

## Identité, culture et représentations de la santé et des maladies

Annabel Levesque

La minorité francophone dans sa communauté : recherche et retombées pratiques

Volume 27, numéro 1, 2015

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1031241ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1031241ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Presses universitaires de Saint-Boniface (PUSB)

ISSN

0843-9559 (imprimé)

1916-7792 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Levesque, A. (2015). Identité, culture et représentations de la santé et des maladies. *Cahiers franco-canadiens de l'Ouest*, 27 (1), 35–56. <https://doi.org/10.7202/1031241ar>

Résumé de l'article

La santé et les maladies représentent des concepts subjectifs qui varient en fonction de nombreux facteurs, notamment la culture d'appartenance. Étant donné le contexte multiculturel canadien, il importe de considérer le contact interculturel lorsqu'on s'interroge au sujet des représentations de la santé et des maladies chez les groupes minoritaires puisque ces derniers sont soumis à l'influence d'autres cultures, dont la culture du groupe dominant. Ainsi, le degré d'identification à la culture d'origine et à la culture dominante détermine les représentations auxquelles souscrivent les individus issus d'un groupe minoritaire. Chez ceux qui s'identifient à leur culture d'origine, on note un lien entre leur état de santé et la vitalité culturelle et linguistique de leur communauté. Les efforts visant à promouvoir la santé et le bien-être de ces individus devraient donc être axés sur le maintien de leur héritage culturel et linguistique. Les professionnels de la santé, pour leur part, devraient engager le dialogue avec leurs patients au sujet de leurs représentations culturelles de la santé et des maladies, et ce, dans un climat empreint de respect. Cette pratique pourrait contribuer à la satisfaction des patients avec les soins reçus et, par le fait même, à l'adoption de comportements sains.

## **Identité, culture et représentations de la santé et des maladies**

Annabel LEVESQUE  
Université de Saint-Boniface

### **RÉSUMÉ**

La santé et les maladies représentent des concepts subjectifs qui varient en fonction de nombreux facteurs, notamment la culture d'appartenance. Étant donné le contexte multiculturel canadien, il importe de considérer le contact interculturel lorsqu'on s'interroge au sujet des représentations de la santé et des maladies chez les groupes minoritaires puisque ces derniers sont soumis à l'influence d'autres cultures, dont la culture du groupe dominant. Ainsi, le degré d'identification à la culture d'origine et à la culture dominante détermine les représentations auxquelles souscrivent les individus issus d'un groupe minoritaire. Chez ceux qui s'identifient à leur culture d'origine, on note un lien entre leur état de santé et la vitalité culturelle et linguistique de leur communauté. Les efforts visant à promouvoir la santé et le bien-être de ces individus devraient donc être axés sur le maintien de leur héritage culturel et linguistique. Les professionnels de la santé, pour leur part, devraient engager le dialogue avec leurs patients au sujet de leurs représentations culturelles de la santé et des maladies, et ce, dans un climat empreint de respect. Cette pratique pourrait contribuer à la satisfaction des patients avec les soins reçus et, par le fait même, à l'adoption de comportements sains.

### **ABSTRACT**

Health and illness are subjective concepts which vary according to a variety of factors, including one's sense of cultural origin. Given Canada's multicultural context, it is important to consider issues of intercultural contact when discussing the representation of health and illness with members of minority groups, as these may be subject to cultural influences including those of the dominant cultural group. Thus, the degree of identification with

the culture of origin and with the dominant culture determines the representations subscribed to by members of minority groups. Amongst those who identify with their cultures of origin, a link between the state of health and the cultural and linguistic vitality of their communities is to be noted. Efforts intended to improve the health and well-being of these individuals ought thus to be based on the maintenance of their cultural and linguistic heritage. For their part, health professionals ought to engage in respectful dialogue with their patients regarding the cultural aspects of their representations of health and illness. Such an approach could well contribute to the satisfaction of patients with the care they receive and, at the same time, to the adoption of healthy forms of behaviour.

