

Project Ref. No: 2016-1-EL01- KA202-023538
Erasmus+ project, Strategic Partnerships
for vocational education and training

Inter Health

Intercultural Competences
for Healthcare Professionals



Erasmus+

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

CROYANCES SUR LES MALADIES EN MATIÈRE DE SOINS INTERCULTURELS

Les groupes de personnes de cultures différentes sont confrontés à un ensemble de besoins de santé insatisfait dû à leurs croyances et leurs pratiques. Comprendre les croyances des patients sur la maladie est essentiel pour améliorer le diagnostic et la gestion d'une maladie. Il est intéressant de noter que la maladie est la perception qu'a l'individu d'être malade tandis que la pathologie se réfère à un état corporel altéré ou à tout processus qui dévie des normes établies par la science biomédicale occidentale.^{1, 2} La maladie a trois définitions. Deux d'entre elles ont régné jusqu'au 18e siècle décrivant la maladie comme "un mal, une dépravation, une immoralité" ou comme "déplaisant, désagréable, douloureux". La troisième qui est son terme moderne date du 17e siècle signifie l'état d'être malade. Selon la définition médicale, **la maladie** est la déviance d'une norme biologique ou d'un processus pathologique qui permet aux professionnels de la santé avec objectivité de la voir, la toucher, la mesurer, etc. La maladie est un sentiment ou une expérience personnelle de mauvaise santé et qui se situe à l'intérieur du patient. La différence entre la maladie et la pathologie est que la maladie accompagne souvent la pathologie ou peut exister en l'absence de pathologie alors que la pathologie peut être indétectable principalement dans les premiers stades (cancer, diabète, etc.).¹

En général, le contexte culturel explique de manière héréditaire, indiscutable et individuelle le fait de comprendre et de réagir à la maladie.¹⁻⁴ Il existe trois cultures principales concernant les croyances sur les maladies que les professionnels de santé devraient connaître afin qu'ils adaptent leurs comportements de soins médicaux. **Selon la "culture personnaliste", la maladie est liée à des transgressions de nature morale et spirituelle.** La croyance générale est que la personne malade soit mérite une punition soit elle est victime de mauvais esprits pour des raisons qui lui sont propre comme le refus d'accepter des pratiques coutumières. Par exemple, la chute d'un arbre est considérée comme le résultat d'un agent surnaturel agissant contre l'individu. Cette culture se trouve principalement en Amérique, en Afrique (sud du désert du Sahara), en Océanie, et dans les peuples tribaux d'Asie.⁵

Dans la « culture naturaliste », la maladie est causée par un déséquilibre énergétique avec l'environnement naturel (modèle d'équilibre) principalement en raison de la chaleur excessive ou de l'excès de froid, etc. Par exemple, dans beaucoup de communautés latino-américaines, la personne ne marche pas sur un plancher froid les pieds nus, ne se lave pas les mains après avoir blanchi un mur et plusieurs autres situations. En outre, en Inde, l'ancien système de l'Ayurveda comprenant la pharmacopée est basé sur les herbes et les minéraux ainsi que sur des conseils diététiques. La croyance en des causes naturalistes de la maladie se retrouve chez les personnes vivant en Inde du Sud et en Chine.

Enfin **la théorie des germes ou le modèle biomédical qui est à la base de la médecine occidentale démontre que les tumeurs, les cellules anormales et les produits chimiques sont les causes de la maladie.** Selon ce modèle, les maladies spécifiques ont des causes spécifiques. Par conséquent, chaque maladie a des

caractéristiques distinctives et universelles pour toutes les espèces humaines. Compte tenu de toutes les croyances sur la maladie étudiées ci-dessus, il est crucial pour les professionnels de la santé d'avoir une compréhension claire de ce que les gens croient être les causes de la maladie, ainsi que tous les comportements associés à la suite de ces points de vue.^{5,6}

Les croyances et les perceptions de la maladie varient d'une culture à l'autre. Par exemple, dans les pays occidentaux, le modèle biomédical reconnaît l'obésité comme déterminant sur les effets nocifs sur la santé alors qu'au Nigeria, les femmes sont incitées à grossir afin d'améliorer la fertilité. Dans d'autres cultures, l'obésité reflète la richesse et la réussite. Par conséquent, le terme « variabilité » est préféré au terme « normal » qui est largement utilisé dans le modèle biomédical.⁶

Selon le modèle biomédical qui prédomine dans le monde occidental, une maladie est expliquée par l'évaluation des variables biologiques mesurables qui peuvent cependant différer parmi les populations. Par exemple, l'ostéoporose chez les femmes est fortement associée à l'apport en calcium, ce qui implique que les femmes ont besoin de boire du lait alors que ce n'est pas compatible avec les femmes d'Asie du Sud qui à 80% sont intolérantes au lactose. De même, dans le modèle biomédical occidental, la croissance des enfants est calculée en hauteur et en poids, mais ce calcul peut impliquer des risques pour d'autres groupes ethniques de plus petite taille.⁶ Freedman et al.,⁷ a démontré qu'au cours d'une période de 30 ans, la prévalence de l'obésité a augmenté d'environ 3 fois (de 4% à 13%) chez les 6 à 11 ans, pour les enfants blancs, mais 5 fois (de 4% à 20%) parmi les enfants noirs. Les mêmes chercheurs ont attribué ces résultats à des différences raciales et ethniques impliquant le mode de vie, les habitudes et la culture. Étonnamment, les professionnels de la santé rencontrent des maladies spécifiques qui semblent être plus répandues dans certaines zones ou populations, telles que la drépanocytose chez les noirs.⁶

Dans les sociétés non occidentales, la maladie est résolue par des processus sociaux plutôt que biologiques avec des guérisseurs traditionnels désignés pour être les personnes qui gèrent la maladie alors que dans les sociétés occidentales les médecins sont autorisés par la société à déterminer le traitement approprié.^{6, 8-11} Marshall et al.,⁹ a étudié une population afro-caribéenne d'une colonie de l'Eglise a montré qu'ils comptent toujours sur les chefs d'église pour la gestion des problèmes de santé. Atwine et al.,¹¹ en 2011 a mené une étude descriptive à l'aide d'entretiens de groupes de discussion sur des participants souffrants de diabète de type 2 (10 femmes et 7 hommes) âgés de 39 à 72 ans en Ouganda. Les résultats ont démontré que les symptômes du diabète était la principale raison de demander l'aide de guérisseurs traditionnels. En outre, ils ont remarqué que les participants avaient demandé de l'aide aux différents établissements de santé avec l'aide de leurs parents et amis. D'après Aborigo et al.,¹⁰ les systèmes médicaux traditionnels restent les services de santé privilégiés, en particulier dans les communautés rurales des pays à faible revenu. Les mêmes recherches ont été mené dans le nord du Ghana par des entretiens avec des guérisseurs traditionnels étant experts dans la gestion des complications

obstétriques ont démontré que la plupart des guérisseurs aient exprimé la volonté de travailler avec les services de santé officiels. Par conséquent, la nécessité d'une collaboration entre tous les systèmes de soins dans les communautés culturelles émerge.¹¹⁻¹³

En effet, un travail de coopération entre les systèmes de soins de santé et les guérisseurs traditionnels peut être bénéfique pour obtenir des informations de toutes les dimensions culturelles afin d'intégrer différentes approches de soins. Murdoch-Flowers et al.,¹⁴ qui a étudié Kahnawake dans le territoire mohawk du Canada dans lequel vivait 17 adultes a démontré que les programmes de prévention prenant en compte leurs spécificités culturelles concernant le diabète peuvent faciliter la modification de comportements de manière positive, notamment dans des dimensions mentale, physique, spirituelle et sociale. Similarly, O' Mahony et al.,¹⁵ a illustré que les facteurs socioéconomiques et culturels ainsi que la stigmatisation sociale étaient les principaux facteurs pour les 30 femmes migrantes et réfugiées vivant au Canada de décider des pratiques en matière de santé à appliquer. Comprendre que la culture peut affecter tous les domaines de la maladie, tels que les symptômes, le processus de recherche en matière de santé, la prévention, le respect du traitement, les soins cliniques et la coopération ou l'utilisation de services informels, est fondamental pour le développement d'interventions de soins infirmiers transculturels. Boyle déclara en 1999 que « les soins infirmiers transculturels sont un ensemble de connaissances qui aide à fournir des soins adaptés aux cultures des personnes.¹⁶

En outre, selon Mull et al.,⁵ l'expression des signes et des symptômes d'une maladie devrait être distinguée d'une culture à l'autre, pour que les professionnels de santé soient encouragés à aller au-delà de l'examen physique ou du dossier médical. **Il est essentiel que les professionnels de santé connaissent la vie des patients selon leur environnement social (culture naturaliste) ou leurs croyances traditionnelles en matière de maladies (culture personnaliste) lorsqu'ils décrivent leurs symptômes.** En conséquence, ils comprendront quand le problème se situe en dehors du domaine de la maladie physique ou quand le patient se plaint de symptômes qui sont « impossibles » selon le modèle biomédical.⁴

En même temps, **la sensibilisation aux cultures exposée ci-dessus, peut aider les professionnels de santé à estimer le rôle du patient dans la gestion des maladies.** Dans la culture personnaliste où la maladie et la mort sont censées découler des actes d'un agent présume que le patient adopte un rôle passif. Dans la culture naturaliste où le maintien en bonne santé est assuré en évitant des comportements provoquant la maladie, les patients sont habituellement plus préventifs contre la maladie.^{5, 6} Minas et al.,¹⁷ qui a étudié les croyances sur la maladie physique et mentale sur un échantillon de 444 migrants turcs à Melbourne a démontré que les croyances basées sur des causes naturelles étaient plus fréquentes que les croyances dans des causes surnaturelles. Cependant, les croyances dans des causes surnaturelles ont persisté malgré la modernisation. Les mêmes chercheurs ont conclu qu'une meilleure compréhension sur la diversité des

croyances sur la maladie est précieuse dans le processus clinique et dans le développement de services et de stratégies de santé efficaces.

En outre **il n'est pas rare, que les croyances sociales, religieuses et culturelles peuvent limiter l'accès aux services de santé.** On a observé chez les femmes musulmanes migrantes de faibles taux de soins préventifs tels que les examens mammaires, les mammographies et le dépistage du cancer du col utérin.¹⁸⁻²² Shirazi et al.,²³ qui a étudié 53 personnes non-anglophones et de première génération d'immigrants musulmans afghans âgés de 40 ans et plus sans antécédents de cancer du sein ont montré un faible niveau de connaissances sur le cancer du sein, de faibles taux de dépistage, et un manque de sensibilisation sur les symptômes, les facteurs à risque et les procédures de dépistage. Parmi les principaux obstacles au dépistage figuraient : l'absence d'éducation à la santé du sein en raison de la culture, les difficultés linguistiques, la faible littératie médicale et l'embarras. Vahabi et al.,²⁴ qui a étudié 30 femmes à Toronto, âgé entre 21 et 69 ans, nés à l'étranger et auto-identifiés comme musulmans avec une bonne connaissance de l'anglais ont démontré que les pratiques de santé et les croyances dans leur pays d'origine ont eu un impact sur l'utilisation des services de dépistage. Lee- Lin et al.,²⁵ a montré qu'une intervention éducative a changé les croyances et les attitudes de dépistage chez les femmes migrantes chinoises américaines qui n'avaient pas pratiqué de mammographie au cours des 12 derniers mois.

Chukwuneke et al.,²⁶ a étudié la santé des patients relatif au comportement et au service de santé principal dans 10 centres de santé de cinq États de l'est de la République fédérale du Nigéria. Les résultats ont montré une sous-utilisation des services de santé principaux car les participants n'acceptaient pas le système de soins délivré, mais ils préféraient la médecine traditionnelle. La majorité des participants croyaient que les maladies sont causées par des êtres surnaturels, l'œuvre des voisins ou la vengeance d'un Dieu offensé. de-Graft Aikins¹³ étudia 26 personnes citadines et 41 personnes vivant en milieu rural souffrant de diabète de type II avec divers profils (sexe, âge, éducation, statut socioéconomique, stade du diabète) dans les villes urbaines (Accra, Tema) et les villes rurales (Nkoranza and Kintampo), au Ghana. Les résultats ont montré que la plupart des participants ont mis l'accent sur la gestion biomédicale comme pratique d'automédication idéale. Toutefois, le coût élevé des soins biomédicaux a conduit à l'inaction médicale. Ce qui constitue un défi important pour les professionnels de la santé afin de maximiser l'engagement en matière de gestion biomédicale en fournissant à la fois des médicaments abordables et un soutien psychosocial. Le stock limité de médicaments occidentaux ainsi que la croyance que les médicaments ont un coût élevé sont les principaux facteurs qui font que les personnes se tournent vers la médecine traditionnelle.²⁷ Selon Cocks et al.,²⁸ près de 27 millions sud-africains utilisent des médicaments indigènes alors que les remèdes sont, médicaments inclus, censés éloigner les mauvais esprits et apporter la bonne chance.

Enfin, les **rapports sur des groupes culturellement différents, illustrent la nécessité d'éveiller les professionnels de la santé à propos de leurs croyances**

notamment pour ceux qui parlent leur langue et proviennent de ces propres groupes ethniques.²⁴

Une autre approche sur **les états émotionnels et psychologiques démontrant l'influence sur l'étiologie et le maintien de la maladie** est au centre de beaucoup d'attention au cours des dernières décennies.^{29,30} Pessimisme et émotions « négatives » (p. ex. la peur, la colère, l'anxiété, la dépression) ont été identifiées comme des facteurs de risque de mauvaise santé psychologique et physique³¹ et peu d'études ont étudié la question de savoir si un sentiment d'optimisme, qui découle de la façon dont les individus expliquent les causes de bons et de mauvais événements de leurs vies, peuvent préserver la santé. Un modèle explicatif optimiste se caractérise par la croyance que l'avenir sera agréable du fait que l'on peut contrôler les résultats importants³¹. Un modèle explicatif pessimiste a été lié au sentiment de désespoir et marqué par l'idée que les problèmes sont permanents et reflètent ses propres faiblesses. De précédentes recherches ont suggéré des liens entre le pessimisme, le désespoir et le risque de maladie cardiaque.^{32,33,34} D'autres preuves concernant les facteurs émotionnels et psychologiques liés à la maladie se sont révélées lors de diverses recherches expérimentales, cliniques et épidémiologiques.^{35, 36} L'éventail des études fut large, allant des investigations des phénomènes cellulaires adaptés à l'intégration autonome-endocrino-immunologique, aux études épidémiologiques des facteurs psychosociaux et de santé.³¹ Dans le cadre de cette approche, **les convictions sur la maladie, la découverte de la maladie, leurs causes, les mécanismes répondant aux préoccupations liées à la croyance ainsi que les facteurs émotionnels sont liés à la maladie.**

Le modèle conventionnel de vulnérabilité au stress part du postulat que les réponses au stress psychologique surviennent à cause d'un déséquilibre entre les demandes et les ressources psychosociales, et de nombreux facteurs liés à cette opération ont été identifiés, y compris la chronicité et la prévisibilité de la stimulation, les possibilités de contrôle, les réponses psychologiques d'adaptation et la disponibilité des soutiens sociaux²⁹. En revanche, les mécanismes par lesquels les réponses au stress peuvent augmenter le risque de maladie sont mal compris, et les enquêteurs sont souvent obligés de se rabattre sur une "prédisposition biologique" mal définie pour prendre en compte des différences individuelles dans la prédisposition à la maladie ou des changements dans le parcours hospitalier. On fait valoir dans cet examen que plusieurs des processus de médiation comportementale et psychophysiques peuvent être posés comme principe, et que ceux-ci sont adaptés aux différents types d'influence sur la santé (effets aigus et chroniques, processus causaux et déterminants, impact sur l'étiologie, maintien de l'état de santé, la rechute ou la récurrence).³⁰

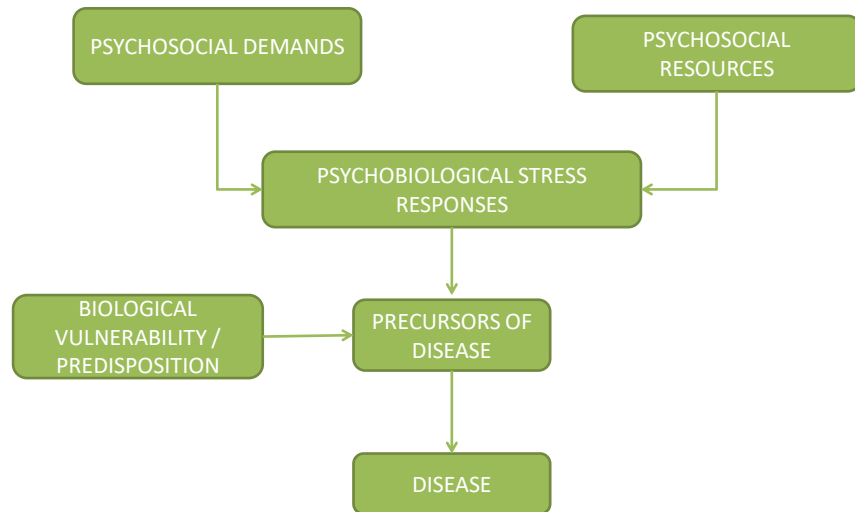


Fig. 1. Conventional stress-vulnerability model

Step toe, A. The links between stress and illness.
Journal of psychosomatic research., 1991; 13(6): 633-644.

Toutes les données de recherche ci-dessus :

- a) illustre la nécessité de mettre en œuvre des campagnes éducatives dans des régions ou des pays où le modèle socioculturel est prédominant et où il existe une connaissance limitée en matière de questions de santé ou de son ignorance
- b) mettre l'accent sur la nécessité d'élaborer des lignes directrices basées sur des données pertinentes en obtenant des informations sur l'hétérogénéité dans tout regroupement culturel ou minorité ethnique
- c) insister sur la nécessité d'une compréhension approfondie des croyances des patients en matière de soins
- d) d'identifier les facteurs liés à la santé afin d'orienter les interventions sur la culture
- e) Demandez aux professionnels de la santé qui ont conscience des diverses croyances sur la maladie.

Références

1. Boyd K. Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *J Med Ethics: Medical Humanities* 2000;26:9–17.
2. White P. The concept of diseases and health care in African traditional religion in Ghana. **HTS Teologiese Studies / Theological Studies**, 71, jul. 2015. Available at: <http://www.hts.org.za/index.php/HTS/article/view/2762>. Accessed: 05 Jan. 2018
3. Chrisman NJ. The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Cult Med Psychiatry*.1977; 1(4):351-377.
4. Pachter LM. Culture and clinical care. Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. *JAMA*. 1994;271(9):690-694.
5. Mull JD. Cross-cultural communication in the physician's office. *West J Med*. 1993;159(5):609-613.
6. Ibeneme S, Eni G, Ezuma A, Fortwengel G. Roads to Health in Developing Countries: Understanding the Intersection of Culture and Healing. *Current Therapeutic Research, Clinical and Experimental*. 2017;86:13-18.
7. Freedman DS, Khan LK, Serdula MK, Ogden CL, Dietz WH. Racial and ethnic differences in secular trends for childhood BMI, weight, and height. *Obesity (Silver Spring)*. 2006; 14(2):301-308.
8. Hoff W. Traditional healers and community health. *World Health Forum*. 1992; 13(2-3):182-187.
9. Marshall J, Archibald C. The Influence of Spirituality on Health Behaviors in an Afro-Caribbean Population. *ABNF J*.2015; 26(3):57-62.
10. Aborigo RA, Allotey P, Reidpath DD. The traditional healer in obstetric care: A persistent wasted opportunity in maternal health. *Soc Sci Med*.2015; 133:59-66.
11. Atwine F, Hultsjö S, Albin B, Hjelm K. Health-care seeking behaviour and the use of traditional medicine among persons with type 2 diabetes in south-western Uganda: a study of focus group interviews. *The Pan African Medical Journal*. 2015; 20:76.
12. Mbwambo ZH, Mahunnah RL, Kayombo EJ. Traditional health practitioner and the scientist: bridging the gap in contemporary health research in Tanzania. *Tanzan Health Res Bull*. 2007; 9(2):115-120.
13. de-Graft Aikins A. Healer shopping in Africa: new evidence from rural-urban qualitative study of Ghanaian diabetes experiences. *BMJ: British Medical Journal*. 2005; 331(7519):737.
14. Murdoch-Flowers J, Tremblay MC, Hovey R, Delormier T, Gray-Donald K, Delaronde E, Macaulay AC. Understanding how Indigenous culturally-based interventions can improve participants' health in Canada. *Health Promot Int* 2017 Sep 14. doi: 10.1093/heapro/dax059.
15. O' Mahony JM, Donnelly TT, Raffin Bouchal S, Este D. Cultural background and socioeconomic influence of immigrant and refugee women coping with postpartum depression. *J Immigr Minor Health*. 2013; 15(2):300-314.
16. Boyle JS. Transcultural nursing at Y2K: some thoughts and observations [comment]. *J Transcult Nurs*. 1999; 10(1):8.
17. Minas H, Klimidis St, Tuncer C. Illness causal beliefs in Turkish immigrants, *BMC Psychiatry*.2007;7:34.

18. Matin M, LeBaron S. Attitudes toward cervical cancer screening among Muslim women: a pilot study. *Women Health*. 2004;39(3):63–77.
19. Alrawi S, Fetters MD, Killawi A, Hammad A, Padela A. Traditional healing practices among American Muslims: Perceptions of community leaders in Southeast Michigan. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011; 14(3): 489–496.
20. Yao N, Hillemeier MM. Disparities in Mammography Rate Among Immigrant and Native-Born Women in the U.S.: Progress and Challenges. *Journal of immigrant and minority health/Center for Minority Public Health*. 2014; 16(4):613-621.
21. Padela AI, Gunter K, Killawi A, Heisler M. Religious values and healthcare accommodations: voices from the American Muslim community. *J Gen Intern Med*. 2012; 27(6):708-715.
22. Shirazi M, Champeau D, Talebi A. Predictors of breast cancer screening among immigrant Iranian women in California. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006; 15(5):485–506.
23. Shirazi M, Bloom J, Shirazi A, Popal R. Afghan immigrant women’s knowledge and behaviors around breast cancer screening. *Psycho-Oncology*. 2012 doi: 10.1002/pon.3216.
24. Vahabi M, Lofters A. Muslim immigrant women’s views on cervical cancer screening and HPV self-sampling in Ontario, Canada. *BMC Public Health*. 2016; 16(1):868.
25. Lee-Lin F, Pedhiwala N, Nguyen T, Menon U. Breast Health Intervention Effects on Knowledge and Beliefs Over Time Among Chinese American Immigrants—a Randomized Controlled Study. *J Cancer Edu*. 2015; 30(3):482-489.
26. Chukwunke FN, Ezeonu CT, OnyireBN, Ezeonu Po. Culture and biomedical care in Africa: the influence of culture on biomedical care in a traditional African society, Nigeria, West Africa. *Niger J Med*. 2012; 21(3):331-333.
27. Busia K. Medical provision in Africa: past and present. *Phytother Res*. 2005; 19(11):919-923.
28. Cocks M, Moller V. Use of indigenous and indigenized medicines to enhance personal well-being: a South African case study. *Soc Sci Med*. 2002; 54(3):387-397.
29. Steptoe, A. The links between stress and illness. *Journal of psychosomatic research.*, 1991; 13(6): 633-644.
30. Ogden, J. *Health Psychology, A textbook*. Philadelphia: Open university Press, 1991.
31. Kubzansky, L. D., Sparow, D., Vokonas, P. & Kawachi, I. Is the Glass Half Empty or Half Full? A Prospective Study of Optimism and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study. *Psychosomatic Medicine*. 2001; 63: 910–916.
32. Dykema, J., Bergbower, K., Peterson, C. Pessimistic explanatory style, stress, and illness. *J Soc Clin Psychol*. 1995; 14: 357–71.
33. Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., Salonen, J. T. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med*. 1996; 58:113–21.
34. Everson, S. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Salonen, R., Salonen, J. T. Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis: the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 1997; 17:1490–5.

35. Bhatti Z, Salek M, Finlay A. Major life changing decisions and cumulative life course impairment. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25: 245–246.
36. Puchalski, C. M. The role of spirituality in health care. *BUMC Proceedings*.2001; 14: 352–357.