

Dépistage en santé

Défis d'un choix éclairé

Alice Tofan, MD
Conseillère en santé

JASP 2010

Objectifs pédagogiques de l'avant-midi

1. Définir la décision éclairée et établir les distinctions avec les concepts apparentés.
2. Examiner d'un point de vue éthique la décision éclairée en santé publique.
3. Discuter les défis posés par :
 - la marginalisation
 - la littératie
 - la numératie
 - les inégalités sociales
 - les particularités culturelles

au regard de la décision éclairée.

Observation 1

- Ma présentation fait suite à une recherche analytique cumulative :
 - bibliographique
 - synthétique de toutes mes expériences dans 2 sociétés opposées : socialisme et capitalisme
 - professionnelles – avec un écoute attentif, surtout pour les femmes et leurs familles
 - en santé
 - en social
 - de vie
 - personnelle avec mes témoignages de survivante de 2 cancers féminins (sein et ovaire)
 - familiale avec mes témoignages d'accompagnatrice
- ✂ Je me suis permis à synthétiser le tout à ma manière et à interpréter et conceptualiser les phénomènes qui jusqu'ici étaient pas considérés.

3

Observation 2



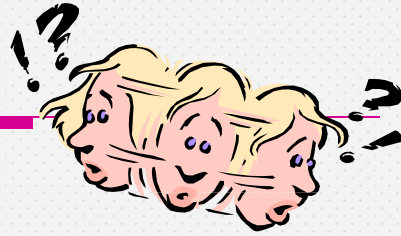
- Les propos sur le choix éclairé s'adressent au dépistage du cancer du sein

♻ Mais, ils sont transférables

- au dépistage
 - d'un autre cancer
 - ou d'une maladie chronique
- au choix d'un traitement

4

Observation 3



Les propos sur le choix éclairé se réfèrent :

- aux femmes en général
- et aussi :
- aux femmes immigrantes avec leurs besoins particuliers

5

Qu'est-ce que

la littératie et la numératie



❖ Selon l'OCDE, la **littératie** est « l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités. » (dans le rapport publié le 14 juin 2000 : "La littératie à l'ère de l'information")

❖ Selon ACSP, la **littératie en santé** désigne la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie.

❖ Selon ACPS, la **numératie** = les connaissances et les compétences nécessaires pour appliquer des opérations mathématiques présentes dans des documents imprimés.

- pour la clientèle
- pour les intervenants
- pour les alphabétiseurs

lettres et chiffres

6

À quoi nous serve la littératie ?

À pouvoir faire un choix éclairé

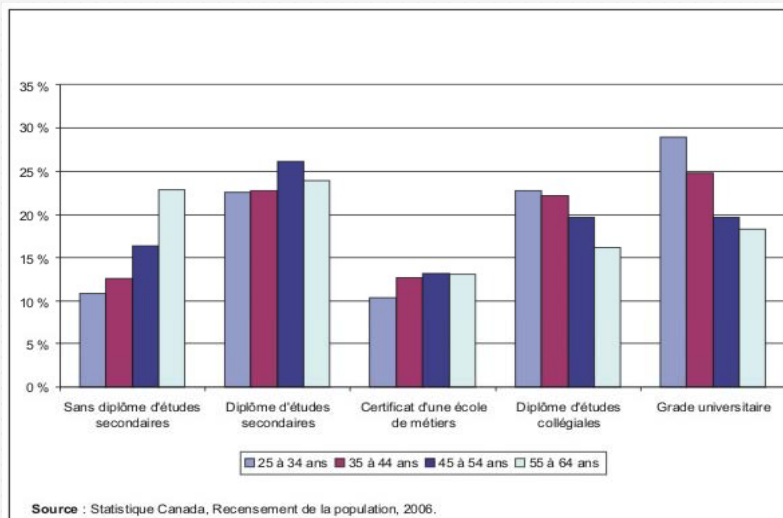
- Pour une personne en santé = La connaissance des facteurs de risque et de protection qui permettent de :
 - prévenir la survenue de maladies
 - d'ajuster son style de vie aux changements physiques qui accompagnent le phénomène du vieillissement
 - de dépister les maladies
- Pour le malade :
 - des tests à passer
 - du traitement à suivre

Les Montréalaises se sont prononcées sur les causes du cancer du sein :

- stress
- hérédité
- hormonothérapie de remplacement

7

Proportion de la population âgée de 25 à 64 ans selon le niveau de scolarité atteint et les groupes d'âge. Statistique Canada, Recensement 2006.



8

Qq STATISTIQUES

Statistique Canada 2006

Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA) 2007-08 ... et plus

- ❑ 48 % des personnes de plus de 16 ans ont un faible niveau de littératie et de numératie.
- ❑ il est soupçonné que le pourcentage des gens ayant un faible niveau de littératie en santé est encore plus important.
- ❑ 60 % des adultes au Canada n'ont pas la capacité d'obtenir des informations et des services de santé, de les comprendre et d'en prendre acte, ni de prendre seuls des décisions éclairées sur leur santé.
- ❑ 88 % des personnes de plus de 65 ans n'ont pas les capacités de lecture et d'écriture nécessaires pour traiter l'information sanitaire.
- ❑ Les immigrants, les chômeurs et les allophones obtiennent aussi des notes très inférieures à la moyenne pour la littératie en santé.