---

À travers les époques, les concepts de santé et de maladie ont été définis de bien des façons et ils continuent à faire l'objet de débats (Bruchon-Schweitzer, 2002). En effet, les gens adhèrent à une variété de croyances relatives à la santé et aux maladies, croyances qui sont qualifiées de représentations ou conceptions de la santé et des maladies (Bruchon-Schweitzer, 2002; Ogden, 2008). Cet article vise à explorer ces variations au niveau du système de représentations de la santé et des maladies des membres de la population générale, en tentant de cerner la conception particulière à laquelle adhèrent les francophones au Canada.

Les représentations ou conceptions de la santé font référence à la façon dont les gens perçoivent et définissent la santé (Hakim et Wegmann, 2002; Laffrey, 1986). Les représentations des maladies, pour leur part, sont définies comme un ensemble organisé de croyances qu'entretiennent les individus au sujet des maladies en général ou d'une maladie en particulier, par exemple le diabète (Ogden, 2008). Selon le modèle d'autorégulation du comportement de maladie conçu par Leventhal (Leventhal, Leventhal et Cameron, 2001; Leventhal, Nerenz et Steele, 1984), les représentations des maladies comprennent cinq catégories de croyances (identité, causes, conséquences, trajectoire et contrôlabilité / traitement) qui sont organisées entre elles et forment ainsi une vraie théorie «populaire» au sujet des maladies. L'identité fait référence à la façon dont l'individu définit la maladie en question, en

l'occurrence le diabète, ainsi qu'aux symptômes qu'il y associe. L'individu entretient également certaines croyances par rapport aux facteurs qui peuvent contribuer au développement du diabète ainsi que les conséquences que cette maladie peut avoir sur la vie d'une personne. En parallèle, l'individu se forme une idée de la façon dont le diabète évolue avec le temps ainsi que des traitements permettant de contrôler ou de guérir cette maladie.

Malgré la diversité de perspectives qui existent dans la population générale au sujet de la santé et des maladies, le mo-dèle biomédical continue à dominer la façon dont les professionnels de la santé, en particulier les médecins, se représentent les phénomènes de santé et des maladies (Armstrong et Swartzman, 1999; 2001; Bruchon-Schweitzer, 2002; Jovchelovitch et Gervais, 1999; McMullin, 2005). Selon le modèle biomédical, la santé est définie en fonction de l'absence de maladie physique, qui, pour sa part, est perçue comme une altération des fonctions normales du corps causée par un problème au niveau organique (Bruchon-Schweitzer, 2002; Engel, 1977; Huff, 1999). Cette conception particulière de la santé et des maladies guide en retour la pratique médicale qui se fonde principalement sur le traitement des maladies physiques, et ce, dans le but d'assurer la santé des populations (Armstrong et Swartzman, 2001; Brannon et Feist, 2004; Kleinman, Eisenberg et Good, 1978; Levesque, Li et Bohémier, 2013; Straub, 2007).

Au cours du siècle dernier, l'approche curative propre à la pratique biomédicale a su démontrer son efficacité, en particulier en ce qui a trait au traitement et, parfois même, à l'éradication de maladies aiguës et infectieuses (ex.: influenza, pneumonie, tuberculose, variole), qui représentaient alors la principale cause de mortalité suite aux troubles cardio-vasculaires et rénaux dans les pays développés, dont le Canada (Brannon et Feist, 2004; Bruchon-Schweitzer, 2002; Crompton, 2000). Malgré les progrès indéniables des sciences médicales, le modèle biomédical, qui en est la pierre angulaire, fait pour sa part l'objet de nombreuses critiques. D'une part, depuis les années 1950, le profil de santé des populations dans les pays développés a grandement changé (Brannon et Feist, 2004; Straub, 2007). La baisse du taux de prévalence des maladies aiguës et infectieuses a laissé place à une montée des troubles de santé chroniques

qui représentent maintenant la principale cause de mortalité au Canada (Statistique Canada, 2012; Taylor et Sirois, 2009). Malheureusement, pour plusieurs de ces maladies chroniques, les sciences médicales ne possèdent à ce jour aucune cure permettant une guérison complète. Il en résulte que la pratique biomédicale basée sur le traitement des maladies ne correspond ainsi plus à cette nouvelle réalité, nécessitant un changement de paradigme pour continuer à assurer la santé des populations (Brannon et Feist, 2004; Taylor et Sirois, 2009).

Compte tenu du fait que les maladies chroniques semblent en partie causées par les comportements et les styles de vie auxquels adhèrent les gens tout au long de leur vie, on reconnaît de plus en plus l'importance de la prévention, et ce, en intervenant au niveau des facteurs influençant les comportements relatifs à la santé (Brannon et Feist, 2004; Bruchon-Schweitzer, 2002; Ogden, 2008; Taylor et Sirois, 2009). À cet égard, les recherches révèlent que les représentations de la santé et des maladies auraient un impact sur les comportements en matière de santé. Une étude récente a révélé que les pratiques que les gens utilisent pour promouvoir leur santé sont liées à la façon dont ils définissent la santé (Levesque et Li, 2014). De même, les représentations des maladies semblent jouer un rôle déterminant dans la façon dont un individu réagit face à un ensemble de symptômes. Elles orientent la prise de décision, à savoir à quel moment la personne ira chercher de l'aide, la source de soins qui sera privilégiée ainsi que les pratiques qui seront utilisées pour rétablir son état de santé (Leventhal, Nerenz et Steele, 1984; Leventhal, Leventhal et Cameron, 2001).

D'autre part, les recherches démontrent que la population générale a tendance à adhérer à des conceptions de la santé et des maladies qui diffèrent sensiblement de celles prescrites par le modèle biomédical (Cohen *et al.*, 1994; Laffrey, 1986; Levesque, Li et Bohémier, 2013). Ces divergences de perspectives auxquelles adhèrent les professionnels de la santé et leurs patients peuvent entraver la relation patient-médecin, créant une insatisfaction chez ces derniers quant à la qualité des soins reçus, qui, alors, peut entraîner des conséquences sur leur santé (Armstrong et Swartzman, 1999; 2001; Cohen *et al.*, 1994; Harmsen *et al.*, 2005; Kleinman, Eisenberg et Good, 1978; Pachter, 1994; Schlomann et Schmitke, 2007).

En somme, l'importance de s'interroger au sujet des représentations de la santé et des maladies, du point de vue des individus, découle du fait que ces croyances auraient un impact sur les comportements en matière de santé ainsi que sur les processus relationnels entre patients et professionnels de la santé. Le présent article vise à mettre en lumière les conceptions populaires de la santé et des maladies telles que définies par les membres de la population générale, avec une attention particulière accordée aux populations francophones du Canada. Les facteurs d'influence seront abordés, dont l'apport de la culture d'appartenance dans le processus de construction des concepts de santé et des maladies. En dernier lieu, il sera question des implications susceptibles d'orienter la pratique des professionnels de la santé et des intervenants en santé communautaire, en vue de répondre aux besoins des populations francophones qui deviennent de plus en plus diversifiées.

### **REPRÉSENTATIONS DE LA SANTÉ ET DES MALADIES EN FONCTION DE LA CULTURE**

L'être humain, étant un scientifique de nature, cherche à comprendre et à expliquer son univers, et ce, dans le but de donner un sens aux phénomènes auxquels il est exposé pour mieux anticiper ce qui survient dans sa vie (Kelly, 1963). En ce qui a trait spécifiquement aux phénomènes de santé et des maladies, il en découle que lorsqu'il fait face à un ensemble de symptômes affectant sa santé ou la santé des gens qui l'entourent, l'individu sera motivé à élaborer sa propre théorie populaire visant à mieux comprendre cette maladie, à l'expliquer et à anticiper ses retombées (Leventhal, Nerenz et Steele, 1984; Leventhal, Leventhal et Cameron, 2001; Ogden, 2008). Le processus de construction mentale menant au développement des croyances ou représentations de la santé et des maladies, qui constituent le fondement des théories populaires en matière de santé, est en grande partie influencé par les expériences personnelles des individus, et ce, tout au long de leur vie. Puisque, du point de vue des individus, la santé et les maladies représentent des phénomènes subjectifs dont l'expérience varie d'un individu à un autre, il en résulte que chacun en vient à percevoir, à définir et à comprendre la santé et les maladies d'une façon qui lui est

particulière (Angel et Thoits, 1987; Levesque, Li et Bohémier, 2013; Tripp-Reimer, 1984).

Malgré les différences qui sont notées entre les individus quant à la façon dont ils se représentent la santé et les maladies, des similarités ont été observées au sein d'individus appartenant aux mêmes groupes sociaux. Par exemple, plusieurs recherches ont révélé que les personnes appartenant à une même culture d'origine partagent certaines croyances au sujet de la santé et des maladies qui les distinguent d'autres cultures (Hakim et Wegmann, 2002; Hjelm *et al.*, 2005; Jobanputra et Furnham, 2005; Levesque, Li et Bohémier, 2013; McCarthy *et al.*, 2004; Torsch et Ma, 2000). Les théoriciens expliquent ces différences culturelles en suggérant que les nouvelles connaissances que les individus acquièrent au fil du temps s'intègrent à leur système de croyances préexistant (Edman et Kameoka, 1997; Landrine et Klonoff, 1992). Le système de croyances culturelles, qui se développe très tôt dans la vie grâce aux processus de socialisation, offre ainsi un genre de filtre à travers lequel les individus en viennent à interpréter, à expliquer et à donner un sens à leurs expériences personnelles, sur lesquelles se fondent leurs conceptions de la santé et des maladies (Angel et Thoits, 1987; Huff, 1999; Jobanputra et Furnham, 2005; Kleiman *et al.*, 1978; Torsch et Ma, 2000). Les croyances culturelles viennent en quelque sorte colorer la façon dont les individus comprennent les phénomènes de santé et de maladies.

Peu d'études ont été réalisées auprès des populations francophones au Canada au sujet de leurs conceptions de la santé et des maladies. On note, entre autres, une étude qualitative qui a été menée à Winnipeg (Levesque, Li et Bohémier, 2013) auprès de vingt francophones et de vingt anglophones d'origine européenne ainsi que vingt personnes s'identifiant comme appartenant à une Première Nation. Les participants ont pris part à une entrevue individuelle au sujet de la façon dont ils définissent le concept de santé. Plusieurs ont défini la santé par la négative, en faisant référence à l'absence de maladie, d'infirmité ou de douleur pour décrire une personne en santé. Cette conception correspond à la perspective biomédicale de la santé. Tous étaient toutefois de l'avis que la santé va au delà de la simple absence de maladie. Ils ont aussi défini la santé en des termes plus positifs, faisant référence à la présence de certaines

caractéristiques. Selon cette vision positive de la santé, certains considèrent la santé comme un état qu'on peut possiblement atteindre. L'état de santé d'un individu est considéré bon lorsque celui-ci se sent bien et peut fonctionner normalement. Pour d'autres, la santé était plutôt décrite comme un processus continu. Une personne est considérée comme étant en santé aussi longtemps qu'elle s'oriente vers un meilleur état de santé, sans toutefois jamais atteindre un idéal de santé qui n'existe qu'en théorie.

À l'exception de deux personnes, tous étaient d'accord pour dire que la santé ne se limite pas à la sphère physique, ce qui distingue encore une fois leurs conceptions du modèle biomédical. En fait, plusieurs adoptaient un point de vue holistique en expliquant qu'une personne est en santé lorsque tout son être est en santé, non seulement du point de vue physique, mais aussi des points de vue mental, social et spirituel. Ils expliquaient également la façon dont ces divers aspects peuvent s'influencer l'un l'autre. Cette conception se rapproche davantage du modèle biopsychosocial de la santé qui englobe toutes ces sphères, à l'exception de l'aspect spirituel. En effet, la perspective biopsychosociale, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé, décrit la santé comme un «état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité»<sup>1</sup>.

Quelques participants définissaient la santé en allant au delà des perspectives biopsychosociale et spirituelle. Selon leurs conceptions, la santé transcende les frontières du soi et ne se limite pas uniquement à l'individu. En plus de parler d'un individu en santé, dans son ensemble, ils discutaient de concepts tels que la santé familiale, la santé communautaire et la santé environnementale. Ils expliquaient également comment la santé de chacune des composantes (les individus, les familles, les communautés et l'environnement, a un effet sur l'autre. Il en découle que, pour se considérer en santé, il importe non seulement que la personne soit en santé d'un point de vue individuel, mais que sa famille, sa communauté et l'environnement naturel qui l'entourent soient également en santé.

Dans une seconde étude (Levesque et Li, 2014)<sup>2</sup>, les données qualitatives tirées des entrevues ont été quantifiées.



Deux assistantes ont attribué des scores aux participants pour chacune des définitions de la santé identifiées lors de l'analyse qualitative, de sorte à refléter l'importance que chacun semble accorder à ces définitions. Ces données quantifiées ont fait l'objet d'analyses statistiques. Des variations ont été soulevées dans les définitions de la santé auxquelles adhèrent les participants issus des trois groupes culturels. D'une part, les francophones et les anglophones d'origine européenne adhéraient à une conception de la santé axée sur les individus, reflétant des valeurs culturelles plus individualistes ou indépendantes. Plusieurs individus issus d'une Première Nation, pour leur part, avaient tendance à étendre le concept de santé au delà de l'individu pour inclure leur famille, leur communauté et l'environnement. Par exemple, une personne expliquait que l'époque des pensionnats indiens a eu des répercussions importantes sur le bien-être et la vitalité des communautés autochtones, ce qui, réciproquement, affecte la santé des individus, même celle des nouvelles générations qui n'ont pas fait l'expérience directe des pensionnats. Cette conception de la santé reflète davantage des valeurs culturelles collectivistes ou interdépendantes. Une autre différence a été soulevée au niveau de la santé physique. Quoique la sphère physique ait été mentionnée par tous les participants, les francophones et les anglophones d'origine européenne ont tendance à y accorder plus d'importance comparativement aux individus issus d'une Première Nation, alors que la tendance inverse a été observée au niveau de l'importance accordée à la santé spirituelle.

Une autre étude a été menée auprès de vingt-neuf femmes âgées, francophones, vivant au Nouveau-Brunswick (Provencher, 2003). Lors des entrevues, ces femmes avaient tendance à définir la santé comme un état, décrit principalement en termes de la capacité à fonctionner normalement dans la vie quotidienne. Le sentiment que sa vie ait un sens a également été soulevé par certaines comme une caractéristique définissant une personne en santé. En ce qui a trait aux croyances relatives aux facteurs influençant la santé, les participantes attribuaient la santé à des facteurs biologiques et comportementaux ainsi que des facteurs surnaturels. L'auteure a tenté de mettre en lumière les variables affectant les conceptions de la santé de ces femmes. Ainsi, le niveau de fonctionnalité et la sensation que sa vie ait un sens peuvent représenter des conceptions de la santé qui

soient rattachées au vieillissement. De plus, des différences ont été observées au niveau des croyances relatives aux causes, et ce, en fonction de la classe sociale des répondantes. En effet, les femmes appartenant à la classe socio-économique défavorisée percevaient la santé comme étant le résultat du destin et de la chance, alors que les femmes plus aisées attribuaient la santé aux comportements, telle que l'alimentation. Ces résultats soulèvent l'importance de s'interroger au sujet des variations entre les sous-cultures au sein d'un groupe culturel donné.

### **ACCULTURATION ET IDENTITÉ CULTURELLE: VARIATIONS AU SEIN DES GROUPES CULTURELS**

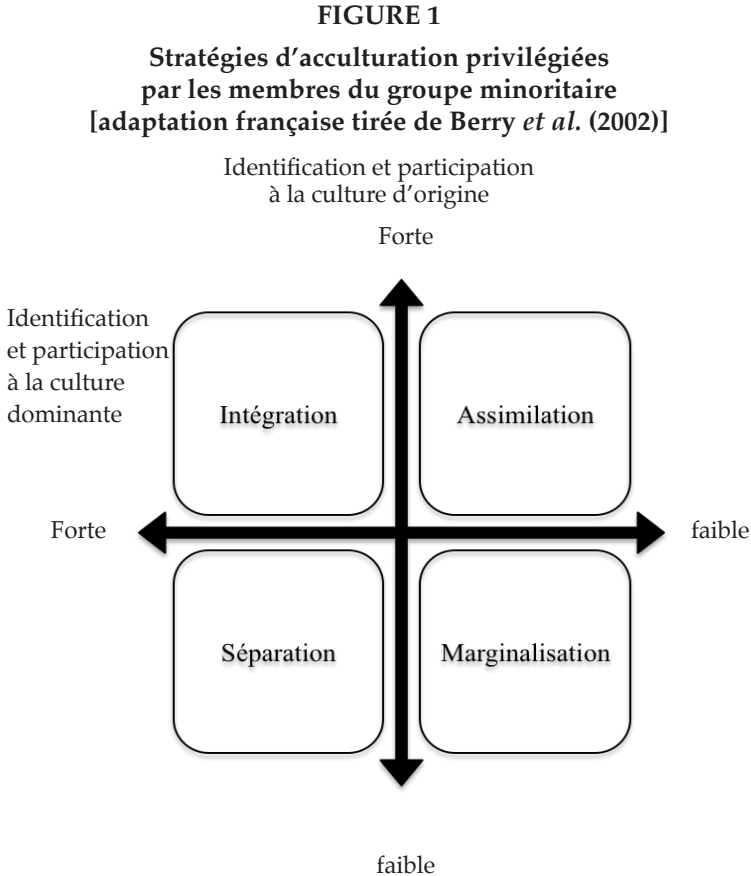
Compte tenu de la diversité culturelle qui prévaut au Canada et des politiques canadiennes prônant le multiculturalisme (Berry *et al.*, 2002), il importe de prendre en considération l'échange interculturel dans les études portant sur les représentations culturelles de la santé et des maladies. En effet, l'impact de la culture sur les représentations de la santé et des maladies fait croire que les individus sont sujets non seulement à l'influence de leur culture d'origine, mais aussi à d'autres cultures avec lesquelles ils entrent en contact, processus que Berry qualifie d'acculturation (Berry, 1998, 2005; Berry *et al.*, 2002). Bien qu'en théorie, l'échange culturel peut se faire de la culture du groupe minoritaire à la culture dominante, la majorité des études portant sur le phénomène d'acculturation se sont plutôt penchées sur l'influence de la culture dominante sur les minorités ethniques (Berry *et al.*, 2002).

Berry (1998, 2005) fait la distinction entre deux processus d'acculturation qui s'opèrent soit au niveau du groupe minoritaire en entier soit au niveau des individus. L'acculturation à l'échelle du groupe suppose un changement au niveau du système de valeurs et de croyances propre à un groupe culturel donné. C'est la culture même qui change en réponse au contact interculturel, en particulier avec le groupe culturel dominant. L'acculturation à l'échelle des individus met en lumière les variations interindividuelles qui existent au sein des membres du groupe minoritaire quant aux changements qui s'opèrent au niveau de leur adhésion aux croyances et aux valeurs culturelles propres à leur culture d'origine ou à la culture dominante. Bien qu'il y ait des chevauchements entre ces deux processus d'acculturation, l'acculturation des individus

peut s'opérer indépendamment des changements qui touchent leur culture d'origine. Par exemple, un individu peut en venir à adhérer à la culture dominante même si le système de valeurs et de croyances propre à sa culture d'origine demeure intact et continue d'exister à l'échelle du groupe.

En ce qui a trait au processus d'acculturation des individus, le modèle d'adaptation et d'acculturation reconnaît quatre stratégies d'acculturation (figure 1) (Berry, 1998, 2005; Berry *et al.*, 2002). La stratégie privilégiée dépend de deux dimensions, soit le niveau d'identification et de participation à la culture d'origine et le niveau d'identification et de participation à la culture dominante. L'assimilation représente une des stratégies d'acculturation parmi d'autres; elle présuppose un abandon de sa culture d'origine pour un désir d'adhérer à la culture du groupe dominant. À l'inverse, la séparation comprend un rejet de la culture dominante en faveur du maintien de sa culture d'origine. Un aspect intéressant du modèle de Berry réside dans le fait que l'identification à la culture d'origine et l'identification à la culture dominante ne sont pas conçues comme étant mutuellement exclusives dans le sens qu'une personne peut adhérer à la fois aux deux cultures, stratégie qualifiée d'intégration. La marginalisation fait référence au rejet des deux cultures. Ainsi, l'identité culturelle dépend d'une question d'auto-identification personnelle et d'un sentiment d'appartenance à une culture donnée.

L'acculturation des individus issus d'un groupe minoritaire a des répercussions au niveau des représentations de la santé et des maladies auxquelles ils adhèrent. En fait, des variations peuvent exister au sein d'une même population d'origine quant à la façon dont la santé et les maladies sont conçues, et ce, en fonction de la stratégie d'acculturation privilégiée (Edelman, Christian et Mosca, 2009; Phillips, 2005; Wong *et al.*, 2010). Une étude présentement en cours à Winnipeg vise à comprendre les représentations des troubles de santé mentale des immigrants et réfugiés francophones en provenance de l'Afrique (Levesque et Rocque, sous presse). Les résultats de l'analyse qualitative des données, collectées par l'entremise d'entrevues individuelles, ont révélé que les participants adhèrent à une variété de croyances relatives à la santé mentale. Il s'est dégagé du discours de plusieurs participants que certaines de ces croyances



prennent source dans leur culture d'origine, alors que d'autres croyances sont issues de la culture canadienne. En ce qui a trait aux croyances relatives aux causes des troubles de santé mentale, les participants ont révélé que certaines croyances sont plus répandues en Afrique, dont la croyance en des causes surnaturelles des troubles mentaux, telles qu'un sortilège ou l'influence d'un mauvais esprit. D'autres croyances relatives aux causes étaient décrites comme étant plus répandues au Canada ou dans les sociétés occidentales, dont l'influence de la génétique, des comportements de l'individu, de l'environnement social et des expériences de vie, incluant le stress et les problèmes relationnels. Parallèlement, en ce qui a trait à l'identité, plusieurs ont rapporté que, de la conception africaine, les troubles de santé

mentale se définissent principalement en termes de la folie, dont les symptômes comprennent des comportements déviants ou étranges ainsi que des difficultés au niveau de la conscience et du raisonnement. Certains avaient l'impression qu'au Canada, la définition des troubles de santé mentale est plus large et englobe une variété de troubles, notamment les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété dont les symptômes touchent plutôt la sphère affective ou émotionnelle. Lorsqu'interrogés au sujet de leur adhésion personnelle à ces croyances, certains disaient adhérer davantage aux croyances d'origine africaine, d'autres acceptaient plutôt les croyances typiquement reconnues au Canada, alors que certains rapportaient adhérer aux deux systèmes de croyances. Ces résultats illustrent dans quelle mesure les représentations auxquelles adhèrent les membres de groupes minoritaires peuvent varier, et ce, en fonction de leur acculturation ou identification à la culture d'origine et la culture d'accueil.

### **SANTÉ ET LUTTE IDENTITAIRE EN CONTEXTE MINORITAIRE**

Le modèle d'adaptation et d'acculturation de Berry ainsi que les recherches réalisées dans ce domaine mettent en lumière le fait que le contact interculturel et les processus d'acculturation ne résultent pas nécessairement en l'assimilation du groupe minoritaire (Berry, 2005). Les changements qui s'opèrent au sein de la culture et des individus issus du groupe minoritaire peuvent aussi bien prendre la direction opposée, soit un renforcement de son identification à sa culture d'origine. Chez les membres de groupes minoritaires qui continuent à adhérer fortement à leur culture d'origine, on note que la lutte visant à promouvoir la santé est intimement liée à une lutte identitaire. En effet, le statut minoritaire et le fait d'avoir à conjuguer avec les pressions émanant de la culture dominante peuvent représenter une menace à l'identité culturelle, qui, alors, peut avoir des répercussions sur la santé des individus. La promotion de la santé des individus vivant en contexte minoritaire, du moins chez ceux qui adhèrent à leur culture d'origine, dépend donc de la vitalité de leur communauté d'origine et de leur héritage culturel (Chandler et Lalonde, 1998; Hallett, Chandler et Lalonde, 2007; Jobanputra et Furnham, 2005; Jovchelovitch et Gervais, 1999; McMullin, 2005).

Les membres de groupes culturels minoritaires qui ont été interrogés au sujet des pratiques qu'ils utilisent pour promouvoir leur santé disent souvent s'engager dans des pratiques visant à maintenir leur culture et leurs traditions (Hjelm *et al.*, 2005; Jan et Smith, 1998; Jovchelovitch et Gervais, 1999). Par exemple, une étude réalisée auprès des populations autochtones d'Hawaii a révélé que, de leur perspective, le concept de santé se définit en fonction de l'image idéale de l'ancêtre en santé. Pour atteindre cet idéal, les participants considèrent qu'il est important que les autochtones d'Hawaii connaissent leur héritage culturel et s'engagent dans des pratiques traditionnelles, tels que le fait d'adhérer à un régime traditionnel et d'accéder aux terres traditionnellement autochtones (McMullin, 2005). Les études de Levesque (Levesque et Li, 2014; Levesque, Li et Bohémier, 2013) se sont également penchées sur les pratiques que les francophones, les anglophones et les individus issus d'une Première Nation utilisent pour promouvoir leur santé. Les participants franco-phones et ceux s'identifiant comme appartenant à une Première Nation ont révélé s'engager dans des pratiques visant à maintenir leur héritage culturel et linguistique, et ce, dans le but de promouvoir leur santé, alors que ce thème n'a pas du tout été abordé par les participants anglophones. En ce qui a trait aux francophones plus spécifiquement, quelques participants ont discuté de l'importance de maintenir leur langue maternelle puisqu'ils considèrent que cela pourrait avoir des répercussions sur leur santé.

Ces résultats mettent en lumière l'importance de soutenir les communautés vivant en contexte minoritaire dans leur effort visant à assurer le maintien de leur héritage culturel et linguistique ainsi que la vitalité culturelle de leur communauté, puisque cela peut avoir des répercussions sur la santé de ces communautés. Par exemple, en ce qui a trait à la santé mentale, un groupe de chercheurs a établi que le taux de suicide chez les jeunes Canadiens issus d'une Première Nation était plus faible dans les communautés où les gens s'engageaient dans des pratiques visant à maintenir leur héritage culturel, dont les langues autochtones (Chandler et Lalonde, 1998; Hallett, Chandler et Lalonde, 2007).

## IMPLICATIONS ET RECOMMANDATIONS

Les variations culturelles dans la façon dont les individus se représentent la santé ou les maladies peuvent avoir des implications importantes, entre autres, sur la qualité de la relation patient-médecin, particulièrement en contexte interculturel. En effet, malgré les différences qui existent en général entre la perspective des professionnels de la santé et celle de leurs patients, le modèle biomédical reflète davantage les conceptions de la santé et des maladies des patients d'origine occidentale, alors que les conceptions des individus issus d'autres cultures tendent à s'écarter beaucoup plus du point de vue biomédical (Kleinman, Eisenberg et Good, 1978; Landrine et Klonoff, 1992; McCarthy *et al.*, 2004). D'une part, cet écart peut entraîner des malentendus compte tenu du fait que les représentations de la santé et des maladies sont souvent implicites. Chaque partie tient pour acquis que l'autre partage nécessairement la même vision (Armstrong et Swartzman, 2001). D'autre part, les consultations médicales s'inscrivent dans un contexte particulier où un certain prestige et un pouvoir sont accordés aux médecins. Par conséquent, les consultations sont souvent asymétriques; les médecins dominent davantage la conversation qui tourne principalement autour des aspects biomédicaux associés aux plaintes rapportés par les patients (Li *et al.*, 2007; Meeuwesen *et al.*, 2007; Pahal et Li, 2006). Il en découle que ces derniers se disent insatisfaits de la qualité des soins reçus parce qu'ils ont l'impression que leurs perspectives sont ignorées ou discréditées (Pavlish, Noor et Brandt, 2010; Reiff, Zakut et Weingarten, 1999; Schlomann et Schmitke, 2007). Inversément, ces problèmes relationnels peuvent avoir un impact sur la santé des patients, principalement par l'entremise des comportements relatifs à la santé, dont l'adhésion aux recommandations du médecin et l'utilisation des services de santé (Armstrong et Swartzman, 1999; 2001; Kerse *et al.*, 2004; Kleinman, Eisenberg et Good, 1978; