**Cours 1 Santé et Culture** (1ère Année de Médecine, Faculté de Médecine de Constantine 3, 2021/2022)

## I- Dimensions culturelles dans les champs : santé / maladie

### L'influence de la culture sur la santé

### 1- LA CULTURE

**Définition et Faits saillants**

- La culture est un ensemble d'idées, de coutumes et de comportements que partage un peuple ou une société donné. Elle est en constante évolution.
- Les enfants se débattent souvent avec le fait d'être « entre les cultures », d'équilibrer « l'ancien » et « le nouveau ». Ils appartiennent essentiellement aux deux cultures, tandis que souvent, les parents appartiennent surtout à « l'ancienne ».
- On peut classer les cultures comme surtout « collectivistes » ou surtout « individualistes ». S'ils savent les distinguer, les professionnels de la santé pourront mieux établir un diagnostic et adapter le plan de traitement pour qu'il inclue un groupe plus important ou plus restreint.
- Le fait de connaître la culture d'un patient peut favoriser la confiance, de meilleurs soins, un taux d'acceptation plus élevé du diagnostic et un meilleur respect du traitement.

**Les facteurs susceptibles d'influer sur une culture** :

- L'ethnie
- La langue
- La religion et les croyances spirituelles
- Le sexe
- La classe socioéconomique
- L'âge
- L'orientation sexuelle
- L'origine géographique
- L'histoire du groupe
- L'instruction
- L'éducation
- L'expérience de vie

**La culture est :**

- dynamique et évolutive, apprise et transmise d'une génération à l'autre,
- partagée entre ceux qui conviennent de la manière dont ils nomment et comprennent la réalité,
- souvent identifiée « symboliquement » à la langue, à la manière de se vêtir, à la musique et aux comportements,
- intégrée à tous les aspects de la vie d'un individu.

**Points d'apprentissage**

- La diversité existe au sein d'une même culture.
- L'adaptation d'un enfant peut dépendre de nombreux facteurs en plus de la culture (personnels, familiaux, liés à la migration, sociaux et environnementaux).

**La culture : le caché et l'apparent**

La culture se compare à **un iceberg,** dont les caractéristiques les plus représentatives se situent sous la surface. Les éléments culturels explicites sont souvent évidents, mais ont peut-être moins d'influence que les éléments invisibles ou inconscients qui font contrepoids.

**Le continuum culturel**

La culture est souvent divisée en deux grandes catégories, aux deux extrémités opposées du continuum : le **collectiviste** ou l'**individualiste**. La plupart des cultures se situent quelque part entre ces deux pôles et possèdent des caractéristiques de chacun d'eux.

Il est toutefois utile de connaître les caractéristiques des cultures collectivistes et des cultures individualistes, parce qu'elles aident les praticiens à déterminer où « se situe » une famille dans le continuum culturel et à adapter les soins aux patients en conséquence.
Les cultures collectivistes et individualistes peuvent susciter des points de vue différents sur la santé humaine, de même que sur le traitement, le diagnostic et les causes des maladies.
Il peut être utile d'inclure la famille élargie dans les discussions sur l'origine de la maladie, le diagnostic et le traitement.
Il faudra peut-être obtenir le consentement de la famille élargie avant de procéder à certaines interventions diagnostiques et thérapeutiques.

**Tableau 1. Les caractéristiques des cultures collectivistes et individualistes**

| **Culture collectiviste** | **Culture individualiste** |
|---|---|
| Est axée sur le « nous » | Est axée sur le « je » |
| Favorise les rapprochements et l'interdépendance a des liens étroits avec la famille | Valorise l'autonomie |
| Valorise le respect et l'obéissance | Perçoit la capacité de prendre des choix individuels et personnels comme justifiée |
| Met en valeur les objectifs collectifs, la coopération et l'harmonie | Met en valeur l'initiative et les réalisations individuelles |
| Accorde une plus grande importance, plus vaste, aux valeurs et points de vue collectifs. | Accorde moins d'importance aux valeurs et points de vue collectifs, dans moins d'aspects de la vie. |

**Indécision ou prise de décision ?**
Vous vous attendez peut-être qu'une mère de 26 ans prenne une décision seule au sujet du traitement de son enfant. Vous venez de terminer l'évaluation d'un enfant de six ans et proposez deux possibilités d'examen à la mère. La mère évite de prendre une décision définitive et vous répond en termes vagues. Elle semble tourner en rond, hésité entre l'un et l'autre choix, même après avoir obtenu toute l'information nécessaire pour déterminer la voie à suivre. Vous savez qu'elle a terminé le secondaire et remarquez avec impatience que vous avez déjà passée une heure avec elle. La semaine suivante, elle revient. Vous vous inquiétez de la durée de la visite et craignez de prendre du retard sur vos autres patients. À votre grande surprise, elle est décidée. Vous la sondez, et elle finit par vous confier qu'elle a discuté des possibilités thérapeutiques avec son mari et sa belle-mère et qu'ensemble, ils ont convenu de la meilleure solution. Elle peut maintenant autoriser les examens de son enfant en toute confiance.

**Point d'apprentissage :** La culture du dispensateur de soins est individualiste, tandis que celle de la mère est plus collectiviste. La mère avait besoin de consulter avant de donner une réponse.

- Les styles de communication diffèrent. La mère craignait d'humilier le dispensateur de soins en mettant ses conseils en doute, mais ne se sentait pas à l'aise d'admettre qu'elle devait parler des divers choix à la maison avant de prendre une décision.
- Le niveau d'instruction n'a rien à voir ; c'est un leurre.

**Les effets de la culture sur la santé**
Conjointement avec d'autres déterminants de la santé et de la maladie, la culture contribue à définir :
- la perception de la santé et de la maladie par les patients et les dispensateurs de soins ;

- les croyances des patients et des dispensateurs de soins quant aux causes de la maladie. Par exemple, certains patients ne connaissent pas la théorie des microbes et croient plutôt au fatalisme, au *djinn* (dans l'Afghanistan rural, un esprit malin s'empare de l'enfant et est responsable d'une maladie évocatrice du tétanos), au mauvais œil ou au démon. Ils n'accepteront peut-être pas le diagnostic et peuvent même croire qu'ils ne peuvent pas changer l'évolution des événements. Ils peuvent plutôt accepter la situation à mesure qu'elle prend forme.

- les maladies et problèmes honteux et les raisons pour lesquelles ils le sont : une personne qui consulte un psychiatre est nécessairement « folle ».
- le type d'activités de promotion de la santé privilégiées, recommandées ou assurées. Dans certaines cultures, être « fort » (ce que les Canadiens considéreraient comme « gras ») s'apparente à avoir des réserves d'énergie contre la famine, et les femmes « fortes » sont désirables et saines.
- les lieux où les patients demandent de l'aide, leur manière de le faire et peut-être même le moment où ils le font. Dans certaines cultures, les patients ont tendance à consulter d'abord un dispensateur de soins connexes et à réserver la visite au médecin aux problèmes graves.
- les interactions des patients avec les dispensateurs de soins. Par exemple, ne pas avoir de contact visuel direct est un signe de respect dans bien des cultures, mais un dispensateur de soins peut se demander si un tel comportement dénote un état dépressif.
- le degré de compréhension et d'adhésion aux choix thérapeutiques recommandés par les dispensateurs de soins qui ne partagent pas leurs croyances culturelles. Certains patients sont d'avis qu'un médecin qui ne leur fait pas d'injection ne prend pas leurs symptômes au sérieux.

La culture influe également sur la santé d'autres manières, comme celles qui suivent :

- L'acceptation du diagnostic, y compris qui informer, quand et comment les informer
- L'acceptation des mesures de santé préventive ou de promotion de la santé (p. ex., vaccins, soins prénatals, contraception, tests de dépistage, etc.)
- La perception du contrôle à prévenir et à maîtriser la maladie
- Les perceptions de la mort, de la fin de vie et des personnes qui devraient y participer
- L'utilisation de la communication directe ou indirecte. On peut percevoir les contacts visuels ou l'évitement des contacts visuels comme impolis ou polis, selon la culture
- La volonté de discuter des symptômes avec un dispensateur de soins ou en présence d'un interprète
- L'influence de la dynamique familiale, y compris le rôle traditionnel des sexes, les responsabilités filiales et les profils de soutien entre les membres de la famille
- Les perceptions de la jeunesse et du vieillissement
- L'accessibilité du système de santé et la qualité de son fonctionnement

**Ce que les professionnels de la santé peuvent faire**

Les dispensateurs de soins sont plus susceptibles d'avoir des interactions positives avec les patients et de leur prodiguer de meilleurs soins s'ils comprennent les différences entre leurs valeurs culturelles, leurs croyances et leurs pratiques et celles de leurs patients.

Les suggestions suivantes peuvent vous aider à soigner des patients et à communiquer avec eux :

- Examinez en quoi vos propres croyances, valeurs et comportements culturels peuvent influer sur vos interactions avec vos patients. Si vous pensez qu'une interaction est compromise par des préjugés culturels (les vôtres ou ceux de votre patient), envisagez demander de l'aide.
- Respectez et comprenez les diverses perceptions culturelles de ce qui constitue des traitements efficaces ou convenables et composez avec elles. Demandez à vos patients comment ils souhaitent recevoir leurs soins et être informés de leurs traitements et consignez leurs réponses.
- Au besoin, prenez des dispositions pour obtenir les services d'un interprète convenable.
- Écoutez vos patients attentivement et confirmez que vous avez compris leurs messages.
- Assurez-vous de savoir comment le patient perçoit la santé ou la maladie.
- Admettez que les familles peuvent recourir à des traitements complémentaires et parallèles. À l'égard de certaines maladies définies, rappelez-leur que ces traitements peuvent retarder les tests biomédicaux ou les traitements médicaux et nuire à leur santé.
- Tentez de déterminer où le patient se situe dans le processus d'adaptation à la culture de son pays. Évaluez son système de soutien. Quelle est sa maîtrise de la langue ?
- Négociez un plan thérapeutique fondé sur une compréhension et une entente mutuelles.
- L'information sur la santé est généralement imprimée. Demandez si le patient ou sa famille profiterait de messages verbaux ou visuels en raison de leur culture et d'une méconnaissance de la lecture ou de l'écriture.

**Les soins de santé aux divers groupes culturels**
La préparation d'un guide pour aider les professionnels de la santé à comprendre les préférences et caractéristiques culturelles autour du monde serait une tâche gargantuesque. De plus, un tel document serait biaisé par les perspectives culturelles de l'auteur. Les professionnels de la santé du Canada proviennent de cultures de plus en plus diversifiées et ont des perceptions très variées du monde et des gens qui les consultent.
Cependant, les dispensateurs de soins devraient acquérir des habiletés en matière de compétences culturelles et de soins axés sur les patients. Ces compétences peuvent orienter l'exploration, le respect et l'utilisation des similarités et différences culturelles pour améliorer la qualité des soins et l'issue des patients. Par-dessus tout, souvenez-vous que : Les cultures sont des dynamiques,

- on observe une énorme diversité au sein d'une même culture,
- alors même que vous pensez avoir compris une culture, celle-ci aura évolué ou vous découvrirez des exceptions.

## 2- LA SANTE

- Dans l'histoire le terme santé apparaît vers l'an 1000 av J.-C. Il dérive du vieil anglais Hoelth signifiant « être en sécurité » ou « globalité du corps ».
- Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, mais « représente un état de complet bien-être physique, mental et social ». Cette définition véhicule donc une vision multidimensionnelle de l'homme dont l'épanouissement dépend à la fois du corps, de l'esprit, de conditions de vie optimales et du respect des droits fondamentaux de l'Homme.
- On retrouve le droit à la santé dans l'article 25 de la Déclaration universelle des Droits de l'Homme qui nous dit que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et celui de sa famille ».
- La notion de santé intègre deux autres termes complémentaires, le bien-être social et la qualité de vie. Dans la définition de la santé, la dimension du bien-être social a été présente dès la définition proposée par l'OMS en 1946, la santé étant définie comme « un état de bien-être physique, mental et social » qui « ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ».
- En 1986, la charte d'Ottawa va compléter cette approche de la santé comme une « ressource de la vie quotidienne qui permet, d'une part, de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci». La charte d'Ottawa reprend également les conditions nécessaires à la santé :

***« Se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable »,*** conditions qui avaient été à la base de la charte d'Alma Ata et du programme de l'accès à la santé pour tous.

## <u>II /L'influence de la société et de la culture sur : Le corps biologique</u>

Le rapport que nous avons au corps, comme la somme de connaissances acquises sur lui, constitue le fruit d'un processus socioculturel. En Occident, les représentations, traitements et statuts définis par le christianisme ont longtemps empêché l'acquisition d'un savoir empirique sur le corps. La médecine a dû patienter jusqu'au XIVème siècle pour accéder à une connaissance anatomique véritable pour mettre ensuite en place une clinique efficace.
Quant au développement des sciences de la nature, et notamment de l'anthropologie physique, il faudra attendre le XVIIIème siècle, avec les travaux de **Buffon**, pour avoir un début de connaissances qualitatives sur la variabilité morphologique du corps humain.
Dans ces approches proposées du corps, l'anthropologie biologique a d'abord étudié la variabilité de l'espèce dans les différences morphologiques observables de par le monde. Cette perspective évolutionniste avait initialement pour objectif de comprendre le positionnement de l'homme actuel au sein du processus évolutif. Puis, elle a intégré à sa réflexion le rôle de la culture dans l'évolution de l'homme et dans l'expression de sa diversité « biologique ». Lorsque l'anthropobiologiste s'intéresse aujourd'hui à cet objet qu'est le « corps », il le saisit dans une dimension holiste. Il prête attention non seulement à son support biologique, mais également aux comportements et pratiques qui interfèrent sur sa morphologie et sa génétique, et cela au gré

de la diversité des cultures. Ceci permet de revisiter l'étendue du champ du savoir sur le corps, mais aussi de mieux comprendre le rôle respectif des facteurs qui assurent sa transformation morphologique comme l'activité physique ou l'alimentation. La compréhension des processus de construction des normes corporelles, selon les périodes historiques ou les cultures, paraît fondamentale pour comprendre la réalité de la dynamique bio-corporelle qui se situe à la fois dans l'évolution des pratiques corporelles et alimentaires et des canons esthétiques. Les relations entre quantité de nourriture, nature des aliments ingérés et morphologie corporelle sont aujourd'hui reconnues. Les anthropologues se sentent questionnés sur l' « épidémie » d'obésité observable dans les pays industrialisés mais qui tend à gagner le reste du monde ; en effet, au-delà d'une lecture épidémiologique, voire clinique de l'obésité, il convient de comprendre sa variabilité au niveau de notre espèce, et son acceptation ou son refus en fonction des représentations sociales concernant le corps et l'alimentation1. Si les changements des comportements alimentaires – à la fois qualitatifs et quantitatifs – peuvent expliquer une grande partie du processus de prise de poids anticipant une modification de la morphologie corporelle, ils n'expliquent pas tout, car les problèmes physiopathologiques et/ou le changement récent de mode de vie, en particulier son impact sur la dépense énergétique, sont aussi responsables des modifications corporelles observables. Cette transformation morphologique nous interroge à la fois sur notre rapport à l'alimentation, c'est-à-dire aux modes de consommation de celle-ci, mais aussi sur nos modèles de construction corporelle possibles dans nos différentes sociétés.

Les normes biomédicales

Les études d'épidémiologie montrent que le surpoids et l'obésité sont associés à différentes pathologies : l'hypertension artérielle, le diabète, le cholestérol... Ces études ont permis de construire des modèles de probabilité d'apparition des pathologies.

Le corps entre normes biologiques et normes sociales

Les sociétés ont construit des rapports différenciés au corps. Celui-ci peut être tour à tour producteur d'identité par son apparence comme les tatouages, les vêtements, les maquillages qui le décorent ou, au contraire, être délaissé au profit de l'âme ou de l'esprit. Les constructions normatives corporelles d'aujourd'hui visent à rendre compte de positions culturelles ou sociales que l'on retrouve en particulier sur la question pondérale, mais aussi sur la silhouette, sur la peau ou sur le visage. Les normes corporelles de demain devront intégrer la biotechnologie dans des perspectives d'augmentation des capacités physiologiques.

**L'influence de la société et de la culture sur la douleur :**

- **Facteurs culturels et douleur**.

1- Perception de la douleur.

2- L'individu.

3-Selon CARR et coll (98)' la culture joue un rôle crucial dans l'expérience individuelle de la douleur.

**La représentation du corps humain.**

Et cela commence par l'élément qui ressent la douleur chronique : le corps humain. La psychiatre et psychanalyste d'origine allemande G. PANKOW (99) met en évidence quatre composantes, d'importance égal, essentielles à la représentation culturelle du corps humain par toute femme, tout homme dans le groupe culturel où elle ou il vit. - La forme donne aux différentes parties du corps des limites précises dans l'espace et une unité signifiante. - Le contenu prouve à la personne que son corps est sien, unique, familier, organisé, tout ce qu'il ressent a donc un sens, une signification. - Le savoir est la connaissance plus ou moins poussée de la façon dont les organes et les fonctions s'agencent et de l'idée que la société se fait de l'épaisseur invisible du corps. - La valeur est donnée par le groupe culturel d'appartenance : regard des autres et jugement culturel qui touchent l'individu et influencent son jugement sur lui-même. Comme le fait remarquer D. LE BRETON: Cette structure anthropologique [de G. PANKOW] permet à chaque auteur d'habiter familièrement son corps avec la sécurité et les repères suffisants au déploiement de son existence. »

- **L'influence de la société et de la culture sur La souffrance**

Les médecins, plus particulièrement le généraliste, sont confrontés, lors de leurs consultations, à une grande diversité de patients et de doléances. En particulier dans le cas de la douleur chronique telles que lombalgie, céphalées par exemples, qui mobilise le patient et son entourage, il est important pour le médecin d'évaluer et décrire le contexte social, culturel voire religieux dans lequel le patient exprime sa douleur. Ces données

environnementales peuvent lui permettre de mieux communiquer avec le malade pour mieux le prendre en charge.

- **Le cadre social d'expression de la douleur :**

La société fournit un cadre social à l'expression de la douleur. La douleur est, en effet, régie socialement et constitue, souvent à l'insu du patient, un choix dirigé par les normes à ne pas dépasser, les rites à respecter (76) sous peine d'incompréhension voire de rejet par l'entourage donc d'isolement social

Le groupe culturel

- La conception culturelle de la douleur et de la douleur chronique.

Au niveau du groupe culturel, nous retenons tout d'abord la conception culturelle de la douleur et de la douleur chronique. WEISSMAN et coll. (123) rappelle que la signification de la douleur est influencée par l'environnement culturel des personnes. En effet, certains groupes culturels voient en la douleur chronique une épreuve, à laquelle il est nécessaire d'être confronté au cours de la vie pour acquérir de la maturité. D'autres y voient un rituel de passage, imposé par un être suprême donc pas choisi dans le moment de survenue ni dans la forme. D'autres peuvent aussi y voir l'occasion pour le patient douloureux chronique de prouver sa résistance, sa volonté de combattre la douleur et d'acquérir ainsi l'estime des membres du groupe

**III/ Déterminants de santé**

Rôle important dans l'apparition ou l'entretien de la maladie chronique, Ils peuvent se combiner entre eux.

- Ils correspondent à des facteurs individuels et collectifs,
-économiques
- psychosociaux, et environnementaux
-Ils influencent l'état de santé sans engendrer directement une maladie.

**Différentes divisions des Déterminants de santé :**

**Division 1 :** Déterminants de santé

- Endogènes
- Maladie transmissible contact avec un individu atteintυPatrimoine génétique et biologiqueυEx myopathie de Duchenne, dépistage à la naissance (hypothyroïdie congénitale, drépanocytose, hyperplasie congénitale des surrénales, phénylcétonurie, mucoviscidose) dépistage prénatal de la trisomie
- Environnementaux :
- Environnement physique : qualité de l'air, de l'eau, et du sol, logement adéquat. Exposition à des perturbateurs endocriniens. Réchauffement climatique

**Division 2 : Déterminants de santé**

-Déterminants sociaux :

-Développement de la Petite Enfance : expériences vécues durant la période prénatale et la petite enfance.

-Niveau d'instruction

-Emploi et conditions de travail (Chômage, sous-emploi, stress). Précarité et situation sociale.

-Environnements sociaux : cohésion et soutien de la collectivité ; Service de santé. Réseau de soutien social : famille, amis, collectivité.υMilieu ethnique et culturel

-Déterminants comportementaux :υHabitudes de vie : tabagisme, alcool, consommation de drogue, alimentation, activités physiques et sédentarité.

**Références**

1. University of Minnesota, Center for Advanced Research on Language Acquisition. What is culture?
2. Nova Scotia Department of Health, Primary Health Care Section, 2005. A cultural competence guide for primary health care professionals in Nova Scotia.
3. Kodjo, C. Cultural competence in clinician communication. Paediatr Rev 2009 ; 30(2) :57-64.
4. University of Washington Medical Center. Communication Guide : All Cultures. Culture Clue for Clinicians, 2011.
5. G. Boëtsch, « L'obésité dans les sociétés occidentales, le pondérisme entre normes bio-médicales et représentations sociales », La lettre scientifique de l'Institut Français pour la Nutrition, N° 110, décembre 2005, « Alimentation, image du corps et santé », pp. 2-5.2 WHO, Consultation on Obesity, Obesity : preventing and managing the global epidemic, WHO Technical Report Series 894, Geneva, 2000.
6. Le corps entre normes biologiques et normes sociales Anthropobiologiste, directeur de recherche au CNRS, directeur de l'UMI 3189 « Environnement - Santé - Sociétés » (CNRS/UCAD/UB/CNRST) Par Gilles BOËTSCH
7. G. Boëtsch, « Les variations historiques et culturelles de la morphologie corporelle », Médecine et nutrition, 2006, 42(1) : 29-35.
8. Adapté et traduit de la diapositive 11, *Cross-cultural communication. Clinical Cultural Competency Series*. Courtoisie du *Centre for Innovation & Excellence in Child & Family Centred Care, The Hospital for Sick Children*

Mme L. KHAMMAR .EP HADJADJ, Mail **: loubna.khammar @yahoo.fr**

Merci