- ❑ ... Une étude menée récemment aux États-Unis sur les taux de mortalité dans un groupe de 3 260 adultes de plus de 56 ans vivant dans quatre zones métropolitaines a constaté que les personnes dont les niveaux de littératie en santé étaient insuffisants ou marginaux avaient des taux de mortalité 50 % plus élevés, sur une période de cinq ans, que les personnes ayant des aptitudes suffisantes. (Baker et coll., É-U, 2007).
- ❑ ... Une faible littératie en santé était la principale variable prédictive de la mortalité après le tabagisme, une variable beaucoup plus fiable à cet égard que le revenu ou le nombre d'années de scolarité (Baker et coll., É-U, 2007).

9

La littératie aujourd'hui



dans le contexte du 3e vague de la société humaine,
cette époque de l'informatique, de mondialisation,
avec la démassification de l'information ... ???

- ❑ pour la clientèle
- ❑ pour les intervenants



Quel effet a la littératie

sur le travail des professionnels de la santé publique ?₁₀

Le meilleur choix

en tenant compte, entre autres, de :

1. valeurs :

- de la personne concernée
- les notre

2. connaissances scientifiques :

- les notre
- de la personne concernée

3. contraintes de temps de 2 parts :

- pour les intervenantes - à apprendre et à expliquer
- pour les clientes - à s'informer et à comprendre



11

Il peut s'en suivre :

□ la possibilité de manipulation

à cause de 1 et 2

□ Important = l'honnêteté
du professionnel

12

Situer les défis tenant compte

- des valeurs individuelles
- de l'état de santé de la personne
- du vécu de la personne
 - développement pendant l'enfance
 - expériences de vie
 - parcours migratoire
- du contexte de sa vie actuelle
 - contexte familial avec ses ressources
 - contexte sociétal avec ses offres



❖ Les défis = franchir les barrières suivantes

13

BARRIÈRES au DÉPISTAGE

- Facteurs relatifs aux conditions prémigratoires
- Barrières générales
limitant l'accès aux services de santé
- Barrières spécifiques
à la mammographie



14

Barrières



- Attribuables **au système de santé**
- Attribuables **à l'environnement**
- Attribuables **aux femmes**
 - Générale valables** pour les femmes de toutes les origines
 - Spécifiques** aux femmes de communautés culturelles immigrantes
 - La distance culturelle qui sépare les 2 cultures :
 - d'origine
 - d'accueil

15

Où situer la littératie et la numératie lettres et chiffres

*Le temps de la
Presse écrite et parlée*

- Langue/langues
 - maternelle
 - secondaire
 - apprise
- Langue et sa maîtrise
 - parlée
 - écrite
- Niveau de compréhension
- Le talent
- Niveau de scolarité
- ☺ Les surdoués ⇌ autodidactes
- ⊗ Personnes avec troubles mentaux
 - Congénitaux
 - Gagnées par
 - accident
 - maladie
- Définitives
- Temporaires

Parmi nous, dans la salle
il n'y a aucun illettré.

16

À ne pas sous-estimer



- Les analphabètes peuvent avoir de connaissances en santé, par :
 - transmission orale d'une génération à l'autre
 - expérience / son vécu

17

Où situer

Aujourd'hui, le temps des Informations informatisées

la littératie et la numératie

- Niveau de compréhension
- Les habilités
- Niveau de scolarité
- ☺ Les surdoués
- ☹ Personnes avec tr. mentaux

- Langue et sa maîtrise
 - ☐ parlée
 - ☐ écrite
- Pour comprendre les instructions
- Pour lire les informations

Parlant ordinateur et +,
moitié de la salle est
« analphabète »

18

Barrières attribuables au système de santé

- Accessibilité et adéquation des services
- Coûts
- Attitudes des médecins quant aux recommandations pour le dépistage
- Administration du programme respectif



*Plusieurs femmes concernées par le PQDCS ont déclaré *n'avoir jamais reçu de lettre les invitant à passer une mammographie.*

19

Obstacles systémiques



- le manque de programmes abordables d'enseignement du français ou de l'anglais langue seconde et de programmes communautaires d'amélioration de la littératie;
- une formation et une sensibilisation insuffisantes en milieu de travail;
- la confusion et les contradictions dans l'information sanitaire véhiculée dans les médias et sur Internet;
- la complexité des systèmes de santé;
- le niveau élevé de littératie nécessaire pour comprendre les régimes d'autosoins des maladies chroniques;
- le manque de sensibilisation et de connaissances sur la littératie en santé, tant chez les professionnels de la santé que chez les alphabétiseurs;
- les informations scientifiques sur les impacts positifs et négatifs de la participation à un programme de dépistage sont souvent difficiles à comprendre et complexifient le processus de décision;
- il n'existe pas de mécanismes permanents pour le partage des pratiques exemplaires à l'échelle du pays.

20

Barrières attribuables à l'environnement



physique ou social

- la qualité en termes de santé et de sécurité des
 - endroits où l'on vit et étudie
 - milieux du travail
- la qualité de l'environnement « naturel »
 - l'eau qu'on boit
 - l'air qu'on respire
- une mobilisation communautaire moins importante =
= moins de mobilisation = moins de promotion en santé

21

Barrières attribuables aux femmes

- **Bagage émotionnel**
 - Pudeur de se dévêtir (bagage personnel ou culturellement fondée)
 - Peur et désespoir advenant un éventuel diagnostic de cancer
- **Bagage culturel**
 - Langue/es
 - Valeurs
 - Croyances
 - Histoire collective
 - Discrimination
 - D'autres types de médecines
- **Bagage personnel**
 - Niveau de compréhension et de scolarité
 - Connaissances en santé
 - Prévention
 - Dépistage
 - Moyens de dépistage
 - Histoire personnelle de santé
 - Recours à d'autres types de médecines
 - Trajectoire migratoire
 - Discriminations vécues



22

Obstacles individuels qui nuisent à la littératie en santé

- le manque de ressources financières
- la diminution des facultés associée au vieillissement
- les faibles niveaux d'instruction
- le statut social
- le manque de connaissances et de compétences en matière de santé
- le fait d'avoir une langue maternelle autre que le français ou l'anglais
- le fait d'être handicapé
- les préjugés > la stigmatisation sociale discriminatoire
- les mauvaises expériences de la petite enfance (manque d'amour et de stimulation)
- les activités propres à chacun – soins d'hygiène personnelle
 - les aliments qu'on consomme
 - le fait de fumer
 - le sédentarisme /de ne pas faire de l'exercice
 - Attention au temps assis :
 - à l'ordinateur
 - à la TÉLÉ



23

Facteurs relatifs aux conditions prémigratoires

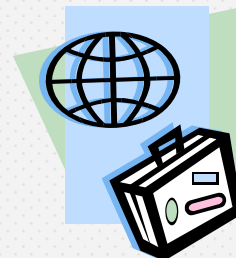
influencent sur l'état de santé de l'individu et sur sa capacité d'adaptation

1. Facteurs biologiques

- son patrimoine génétique
- son bagage immunitaire
 - ses carences
 - ses maladies

2. Distance culturelle qui sépare
la culture d'origine et la culture d'accueil

3. Facteurs liés aux conditions du
départ de la société d'origine



Le cas des réfugiés politiques qui font d'elles des personnes à la santé très vulnérable (ACCÉSSS 1999)

24

Période d'adaptation

tributaire de

- sa trajectoire migratoire
Joël Fronteau (2000) :
La migration touche ***l'image de soi***
l'identité personnelle et sociale
- l'âge à l'arrivée (Alice Tofan, ACCESSS 2005)
- le sexe
- les attentes de chaque migrant
- sa capacité d'adaptation avec ses limites
- le temps depuis l'arrivée



L'objectif de l'adaptation = la recherche de l'équilibre

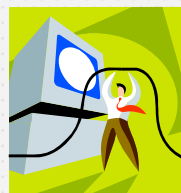
Stratégies de survie

25

La santé et le bien-être relèvent bien plus
de la sphère familiale qu'individuelle

L'immigration affecte davantage la santé des femmes

- L'homme aura tendance à s'en tenir à des activités de type instrumental (orientées sur le présent et le futur) de contact avec l'environnement présent; qui contribueront à son adaptation.
- La femme s'en tiendra plutôt à des activités de type affectif (orientées vers le présent et le passé) de contact avec l'environnement antérieur, qui contribueront à construire son isolement.



26

Barrières limitant l'accès aux services de santé

voir aux programmes de prévention

résumées selon Gravel et Battaglini (2000) et modifiées par Alice Tofan (2006)

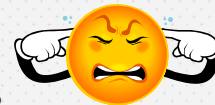


- Méconnaissance des ressources disponibles
- Difficultés dites objectives (économiques, géographiques et politico-administratives)
- Problèmes linguistiques et de communication
- Facteurs liés à la culture et à la perception de la santé en fonction de ses propres valeurs

Effet des perceptions sur la problématique elle-même comme la mammographie n'est pas nécessaire. Les femmes ne perçoivent pas leur propre vulnérabilité au cancer du sein et ne se voient pas comme étant à risque si elles sont asymptomatiques ou si elles ne possèdent pas d'antécédents familiaux à cet effet.

27

Connaissance et accès aux services de santé disponibles



La méconnaissance

- des établissements et programmes
- de leur rôle respectif
- de leur mode de fonctionnement

La majorité des membres des communautés ethnoculturelles — soit 61% d'entre eux — méconnaît les services d'aide à la famille.

28

Causes de la sous-utilisation des services de dépistage par les femmes

- ❑ méconnaissance de la démarche de dépistage et de sa nécessité
- ❑ absence de symptômes
- ❑ oubli
- ❑ ne pas être référée par un médecin
- ❑ autres priorités que leur santé, surtout pour les mères, en terme d'importance, de temps et d'argent (ex. pour le transport)
- ❑ système de communication déficitaire :
 - Compréhension de la langue
 - Compréhension du langage parlé
 - Dialogue inefficace.

Il faut être bien présentes et attentives les 2 personnes.

29

Tableau 2

Indicateurs de performance, cibles et résultats du PQDCS en 2004-2005

Objectif 10 : Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) et la fonction assurance qualité selon les normes établies dans le cadre de référence du programme.

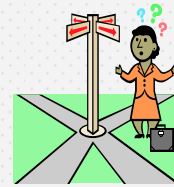
INDICATEURS	Cibles 2004-2005	Résultats 2004-2005
Taux de participation au programme	Une hausse de 5 % du taux de participation au programme, soit un taux de 48,6 %	47,9 %
Taux de cancers détectés	Un taux de cancers détectés plus grand que 5,0/1 000 en dépistage initial	6,4/1 000 en dépistage initial
	Un taux de cancers détectés supérieur à 3,5/1 000 en dépistages subséquents	5,4/1 000 en dépistages subséquents
Taux de référence pour investigation	Une réduction de 1 point de % du taux de référence pour investigation en dépistage initial, pour atteindre 12,8 %	14,5 % en dépistage initial
	Une réduction de 0,5 point de % du taux de référence pour investigation en dépistages subséquents, pour atteindre 7,9 %	7,9 % en dépistages subséquents

En 2004-2005, le taux de participation est de 47,9 %, soit légèrement inférieur à la cible visée de 48,6 %. Cette situation s'explique essentiellement par deux ordres de facteurs, l'un lié à l'organisation des services, l'autre à la pénurie de main-d'œuvre.

30

Méconnaissance de la problématique du cancer du sein et des ressources disponibles

- de la problématique elle-même (incidence, mortalité ...)
- des facteurs de risque et de protection
- des services disponibles dans la communauté
 - bibliothèques
 - banque d'interprètes
- du Réseau SSS et d'accès à ses services



Attention

Il est à noter que la mammographie ne peut déceler qu'une anomalie au sein. Pour un diagnostic d'une tumeur cancéreuse, il faut des examens complémentaires

Mammographie = la méthode la plus efficace pour dépister le cancer du sein. Toutefois, elle a aussi ses limites : chez près de 7 % des participantes les résultats sont incertains.

31

Le taux de mortalité

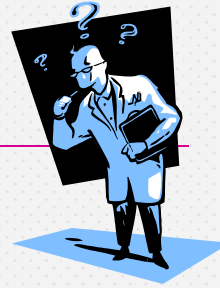
relatif au cancer du sein, demeure plus élevé chez

- les femmes immigrantes
- les femmes moins nanties
- les femmes moins scolarisées



32

Barrières face à la mammographie



- Peur d'être irradiée
- Inconfort, voire de la douleur, à la compression du sein
- Crainte des effets négatifs de la pression exercée sur les seins *qui pourrait favoriser le développement d'un cancer du sein*
- Inquiétude vis-à-vis du formulaire de consentement / **changement**
- Effet des *perceptions* sur la problématique elle-même comme ... *la mammographie n'est pas nécessaire.*

Les femmes ne perçoivent pas leur propre vulnérabilité au cancer du sein et ne se voient pas comme étant à risque si elles sont asymptomatiques ou si elles ne possèdent pas d'antécédents familiaux à cet effet.

- Peu d'information disponible pour se préparer à cet examen
- Relation nonconfiante médecin-cliente
- Absence d'un médecin de famille
- Barrière linguistique
- Peu de cliniques accessibles et adaptées aux besoins des femmes handicapées 33

Barrières réelles en éducation sanitaire

Aux yeux des clientes, ce qui constituait la barrière à la participation, c'étaient la langue et l'administration du programme et non pas le manque d'intérêt pour les programmes de prévention (comme l'affirmaient les statistiques).

- Manque de connaissances**
 - Les **barrières linguistiques** seraient donc à l'origine de difficultés d'accès à l'information sur la santé.
- Facteurs sociodémographiques** sont les déterminants plus forts.
- Facteurs liés à l'ethnicité**
- Effets intermédiaires** qui pourraient affecter le taux de participation



34

Effets des barrières linguistiques

- à l'accès initial aux services
- sur la qualité des soins et des services
- sur la santé et l'utilisation des services
 - * Solution stressante : L'utilisation comme interprète de l'enfant de parents qui ne parlent pas une des langues officielles.

Au Canada, étant donné que ni l'ethnicité ni la langue ne sont codées régulièrement dans les données administratives des systèmes de santé, on ne peut pas faire une analyse secondaire de données à des fins d'estimation.

35

Effets des barrières linguistiques à l'accès initial aux services

- Méconnaissance d'au moins d'une des deux langues officielles = Langue
- Concordance linguistique entre l'intervenant et la cliente = Langue et Valeurs



36

Proportion des personnes faisant face à des barrières linguistiques qui reçoivent des services

ACCÉSSS : Enquête transversale auprès de patients pour déterminer :

- ❑ à quelle fréquence des interprètes étaient employés pour communiquer avec des patients allophones;
 - ❑ quel était le besoin perçu d'avoir un interprète comparativement à l'utilisation effective d'un interprète;
 - ❑ quel était l'impact de l'utilisation d'un interprète sur la connaissance subjective qu'avaient les patients du diagnostic et du traitement;
 - ❑ quelle était la compréhension objective des patients des instructions reçues au congé d'hôpital;
 - ❑ quelle était la concordance linguistique entre l'intervenant et la cliente.
-

37

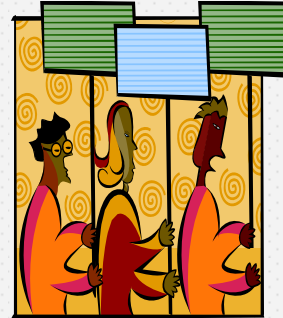
Besoins en services d'interprétation - 2001

- ❑ On évalue à 17 % la proportion de Canadiens dont la langue maternelle est autre que l'anglais ou le français.
 - ❑ Environ 10 % de la population parle une langue « non officielle » à la maison.
 - ❑ Au moment de leur arrivée au Canada, 42 % des immigrants ne parlent ni français ni anglais. Cette proportion est plus forte dans beaucoup de populations de réfugiés.
 - ❑ Le quart des Autochtones déclare avoir une langue maternelle autre que l'anglais ou le français. Cette proportion s'élève à 90% à Nunavut, où 26 % des Inuits sont unilingues.
 - ❑ Selon l'Association des sourds du Canada, 300 000 personnes sourdes dépendent du langage gestuel américain (ASL) pour communiquer, sur un total de 1,2 million de personnes sourdes ou malentendantes.
 - ❑ Il est possible que les francophones hors Québec (environ 3 % des Canadiens vivant à l'extérieur du Québec déclarent que le français est la langue d'usage à la maison) et les anglophones vivant au Québec (10,5 % de la population québécoise) se heurtent à des barrières semblables.
-

38

Facteurs sociodémographiques

- Âge
- Statut d'immigration
- Manque de confiance
- Statut socio-économique
 - emploi/travail
- Revenu
- Avoir une santé défaillante
- Être sans assurance-maladie
- Être sans source régulière de soins
- Niveau de scolarité et +
 - le niveau d'études des parents, dont celui de la mère étant particulièrement important à cet égard.
 - **littératie et numératie**
- ...



39

Conditions socio-économiques

La situation socioéconomique difficile, voire précaire

pour ceux et celles qui :

- ne disposent pas de réseau de soutien
 - sont sans ressources financières ou à la limite de la survie
 - ne possèdent pas de qualifications professionnelles
 - conservent des séquelles de la violence subie : dans la famille ou la société d'ici ou d'ailleurs
 - sont récupérés par des membres de leur communauté ethnoculturelle comme travailleurs au noir
- L'espérance de vie et presque partout au monde plus grande pour les femmes.
 - Les femmes immigrant à un âge tardif seraient plus nombreuses que les hommes, la plupart d'entre elles étant veuves.
Au Canada, EVN : F=83 ans et H=78,4 ans
- ☞ Chez les femmes âgées, l'incidence de la pauvreté se veut la plus élevée, les Immigrées âgées étant les plus pauvres.



La pauvreté, plus que toute autre variable, a été associée de façon répétitive à un large éventail de maladies, incluant à la fois l'incidence et le taux de survie à un cancer du sein.

40

Facteurs liés à l'ethnicité



- Langue
- Différences de croyances culturelles
- Discrimination systémique
 - Une plus faible participation aux programmes est également déterminée par des intervenants qui peuvent avoir l'impression qu'une thérapie ne sera d'aucune utilité pour des personnes qui n'ont qu'une connaissance limitée d'une des langues officielles. Ainsi, les intervenants peuvent être moins portés à commencer ou à poursuivre une thérapie.
- Différentes pratiques culturelles
 - Les groupes ethniques tendent à faire une plus grande utilisation des services recommandés par le médecin
 - La communication avec les membres de la famille est importante
 - Des signaux non verbaux qui peuvent différer d'un groupe culturel à l'autre.
 - *La présence d'un interprète non formé peut créer des distorsions supplémentaires, et toute brèche dans la confidentialité peut avoir des conséquences dévastatrices.
 - *Les taux d'abandon peuvent être plus élevés en raison de services culturellement ou linguistiquement inappropriés (Flaskerud, 1986).
- Des interprètes professionnels ne sont pas disponibles.

Cela peut aussi conduire à un évitement des soins et à une hésitation à divulguer des informations de nature gênante ou stigmatisante.
- Nombre d'années qu'elles avaient passées au Canada.
 - *Les immigrants qui vivent au pays depuis plus de 10 ans sont beaucoup plus susceptibles que les personnes nées au Canada d'avoir un médecin régulier (ACCESSS, 2002)

41

- Diversité culturelle

Alphabets et LANGUES - 1



- **Alphabet GREC ancien (langue grecque archaïque)**
 - grec
 - cyrillique : langues balto-slaves, langues turciques, langues mongoles
 - écriture étrusque
- **Alphabet LATIN** et la plupart des langues européennes

L'écriture **latine** provient de l'écriture **étrusque** (Italie VIIe –IVe siècle av. J.-C.)

 - Langues romanes : espagnol, portugais, français, italien, roumain, croate, ...
 - Langues celtiques
 - Langues germaniques
- **Alphabet ARABE**
 - Langues indo-européennes : arabe, persan, baloutche, ourdou, kurde, pachto, sindhi
- **Écriture alphasyllabaire = le SANSKRIT**
 - Langues indiennes : hindi, népalais, marâthi, ...
- **Langues JUDAÏQUES**
 - Hébreu avec 2 dialectes
 - Yddish par les Ashkénazes
 - Judéo-espagnol par les Sépharades

en 220 pays = 6800 langues

42

- Alphabets et LANGUES – 2 -

- **Alphabet Pan-nigérian**
- Alphabet international de Niamey et **langues africaines** :
 - Langues afro-asiatiques : sémitique, égyptien, berbères
 - Langues nilo-sahariennes
 - Langues ouest-atlantiques
 - Langues khoïsan ou langues khoï sont parlées en Afrique australe
- Alphabet phonétique international
- **Langues japoniques** : le japonais
- **Caractères**
 - **Langues chinoises**
 - mandarin
 - cantonais
 - cyrillisation du chinois
 - romanisation des langues chinoise

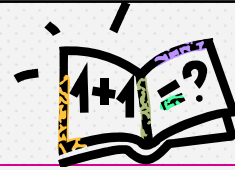
43

- Alphabets et LANGUES – 3 -

- **Esperanto**
- ...
- **Langues des signes** (pour malentendants)
 - internationale
 - langage gestuel américain (ASL)
- ...
- **Langage Braille** pour la déficience visuelle avancée
- ...
- **Langage informatique SMS**
- ...

44

Chiffres



- Marques numériques - en Paléolithique (30 000 ans environ av. J.-C.).
- Numération égyptienne hiéroglyphe – 3500 avant J.-C.
- Numérotation sumérienne cunéiformes. – vers 3300 avant J.-C.
- Numération hébraïque *alphabétique lunaire*, au 4e siècle avant J.-C.
- Chiffres chinois – 1300 avant J.-C.
- Numération grecque = alphabétique vers 300 avant J.-C.
 - Archimède (287-212 avant J.-C.) système de 10 à une puissance énorme
- Numération de 1 à 9 = en Inde, 2^e siècle avant J.-C. + nom SIFR + 0 = le zéro
- Chiffres arabes et CALCUL = an 773
- Chiffres étrusques, de la pratique de *l'entaille*, comme ceux romains
- Chiffres romains = graphismes avec forme finale récente : 1^e siècle avant J.-C.
- Numération Maya *solaire* à base vicésimale (20), vers 250-950 après J.-C.
- En Europe = Numération indo-arabe (venue de maures de l'Espagne) imposée en 999 par le Pape français Sylvestre II
 - dérivés de « ghubâr » pour les Occidentaux
 - dérivés de « hindis » pour les Orientaux

45

Système de communication

Son → Parole
Langue parlée → **Écoute**
 1er Système de Communication

Lettre → Alphabet → Mot
Langue écrite → **Lecture**
 Chiffre → Numérotation

Langage + Imaginaire
Image

► **SAVOIR** ► **Créativité** ►

Langages spécialisés

- Littérature
- Numération,
- Langages informatisés (logiciels)
- Communications Internet

Formes de com

- Écriture
- Auditive
- Visuelle

Moyens de com

- Livres ...
- Journaux
- Conférences

- ⊙ **Radio**
- ⊙ **Téléphone**
- ⊙ **Télévision**
- ⊙ ⊙ **Ordinateur**

Leur circulation

46

Phénomènes observés

à part l'adaptation

- **Acculturation** = le processus par lequel les personnes qui arrivent dans une nouvelle société en viennent à adopter de plus en plus ses croyances, ses valeurs et ses pratiques et à ressembler davantage aux autres membres de la société d'accueil.

- Ethnicité en tant que facteur de substitution pour le statut socio-économique.

47

Effets intermédiaires

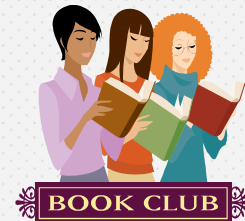
qui pourraient affecter le taux de participation

- **Délai dans la recherche des services et des soins**
 - Longue période d'attente pour un Rendez-vous en Radiologie.
 - Période longue et stressante d'attente des résultats.
- Mauvais diagnostics antérieur
- **Traitements inappropriés et lésions causées par une faute professionnelle**
- Compréhension et observance réduites

48

Variations culturelles et santé

- Influence de la culture sur la santé
 - **habitudes de vie et de soins d'hygiène personnelle**
 - Alimentation / nutrition
 - Pratiques sexuelles
 - Accoutumance ou non
 - au tabac
 - aux drogues
 - à l'alcool
 - aux jeux
 - Exercice ou sédentarisme
 - Loisirs
 - **pratiques d'intervention**
 - vision holistique de la santé versus *spécialisation en telle maladie*
 - perspective préventive versus perspective interventionniste curative
- Regard sur la notion de **santé en approche interculturelle** versus **approche transculturelle** quand on applique l'approche populationnelle.
 - les tabous d'une culture à l'autre en fonction de conditions de vie
 - la perception de la santé en fonction de ses propres valeurs



49

Dualismes dans la société développée

- **savoirs experts / savoirs populaires**
- logique individualiste / logique communautaire (approche)
 - conception *individualiste* de la personne, encourageant l'autonomie et l'indépendance de l'individu
 - conception *holiste, communautaire* qui valorise l'appartenance, la fidélité aux groupes primaires (famille, clan, tribu, communauté nationale ou religieuse) et l'interdépendance de ses membres qui peut se traduire chez une clientèle immigrante, par exemple, par une présence et une implication plus importante de la famille et des proches auprès de la personne malade.
- biomédecine / médecines alternatives
(médecine moderne) (médecines traditionnelles)

Biomédecine et culture

Manque de sensibilité à la *dimension socioculturelle du client* de la part des médecins.



50

Déterminants de la santé

Les déterminants sociaux de la santé:

1. l'inégalité des revenus Fréquence du faible revenu en 2000
Canada=16,2%
Québec=19,1%
 2. l'inclusion et l'exclusion sociales
 3. la sécurité d'emploi
 4. les conditions de travail
 5. la contribution de l'économie sociale
 6. les services de garde et d'éducation de la petite enfance
 7. la sécurité alimentaire
 8. le logement
 9. l'éducation
-

51

- Bilan de santé du Canada (2008)

Indicateurs de la santé

1. Accès à un médecin régulier = 84,4 %
 2. Activité physique durant les loisirs (2008) = 50,6 %
 3. Consommation abusive d'alcool (2008) = 16,7 %
 4. Embonpoint et obésité chez les adultes (2008) = 51,1 %
 5. Embonpoint et obésité chez les jeunes (2008) = 19,3 %
 6. Espérance de vie – femmes (2006) = 83,0 années
 7. Espérance de vie – hommes (2006) = 78,4 années
 8. Hypertension artérielle (2008) = 16,4 %
 9. Tabagisme (2008) = 21,4 %
 10. Taux de mortalité (pour 1 000 personnes) 2007/2008 = 7,2
 11. Taux de natalité (pour 1 000 personnes) 2007-2008 = 11,1
-

52

Facteurs et effets - 1

- Les inégalités sociales
- La faible littératie et numératie
- Les particularités culturelles



- Les préjugés
- Les discriminations
- Le racisme



- La marginalisation



Conséquences sur la santé

- inquiétude
- solitude
- isolement
- dépression



53

Facteurs et effets - 2

- Bagage génétique
- Facteurs socio-économiques et environnementaux

+

- Niveau éducationnel



- Type de comportement individuel



- Influence sur l'adaptation

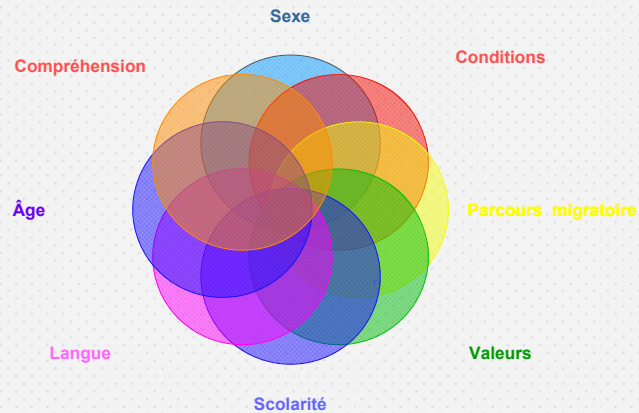


54

Intersectionnalité

Alice Tofan, JASP 2010

l'interaction de déterminants de la santé qui changent à tout moment de la vie



Alice Tofan, JASP 2010 : Intersectionnalité = un schéma qu'on peut appliquer à la vie⁵⁵ d'une personne, d'une communauté ou d'une société.

Plan symbolique

- Sur un plan symbolique, le cancer évoque la mort, la guerre, le désordre cellulaire et les forces du Mal. La tumeur cancéreuse fait donc surgir en nous des images terrifiantes, et continue de hanter notre inconscient collectif.

Le cancer ne représente donc pas n'importe qu'elle maladie.

- De surcroît, lorsque le cancer s'attaque au sein (qui n'est pas n'importe quel organe), il peut produire un effet dévastateur.

Pourtant, le cancer du sein passe parmi les cancers les plus guérissables. Alors pourquoi fait-il si peur?

56

Réponse

- Il faut pouvoir prendre conscience du poids du psychologique dans la représentation que les femmes se font de leurs seins et du cancer du sein.

- ❖ Donc, le dépistage de cette maladie revêt un caractère singulier, où la mammographie se distingue de la simple radiographie.

57

Le SEIN / Les SEINS ... Ce qu'ils évoquent Image / Symbole / Signification

■ Image corporelle

- Anatomie / Intégrité / Santé
- Féminité
 - Beauté, esthétique
 - Sensualité
 - Sexualité
 - Âme
 - Maternité / Allaitement



■ Rôle familial / social

- Relations personnelles (couple, famille, amis/es, communauté, société)
- Valeurs culturelles
 - Conception / Reproduction
 - Valorisation

58

Et qu'en est-il du sein?

- Nous nous tromperions peu en disant que les seins sont au coeur de l'identité de la femme.

Pour de nombreuses femmes, le dévoilement du sein constitue un geste sacré, car il livre au regard de l'autre son être dans ce qu'il a de plus intime.

- Sa singularité se construit et se transforme au gré de variables multiples et très personnelles telles que le rapport
 - au corps tout entier
 - à la féminité
 - la sexualité
 - au vieillissement

59

Qu'il s'agisse :

- d'affirmer son appartenance au sexe féminin
- confirmer son pouvoir de séduction
- nourrir et rassurer l'enfant
- procurer du plaisir à soi-même
- donner du plaisir à l'autre



On parle d'une double réalité potentielle de femme sexuée et de mère avec des symboliques particulières :

- la féminité
- l'attachement à l'enfant
- l'espace interdit
- le lieu de caresse et d'angoisse.

60

D'autre part,
cette relation est tributaire de l'influence

- de l'éducation
- de l'époque
- de la culture
- et par conséquent,
des valeurs véhiculées par la société



61

Regards sur la santé dans un pays d'immigration

de la société d'accueil

- La santé et le système SSS au Québec.
- Les habitudes de vie et des comportements vis-à-vis de sa santé.
- L'influence de la société et des pairs sur la santé des gens.
- Les priorités de la vie dans une société changeante.

en contexte d'immigration

- La santé et le système SSS au Québec.
- Les enjeux de l'acculturation et/ou du maintien des habitudes de vie et des comportements vis-à-vis de sa santé.
- L'influence de la société d'accueil et des pairs sur la santé des personnes immigrées ou issues de l'immigration.
- Les priorités de la vie dans un contexte migratoire.

62

Intervention en contexte multiculturel

- Tout en partageant des caractéristiques communes, les femmes présentent d'importantes différences individuelles qui appellent une **approche personnalisée**.

C'est avec ces différentes perceptions que le personnel doit composer au quotidien :

- les pratiques d'intervention *sécuritaires*
- l'adaptation aux besoins de la clientèle, que se soit :
 - Autochtones, Québécoises de souche ou de communautés culturelles
 - jeunes ou âgées
 - handicapées ou non
 - scolarisées ou analphabètes
 - hétérosexuelles ou homosexuelles/ lesbiennes
 - athées ou religieuses (pratiquantes ou non)
 - pauvres ou riches
 - salariées ou non
 - mariées ou non
 -

63

- SOLUTIONS au niveau du system de santé - 1

- **Intervention auprès des fournisseurs des soins et des services : intervenantes communautaires et professionnels/les du RSSS.**
 1. Sensibiliser les intervenants/es du réseau de la santé et du réseau communautaire sur la diversité des pratiques (les variations dans les valeurs, les attitudes et les comportements) des populations.
 2. Outiller les intervenantes afin de leur permettre des interventions adaptées aux spécificités de leur clientèle, dans la langue souhaitée (éventuellement avec un interprète), dans un langage simple, à leur niveau de compréhension et de connaissances.
 - Formation continue pour de meilleures approches. Les motiver à utiliser une vision de santé globale des femmes dans une perspective de prévention et dans l'approche interculturelle.
 - Faire l'évaluation de chaque séance d'info par les participantes. Le feed-back doit servir à l'amélioration des interventions.
 3. Trouver des solutions pour rejoindre et persuader plus de femmes à bénéficier des programmes existants.
 4. Réintroduire l'auto-examen des seins ou *Mieux connaître ses seins*, une pratique personnelle de santé qui peut aider la femme à être plus attentive aux changements et lui permettre de jouer un rôle plus actif par rapport à sa santé.
 5. Établir une relation de confiance entre médecin/intervenant/e et client/e par le suivi d'un dossier et de préférence veiller à être fait par la/les même/s personne/s.⁶⁴

- SOLUTIONS au niveau du system de santé - 2

□ Intervention auprès de décideurs, politiciens, ...

1. Programmes d'éducation en santé à tout niveau, en commençant avec l'école primaire.
2. Création de mécanismes pour le partage des pratiques exemplaires à l'échelle du pays.
3. Pour PQDCS, choisir une porte-parole avec un vécu de cancer et une formation professionnelle humaniste.

65

- Connaître sa clientèle pour la mobiliser

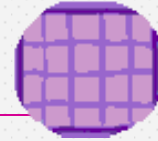
- Mobiliser la clientèle ciblée par le sujet.
- Savoir motiver les gens à participer aux activités proposées ou aux programmes de prévention et de dépistage en santé
- Bien connaître la clientèle du territoire pour rejoindre même les personnes « isolées » :
 - langue parlé / culture d'origine
 - niveau de scolarité
 - profil socio-économique
 - statut d'immigration
 - habitudes de vie reliées à sa culture
 - composition familiale
 - religion
 - difficultés d'adaptation (barrière linguistique...)
 - réseau de soutien (familial, amis, religieux, communautaire)



☺ Connaître, parce que les déterminants socioculturels sont très importants pour l'adéquation des interventions à la diversité populationnelle.

66

- Connaître ses RESSOURCES



- En pratique, allez vers les gens, dans leur milieu de vie ou leur milieu communautaire (église, comité des rue ou de quartier, écoles, etc.)
- S'assurer de ressources existantes sur son territoire pour offrir des interventions adaptées :
 - banque d'interprètes
 - centre de documentation sur l'interculturalisme et sur le sujet abordé
 - réseau de soutien disponible (institutionnels ou communautaire)

67

Solution au niveau clientèle = Éducation à la santé préventive

- Sensibiliser les **populations cibles**, clientèle des organismes communautaires et du RSSS, sur l'importance de la prévention et du dépistage précoce en général, ou spécifique d'une maladie.
 - Parler des effets bénéfiques du dépistage précoce pour la personne, sa famille, son entourage et toute la société.
 - Présenter les facteurs de risque et la prévention, variables à considérer selon les caractéristiques des participant/es (âge, niveau de compréhension, sexe).
- La population doit et se doit : se motiver et s'informer pour faire la prévention pour sa santé

Le cancer touche l'ensemble de la vie des femmes atteintes :

- leur intégrité physique
- leurs émotions
- leur âme
- leur sexualité
- leurs relations
- leur sécurité financière



68

- SOLUTIONS

au niveau communication

- Intervention concernant le système de communication entre les concepteurs/producteurs des outils et les utilisateurs du système des soins et des services.

- Traduire les infos en plusieurs langues
- Évaluation des besoins en matière de programmes d'accès linguistique

Besoins en services d'interprétation

- il existe une relation importante entre la langue parlée et l'utilisation de services préventifs
- la langue soit liée tant à l'identité ethnique qu'au nombre d'années au Canada



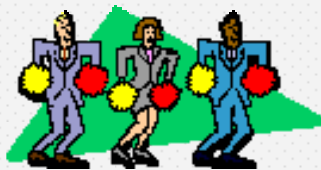
69

Plusieurs défis pour un seul choix éclairé !

- Mais cela mérite, parce que c'est le choix entre la vie et la mort.

- Alors, ramasser les forces et

Bonne chance !



70

Merci pour la participation



71