corps et au genre. Lorsqu'un soignant ignore ces codes, notamment lors d'examens physiques impliquant des personnes de sexes opposés, il ne commet pas seulement une erreur technique ; il exerce ce que **Michel Foucault (1976)** nomme une forme de **biopolitique** : un pouvoir institutionnel intrusif sur le corps qui génère, en retour, une méfiance et une résistance légitime du patient.

Pour résoudre cette impasse, l'approche des **soins transculturels** de **Madeleine Leininger (1991)** propose de viser une « congruence culturelle » (*cultural-congruent*). Il ne s'agit plus d'imposer un modèle unique, mais de pratiquer la négociation culturelle en travaillant avec le patient pour adapter les pratiques traditionnelles sans sacrifier l'efficacité médicale. Cela implique de reconnaître les « modèles explicatifs » de la maladie théorisés par **Arthur Kleinman (1980)**, où le mal n'est pas seulement biologique mais peut être perçu comme une épreuve spirituelle ou sociale.

En intégrant des leaders communautaires (imams, marabouts) qui possèdent un capital symbolique fort, et en adaptant les pratiques cliniques par la préservation de l'intimité ou l'aménagement d'espaces de prière, le soignant passe de la simple compétence à la **sécurité culturelle**. Ce concept, tel que promu par **Irihapeti Ramsden (2002)**, exige que le patient ne se sente jamais jugé ou humilié en raison de son identité au sein de la relation de soin. En définitive, la guérison doit être envisagée de manière holistique, unissant la technicité médicale

au respect profond de l'intégralité de la personne pour restaurer une alliance thérapeutique durable.

Introduction générale

Le système de santé moderne, fondé sur des principes d'universalité et de rationalité biomédicale, rencontre de plus en plus d'obstacles lorsqu'il se confronte aux réalités culturelles, sociales et religieuses des populations. L'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** a d'ailleurs souligné à plusieurs reprises l'importance de la compétence culturelle dans la pratique des soins, insistant sur le fait qu'une prise en charge ne peut être efficace si elle ne respecte pas les croyances et les pratiques des patients (**OMS, 2007**)[1]. Ce constat est particulièrement pertinent dans des contextes de diversité culturelle, comme celui de la communauté Haoussa d'Ebolowa.

Dans cette communauté, les valeurs et les pratiques ancestrales liées à la santé, à la maladie et au corps entrent souvent en conflit avec les protocoles standard des soins infirmiers. La **pudeur**, par exemple, considérée comme une valeur cardinale, peut conduire à un refus de soins ou à une méfiance envers les soignants de sexe opposé. De même, les **rites traditionnels** et les croyances en des causes non biologiques de la maladie peuvent coexister avec, voire se substituer à, la médecine moderne. Cet article propose une analyse interdisciplinaire de ces enjeux, croisant les regards de la pratique infirmière et de la sociologie de la santé. En s'appuyant sur les travaux pionniers de Madeleine Leininger[2] sur les soins transculturels, nous explorons les tensions et les dynamiques de la relation soignant-patient. La perspective sociologique, quant à elle, enrichit cette approche en analysant les représentations sociales de la maladie et de la santé. Les travaux de Michel Foucault[3] sur la biopolitique nous permettent d'interroger la manière dont les institutions de santé exercent un pouvoir sur les corps, tandis que le concept d'habitus de Pierre Bourdieu[4] éclaire la façon dont les individus incorporent et reproduisent des schémas de pensée et d'action liés à leur environnement social, expliquant ainsi les résistances et les incompréhensions culturelles face au personnel soignant. Face à ce constat, nous posons la question de recherche suivante : Comment l'incompatibilité entre les normes culturelles et religieuses de la communauté Haoussa et les pratiques infirmières influence-t-elle la prise en charge des patients à Ebolowa ? Cette interrogation nous amène à formuler l'hypothèse suivante : L'incompatibilité culturelle et religieuse, en particulier sur les questions de pudeur et de rites, est un facteur significatif de la méfiance et du refus de soins chez les patients Haoussa, nécessitant une adaptation des pratiques infirmières. Pour répondre à cette question, cet article est structuré en plusieurs sec-

1. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2007). *Déclaration de l'OMS sur la promotion de la diversité et l'égalité dans le secteur de la santé*. Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé.
2. Madeleine Leininger est l'infirmière théoricienne qui a développé la théorie des soins transculturels. Ses travaux majeurs incluent le livre *Cultural Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing* (1991).
3. Michel Foucault a développé le concept de biopolitique pour analyser les formes de pouvoir exercées sur la vie et le corps. Ses ouvrages, notamment *Naissance de la clinique* (1963) et la série *Histoire de la sexualité* (1976-1984), explorent comment la médecine est devenue un instrument de contrôle social.
4. Sociologue français, Pierre Bourdieu (1930-2002) a développé le concept d'habitus dans des ouvrages tels que *La Distinction* (1979). L'habitus est un système de dispositions durables qui sont des schémas de perception, de pensée et d'action intériorisés par les individus, et qui les orientent dans le monde social.

tions. Nous commencerons par présenter notre méthodologie, le cadre théorique et la zone d'étude. Par la suite, nous détaillerons les résultats de notre étude, mettant en évidence les points de friction sur la pudeur, les rites et la perception de la maladie. La discussion et les perspectives croiseront ensuite nos résultats avec les théories de Leininger, Foucault et Bourdieu pour analyser les implications de nos découvertes et proposer des pistes d'action pour des soins adaptés. Enfin, la conclusion résumera les principaux apports de l'étude et les recommandations pour une pratique infirmière plus respectueuse de la diversité culturelle.

1. Le rôle central de la pudeur dans la relation de soin

Cette section explore en profondeur comment la pudeur, perçue comme un pilier moral et religieux au sein de la communauté Haoussa, devient un enjeu critique dans l'interaction entre les patients et le personnel soignant. Les résultats de notre étude montrent que cette valeur, profondément enracinée dans l'habitus culturel (Bourdieu), influence directement l'adhésion aux soins et la communication, créant des défis majeurs pour les professionnels de santé.

1.1. Le genre du soignant et la préservation de l'intimité

La pudeur, en tant que norme sociale et religieuse fondamentale dans la culture Haoussa, est indissociable des rôles de genre. Elle est au cœur de l'**habitus** (**Bourdieu, 1980**), ce système de dispositions intériorisées qui guide les comportements. Les résultats de notre étude démontrent une préférence marquée des patients, en particulier des femmes, à être soignés par des personnes de même sexe afin de préserver leur dignité et leur intimité. Pour les femmes Haoussa, l'exposition du corps, même à des fins médicales, devant un homme autre que leur mari ou un proche est perçue comme une violation grave de la morale et des préceptes religieux. La simple idée d'une telle exposition peut générer un sentiment de honte, de malaise, et devenir un motif de refus catégorique de soins. Une patiente interviewée exprime cette profonde gêne avec clarté : *« Quand c'est un homme infirmier, je ne me sens pas à l'aise. Je me sens honteuse et j'ai envie de me cacher. Mon corps, c'est pour mon mari, il n'appartient à personne d'autre, pas même pour être regardé par un infirmier.* » (Patiente Haoussa, Ebolowa)

Ce refus n'est pas un caprice, mais l'expression d'un code moral et social. La valeur sacrée du corps, dictée par les enseignements de l'Islam et les traditions, entre en collision directe avec les protocoles infirmiers qui exigent l'examen physique du patient. Le non-respect de cette norme, même involontaire, est perçu comme une violation et un manque de respect, ce qui rend la collaboration impossible et érode la confiance.

1.2. Le manque de communication et la méfiance

L'incompréhension autour de la pudeur mène souvent à une rupture de la communication et à un fossé de confiance entre le soignant et le patient. Par peur d'une exposition physique ou d'un jugement, les patients peuvent s'abstenir de fournir des informations cruciales sur leurs symptômes ou leurs antécédents médicaux. Cette rétention d'information, qui peut être inter-

prétée par les soignants comme une mauvaise volonté, est en réalité une stratégie de protection de l'intégrité de la personne. Un infirmier, conscient de cette barrière, exprime sa frustration face à ce qu'il perçoit comme un mur de silence :

« Les patients Haoussa sont parfois très secrets. On ne sait pas ce qu'ils pensent, ce qu'ils cachent. Quand on veut les examiner, ils se ferment. C'est difficile de les aider quand on ne peut pas les toucher ou les faire parler. » (Soignant, Ebolowa)

Cette situation peut être analysée sous le prisme de la **biopolitique de Michel Foucault** (**Foucault, 1976**). Le système biomédical, par ses exigences d'examen et de contrôle des corps, exerce un pouvoir que les patients Haoussa perçoivent comme intrusif et incompatible avec leurs valeurs. Leur silence et leur réticence ne sont pas un simple refus d'être soigné, mais une forme de résistance contre un pouvoir qui ne respecte pas leurs normes culturelles.

1.3. L'impératif de la "Cultural-Congruence"

Les observations précédentes démontrent l'urgence d'adopter une approche de soins adaptée. Comme le postule **Madeleine Leininger** (**Leininger, 1991**) avec sa théorie des **soins transculturels**, l'efficacité des interventions ne peut être atteinte que si elles sont **culturalcongruentes**, c'est-à-dire en harmonie avec les valeurs culturelles du patient. La préservation de la pudeur n'est pas un obstacle, mais une condition essentielle pour que les soins soient acceptés et bénéfiques.

- **Le recours à la négociation et à l'adaptation :** Le soignant peut négocier des ajustements pratiques pour minimiser la gêne du patient. Par exemple, au lieu de demander une exposition complète du corps, il peut utiliser des draps pour ne découvrir que la zone nécessaire à l'examen. Une autre solution est de permettre la présence d'un membre de la famille de même sexe, agissant comme médiateur ou accompagnateur, pour rassurer le patient et faciliter la communication.
- **La communication respectueuse :** Il est crucial d'expliquer chaque étape de la procédure et son importance, tout en respectant l'espace du patient. Un langage simple et un ton rassurant peuvent faire une grande différence. Il ne s'agit pas de dicter une conduite, mais de co-construire une prise en charge acceptable pour les deux parties.
- **La reconnaissance de la dignité :** L'acte de reconnaître la pudeur et de faire l'effort de la respecter est un signe de considération qui peut reconstruire la confiance. Un patient illustre parfaitement ce point : « Nous voulons être soignés, mais nous voulons aussi garder notre dignité. Un soignant qui comprend notre pudeur, c'est comme un frère ou une sœur. On lui fait confiance et on l'écoute. » (Patient Haoussa, Ebolowa).

Cette citation met en évidence l'importance de l'empathie et de la compréhension culturelle pour construire une alliance thérapeutique solide. La section suivante explorera comment d'autres aspects, comme les rites et les croyances traditionnelles, compliquent également la relation de soin, renforçant l'argument en faveur d'une approche holistique et respectueuse.

2. Conflit de légitimité : les soignants face aux pratiques rituelles et religieuses

Au-delà des enjeux liés à la pudeur, les résultats de notre étude révèlent une tension profonde entre la médecine moderne et les systèmes de croyance traditionnels et religieux de la communauté Haoussa. Cette confrontation est un véritable conflit de légitimité, où le savoir scientifique des soignants se heurte à l'autorité des chefs religieux et des tradi-praticiens. Cette section explore cette dynamique en s'appuyant sur les concepts de Bourdieu et Foucault, démontrant comment ces pratiques peuvent devenir un obstacle à la prise en charge.

2.1. Autorité parallèle : le recours aux leaders spirituels

Dans la communauté Haoussa d'Ebolowa, la maladie n'est pas uniquement perçue comme un dysfonctionnement biologique, mais souvent comme une épreuve spirituelle ou une manifestation de forces invisibles. Cette perception confère une légitimité à des acteurs de soin qui échappent au champ médical occidental. Les résultats montrent que les patients se tournent fréquemment vers des imams ou des marabouts, perçus comme des intercesseurs entre Dieu et les hommes. Ces leaders détiennent un « capital symbolique » considérable au sens de Pierre Bourdieu (Bourdieu, 1980), car ils sont les gardiens des normes et des valeurs religieuses. Un soignant témoigne de cette difficulté :

« On a beau expliquer le traitement, les médicaments, l'hygiène… Si l'imam du quartier dit que le mal vient d'un mauvais esprit, le patient arrêtera le traitement. On n'a pas la même autorité, on n'est pas dans le même combat. » (Infirmier, Ebolowa)

Ce recours aux leaders religieux ne s'inscrit pas dans une logique d'ignorance, mais de confiance. Le patient s'oriente vers l'acteur qui détient la plus grande légitimité à ses yeux pour soigner le type de mal qu'il pense avoir. C'est un rapport de pouvoir dans lequel le personnel soignant est souvent en position de faiblesse. Cette concurrence des savoirs et des légitimités crée une dynamique complexe, où la réussite du soin ne dépend pas uniquement de son efficacité scientifique, mais aussi de son adéquation avec les croyances spirituelles du patient.

2.2. Rites et résistance : quand les pratiques culturelles entravent le soin

Les croyances ne se limitent pas à la consultation de figures d'autorité ; elles se traduisent par des pratiques rituelles qui peuvent directement interférer avec les protocoles hospitaliers. L'étude a révélé que des rites de prière, des talismans ou l'ingestion de concoctions traditionnelles sont souvent maintenus pendant l'hospitalisation. Cette coexistence de pratiques est interprétée par le personnel de santé comme une entrave ou un risque pour la sécurité du patient. Cette tension peut être analysée à la lumière de la biomédecine de Michel Foucault (Foucault, 1976). Pour la médecine moderne, le corps est un objet d'étude, un territoire à la fois matériel et transparent, que le soignant doit maîtriser. Les pratiques rituelles, parce qu'elles échappent à ce contrôle et à la rationalité scientifique, sont systématiquement reje-

tées, voire jugées dangereuses. Le patient est alors placé devant un choix impossible entre son système de croyances et la guérison proposée par la médecine moderne.

2.3. Vers une négociation culturelle des rites

Pour surmonter ce conflit de légitimité, l'approche des soins transculturels de Madeleine Leininger offre une piste de réflexion. Plutôt que de rejeter en bloc les pratiques traditionnelles, la solution réside dans la négociation culturelle. Il s'agit de reconnaître la légitimité des croyances du patient tout en l'aidant à les concilier avec un traitement efficace. Le soignant peut ainsi co-construire une prise en charge respectueuse des valeurs du patient.

- Reconnaître le rôle des leaders communautaires : L'infirmier peut établir un dialogue avec les leaders religieux et traditionnels pour expliquer le traitement biomédical et solliciter leur collaboration.
- Intégrer les rites non dangereux : Les prières, par exemple, peuvent être facilitées dans la mesure du possible. Le soignant peut également expliquer les limites de certaines pratiques traditionnelles sans les juger.

Un patient interviewé illustre l'impact positif d'une telle approche :

« L'infirmier nous a laissé le temps de prier avant de me donner les médicaments. Il a aussi parlé à mon frère et à mon imam. J'ai vu qu'il nous respectait, alors j'ai fait confiance à son traitement. » (Patient Haoussa, Ebolowa).

Cette citation met en évidence l'importance de l'empathie et de la compréhension culturelle pour construire une alliance thérapeutique solide. Les soignants ne peuvent prétendre à l'efficacité s'ils ne parviennent pas à dialoguer avec les systèmes de croyance de leurs patients.

3. Perception de la maladie et de la santé : entre rationalité biomédicale et interprétations culturelle

Cette section met en lumière la divergence fondamentale entre la conception biomédicale de la maladie et les interprétations culturelles et spirituelles qui prévalent au sein de la communauté Haoussa. Cette opposition, au cœur de notre problématique, influence directement la manière dont les patients perçoivent leur état de santé et interagissent avec les professionnels. Elle met en évidence les limites d'une approche de soins qui ne reconnaît pas la dimension holistique de la maladie et de la guérison.

3.1. La maladie comme phénomène social et spirituel : les "modèles explicatifs" en conflit

Contrairement à la médecine occidentale qui perçoit la maladie comme un simple dysfonctionnement biologique, la communauté Haoussa l'interprète souvent comme un phénomène social et spirituel. Elle peut être vue comme une épreuve divine, une punition pour un péché,

ou le résultat d'une action malveillante. Cette vision s'inscrit dans la perspective de l'anthropologie médicale, et des travaux d'auteurs comme Arthur Kleinman qui a théorisé les « modèles explicatifs » (Kleinman, 1980)[5]. Selon Kleinman, chaque individu et chaque groupe social possède son propre modèle pour expliquer la maladie et la souffrance, qui répond à des questions telles que : « Qu'est-ce que j'ai ? Pourquoi est-ce arrivé ? Quelle est l'évolution probable ? Quels sont les traitements ? ». Les résultats de notre étude confirment ce décalage entre le modèle explicatif du patient et celui du soignant. Un patient nous confie :

« Quand je suis tombé malade, mon père m'a dit que c'était sûrement un voisin qui était jaloux et qui m'a fait du mal. Nous sommes allés voir l'imam pour prier, et puis après, nous sommes venus ici. Les médecins pensent que tout est dans le corps, mais parfois, la maladie vient d'ailleurs. » (Patient Haoussa, Ebolowa)

Cette perception duale du mal-être, à la fois physique et spirituel, a des conséquences directes sur l'acceptation du diagnostic et l'adhésion au traitement. Si le patient ne croit pas que l'origine de son mal est physique, il peut ne pas accorder de légitimité au traitement biomédical. C'est l'un des points centraux de l'anthropologie de la santé, qui nous montre que le patient n'est pas un sujet passif, mais un agent actif qui donne un sens à sa maladie.

3.2. La primauté de la spiritualité dans le processus de guérison

La dimension spirituelle de la maladie est si centrale que la prière et l'intervention divine sont perçues comme des piliers essentiels du processus de guérison. Cette primauté de la spiritualité est en contradiction directe avec le processus de rationalisation du monde analysé par Max Weber (Weber, 1905)[6], où la science est devenue la seule source légitime de vérité et où les explications magiques ou religieuses sont progressivement écartées. Le personnel soignant, imprégné de cette rationalité, peut avoir du mal à comprendre l'importance des rites et des invocations. Un infirmier exprime cette frustration :

« *Je leur explique que les médicaments sont la seule solution, mais ils me parlent de prières et de Dieu. Bien sûr que nous croyons en Dieu, mais il y a une différence entre la foi et le traitement médical. C'est difficile de les convaincre de l'importance de suivre le traitement à la lettre.* » (Infirmier, Ebolowa)

Cette incompréhension crée un fossé de communication et de confiance, où les soignants sont perçus comme ignorants de la dimension spirituelle et les patients comme réfractaires à la science. L'opposition entre ces deux visions est une manifestation du « choc des rationalités » décrit par Marcel Mauss (Mauss, 1925) : la rationalité médicale, fondée sur l'efficacité technique, se heurte à une rationalité symbolique, où la foi et les rituels sont des conditions nécessaires, voire suffisantes, à la guérison[7].

5. Arthur Kleinman (né en 1941) est un psychiatre et anthropologue médical américain, connu pour ses travaux sur le rôle de la culture dans l'expérience de la maladie. Dans son ouvrage *Patients and Healers in the Context of Culture* (1980), il a développé le concept de "modèles explicatifs" pour décrire comment les patients, les familles et les soignants construisent un sens à la maladie.

6. Max Weber (1864-1920) est un sociologue et économiste allemand. Dans son ouvrage *L'Éthique protestante et l'Esprit du capitalisme* (1905), il a théorisé le processus de rationalisation, un mouvement historique par lequel la société s'organise selon des principes d'efficacité, de calcul et de contrôle, au détriment des explications magiques et religieuses.

3.3. Vers une compréhension mutuelle et des soins holistiques

Pour surmonter ce décalage, l'article plaide pour une approche de soins holistique qui, comme le propose Madeleine Leininger avec ses soins transculturels, intègre les croyances du patient. La solution réside dans la reconnaissance que la guérison ne se limite pas au traitement du corps physique, mais inclut également le bien-être spirituel et social.

- L'écoute et la reconnaissance des modèles explicatifs : Le soignant doit prendre le temps d'écouter et de reconnaître la validité de l'interprétation du patient, sans la juger ni la rejeter. Cette reconnaissance est un signe de respect qui peut renforcer l'alliance thérapeutique.
- La négociation et l'intégration : Dans la mesure du possible, les rituels et les prières non dangereux peuvent être intégrés au plan de soins. Par exemple, aménager un espace de prière ou permettre au patient de suivre ses rites quotidiens.
- Le rôle de la médiation : Il pourrait être judicieux de faire appel à des médiateurs culturels ou à des leaders religieux pour faciliter le dialogue et construire des ponts entre les deux mondes de la santé.

Un soignant qui a fait cet effort illustre l'impact positif d'une telle approche :

« J'ai compris que, pour eux, la prière n'est pas juste une pratique, c'est une partie de la guérison. Je leur ai dit que je respectais ça et je me suis assuré qu'ils avaient le temps et l'espace pour prier. Depuis, ils sont beaucoup plus ouverts et réceptifs à ce que je leur dis. » (Soignant, Ebolowa)

Cette expérience démontre que le dialogue et l'ouverture sont les clés d'une prise en charge efficace et respectueuse, qui ne se limite pas à la pathologie, mais englobe l'ensemble de la personne, avec ses croyances et ses valeurs. C'est une démarche qui s'inscrit pleinement dans le cadre d'un soin cultural-congruent, où la connaissance de l'autre est la première étape vers une meilleure prise en charge.

4. Repenser l'approche des soins pour les communautés culturellement sensibles

Cette section propose une discussion plus large, généralisant les observations de notre étude pour formuler des recommandations applicables à toutes les communautés dont les valeurs culturelles et religieuses influencent la prise en charge médicale. Les défis liés à la pudeur, aux rites et aux conceptions de la maladie, tels que documentés dans notre recherche, ne sont pas des cas isolés, mais des expressions profondes de l'identité des patients. Pour transformer ces défis en opportunités, une approche de soins proactive, inclusive et respectueuse est indispensable.

7. Marcel Mauss (1872-1950) est un sociologue et ethnologue français, connu pour son travail sur les pratiques rituelles et les faits sociaux totaux. Dans son essai *Essai sur le don* (1925), il a mis en évidence le rôle central des échanges symboliques et des rationalités non économiques, un concept qui peut être appliqué pour comprendre les pratiques de soin qui échappent à la logique de la rationalité instrumentale.

4.1. Former les soignants à la compétence et à la sécurité culturelle

La principale leçon de cette étude est l'impératif de la formation continue du personnel soignant. La compétence culturelle doit cesser d'être une option pour devenir une composante centrale des cursus et des pratiques professionnelles. L'apprentissage ne doit pas se limiter à la connaissance des traditions d'une communauté spécifique, mais plutôt à l'acquisition d'un état d'esprit ouvert et respectueux des différences. Comme l'a souligné la théorie de Madeleine Leininger sur les soins transculturels (Leininger, 1991), la connaissance de l'autre est la première étape vers une prise en charge efficace. Une formation spécifique devrait être mise en place, axée sur plusieurs points :

- De la compétence à la sécurité culturelle : Au-delà du simple fait d'être "compétent" (ce qui implique une connaissance des cultures), les soignants doivent viser la sécurité culturelle. Ce concept, développé par l'infirmière Irihapeti Ramsden (2002) et adopté en Australie et au Canada, met l'accent sur le pouvoir dans la relation de soin. Il exige que le soignant reconnaisse et respecte la diversité culturelle, en s'assurant que le patient ne se sente pas jugé, humilié ou en danger en raison de son identité. Un soignant qui pratique la sécurité culturelle est conscient de ses propres préjugés et travaille à les dépasser.
- Compréhension des "modèles explicatifs" de la maladie : Comprendre que les patients issus de minorités peuvent avoir des visions différentes de la maladie et de la guérison est essentiel pour établir un dialogue et une confiance. L'anthropologue Arthur Kleinman (Kleinman, 1980) a démontré que le soin commence par l'écoute du "modèle explicatif" du patient, c'est-à-dire sa propre compréhension de son mal. Le soignant doit être capable de demander "Pourquoi pensez-vous que vous êtes malade ?" pour mieux comprendre la vision du monde du patient, sans la juger. Cette démarche, préconisée par des auteurs comme Didier Fassin (Fassin, 2000), permet de se détacher d'une vision purement biomédicale pour embrasser les dimensions sociales et politiques de la maladie[8].
- Exemples concrets de formation dans le monde : Des pays comme le Canada ont intégré la formation à la sécurité culturelle dans le programme des infirmières et des médecins, en reconnaissant l'héritage colonial qui a souvent érodé la confiance des populations autochtones dans le système de santé. L'objectif est de former des professionnels capables d'identifier et de dépasser leurs propres préjugés inconscients pour mieux soigner. Des programmes similaires existent en Australie, où le concept de *Cultural Safety* est devenu une pierre angulaire de la formation des professionnels de santé.

8. Didier Fassin (né en 1955) est un médecin, anthropologue et sociologue français. Dans son ouvrage *Les Politiques de l'expérience* (2000), il analyse comment la médecine et la santé sont façonnées par des contextes sociaux, économiques et politiques, allant au-delà de la seule dimension biologique de la maladie.

4.2. Favoriser la médiation et la négociation culturelle

Face aux conflits de légitimité entre la médecine moderne et les systèmes de croyance traditionnels, la solution réside dans le dialogue et la négociation culturelle. Il est crucial de ne pas imposer un choix au patient, mais d'offrir une troisième voie par la médiation.

- **Médiateurs culturels :** l'OMS (**OMS, 2007**) préconise le rôle des médiateurs culturels, bilingues et biculturels. Ces personnes peuvent faciliter la communication, désamorcer les malentendus et aider à la co-construction de solutions adaptées aux patients et à leurs familles. En France, des hôpitaux ont mis en place des services de médiation interculturelle pour les patients issus de l'immigration, démontrant l'efficacité de cette approche pour réduire les tensions et améliorer les résultats de santé.
- **La négociation des pratiques :** le soignant doit être prêt à négocier et à s'adapter, un principe clé des soins transculturels de Leininger. Par exemple, comme le révèle notre étude, permettre au patient d'observer ses temps de prière, ou de conserver certains symboles non dangereux peut renforcer son sentiment de respect et son adhésion au traitement. Cette approche est d'ailleurs courante dans de nombreux hôpitaux au Royaume-Uni et aux États-Unis qui adaptent leurs services pour les patients musulmans en prévoyant des horaires de prière spécifiques, des repas *halals* et des salles de prière.
- **Impliquer la famille :** la famille est un pilier dans de nombreuses cultures. Au lieu de la percevoir comme une ingérence, le soignant peut l'impliquer dans le processus de soin, en reconnaissant son rôle de soutien et de conseil, un principe mis en évidence par l'anthropologue Margaret Mead qui a longtemps étudié le rôle des structures familiales dans la santé.

4.3. Adapter les pratiques cliniques aux réalités culturelles

Au-delà de la formation et de la médiation, les institutions de santé doivent revoir leurs protocoles pour les rendre plus flexibles et plus inclusifs. Il s'agit de repenser l'approche du soin pour la rendre **cultural-congruent** et **cultural-safe**,[9] c'est-à-dire qui sécurise le patient sur le plan culturel.

- **Flexibilité des procédures d'examen :** Les soignants peuvent être encouragés à trouver des méthodes d'examen qui minimisent le malaise du patient. L'utilisation de draps pour préserver la pudeur ou l'aménagement de lieux de prière sont des exemples de pratiques simples mais efficaces.
- **Création d'espaces de recueillement et de pratiques adaptées :** Mettre à disposition des espaces de prière pour les patients et leurs familles, ou des salles dédiées à la confidentialité pour les entretiens délicats, peut témoigner de la volonté de l'institution de respecter les convictions de ses patients. Cette approche est d'ailleurs une pratique courante dans

9. Le terme "cultural-congruent" est tiré de la théorie des soins transculturels de **Madeleine Leininger**, désignant des soins qui sont en harmonie avec les valeurs culturelles du patient. Le concept de "cultural-safe" (sécurité culturelle) a été développé par des infirmières maories en Nouvelle-Zélande pour décrire un environnement de soin où le patient se sent en sécurité et respecté sur le plan culturel, sans que son identité ne soit remise en question par des préjugés.

plusieurs hôpitaux en **Allemagne** qui aménagent des "salles silencieuses" ou des espaces de prière multiconfessionnels.

- **Intégration de la dimension spirituelle :** Le personnel soignant peut reconnaître la dimension spirituelle de la guérison en encourageant les pratiques de prière, sans pour autant abandonner l'approche scientifique. Cette approche est en ligne avec les recommandations de l'OMS qui, dans sa définition de la santé, intègre le bien-être physique, mental et social, mais aussi spirituel. Des associations internationales d'infirmiers, comme le *Transcultural Nursing Society*[10], insistent sur cette dimension spirituelle comme partie intégrante des soins holistiques.

Ainsi, la solution aux défis de l'incompatibilité culturelle et religieuse ne réside pas dans le rejet des traditions, mais dans une approche de soins qui s'inscrit dans un dialogue constant et un profond respect. En adoptant les principes des soins transculturels et en investissant dans la formation, les soignants pourront non seulement améliorer la santé des communautés issues de la diversité, mais aussi renforcer la légitimité et la confiance dans le système de santé moderne.

Conclusion générale

En conclusion, cette étude approfondie sur l'impact de la culture et de la religion sur les soins infirmiers au sein de la communauté Haoussa d'Ebolowa met en lumière une réalité inéluctable : l'incompatibilité des approches n'est pas une question de mauvaise volonté, mais de choc de rationalités. L'analyse, solidement ancrée dans les théories des soins transculturels de Madeleine Leininger et de la sociologie de la santé, a démontré que des valeurs comme la pudeur, les rites traditionnels et les interprétations spirituelles de la maladie ne sont pas de simples obstacles à contourner, mais des dimensions fondamentales de l'identité du patient. Nous avons vu que la pudeur, profondément enracinée dans l'habitus culturel (Bourdieu), rend la prise en charge difficile lorsque les normes de genre et de respect ne sont pas honorées. Le refus d'être soigné par une personne du sexe opposé n'est pas un caprice, mais une résistance à un système de soin qui, par ses exigences d'examen du corps, exerce un pouvoir perçu comme intrusif, un phénomène que Michel Foucault a décrit à travers le concept de biopolitique. De même, la coexistence de la médecine biomédicale et des pratiques rituelles traditionnelles révèle un profond conflit de légitimité. Le recours aux leaders spirituels et l'usage des talismans ne sont pas le signe d'une ignorance, mais l'expression d'un modèle explicatif de la maladie (Kleinman) qui a sa propre cohérence et sa propre logique. Ces observations soulignent l'impératif de dépasser le modèle biomédical standard pour adopter une approche véritablement inclusive et holistique. La solution ne réside pas dans le rejet des traditions, mais dans le développement d'une compétence et d'une sécurité culturelle authentique. Cela exige une formation des soignants axée non seulement sur la connaissance des cultures, mais

10. La *Transcultural Nursing Society* est une organisation professionnelle internationale fondée par Madeleine Leininger en 1974. Elle a pour mission de faire progresser la théorie, la recherche et la pratique des soins transculturels pour des soins de santé culturellement compétents, sûrs et de qualité. L'organisation reconnaît l'importance de la spiritualité dans la santé et le bien-être holistiques des patients.

aussi sur la prise de conscience de leurs propres préjugés. Le recours à la négociation culturelle et l'intégration de médiateurs biculturels sont des pistes concrètes pour transformer les tensions en dialogue et restaurer la confiance. En fin de compte, l'expérience de la communauté Haoussa à Ebolowa n'est pas unique ; elle est une illustration puissante des défis auxquels est confrontée la médecine moderne dans un monde de plus en plus multiculturel. Elle nous rappelle que le soin efficace va au-delà du traitement de la pathologie pour englober le respect de la personne dans son intégralité. En adaptant les pratiques cliniques pour qu'elles soient en harmonie avec les valeurs, la dignité et les croyances des patients, les soignants pourront non seulement améliorer l'adhésion aux traitements, mais aussi renforcer la légitimité et la confiance dans un système de santé qui, pour être universel, doit d'abord être respectueux. C'est une démarche qui mène à un soin plus humain, plus respectueux et, *in fine,* plus efficace.

Bibliographie

Adeyemo, A. A., et al. (2017). *Cultural and Religious Beliefs and their Influence on Healthcare Delivery in a Nigerian Tertiary Hospital*. *Journal of Transcultural Nursing*.

Bourdieu, P. (1979). *La distinction : Critique sociale du jugement*. Minuit.

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 181–184.

De Sardan, J-P. O. (2001). *La médecine et les institutions de la santé : une approche par les pratiques*. Karthala.

El Alami, L., & El Kebir, S. (2020). The Veil and Healthcare: Experiences of Muslim Women in Moroccan Hospitals. *Journal of Transcultural Nursing*.

Enoka, P., et al. (2023). Les obstacles à l'innovation en soins infirmiers à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. *Revue de la Santé Publique*.

Farmer, P. (2005). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. University of California Press.

Fassin, D. (2000). *Les politiques de l'expérience*. La Découverte.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique*. Presses Universitaires de France.

Gruénais, M-É. (2005). La séparation de l'Église et de l'État et la réforme du système de santé au Cameroun. *Santé et développement*.

Honneth, A. (2000). *La lutte pour la reconnaissance : Pour une grammaire morale des conflits sociaux*. Le Cerf.

Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. University of California Press.

Leininger, M. (1991). *Cultural Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. National League for Nursing Press.

Mauss, M. (1925). *Essai sur le don : Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. In L'Année Sociologique, nouvelle série.

Ndiaye, M. C., et al. (2019). Perceptions of Traditional Medicine and its Integration with Modern Healthcare in Senegal: A Qualitative Study. *Journal of Public Heath*.

Ndoe Diza Zim V.F (2025). *L'incompatibilité de la culture et de la religion sur la prise en soins infirmiers au sein de la communauté Haoussa*. [Mémoire de fin d'études non publié]. École des Sciences Médicales de Bissok-Ebolowa.

Nguendo, J. B., et al. (2021). Refusal of Blood Transfusion by a Jehovah's Witness Patient: A Case Report and Ethical Considerations. *International Journal of Nursing Studies*.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2007). *Déclaration de l'OMS sur la promotion de la diversité et l'égalité dans le secteur de la santé*. Organisation Mondiale de la Santé.

Ramsden, I. (2002). *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa (New Zealand)*. Thèse de doctorat, Victoria University of Wellington.

Wang, Y., et al. (2020). The influence of traditional Chinese culture on nursing pratice. *Journal of Transcultural Nursing, 31*(2), 147-155.

Weber, M. (2002). *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*. (J. Chavy, trad.). Pocket. (Publication originale de 1905).

Thinking Africa

Thinking Africa — Note de recherche n° 217

Octobre 2026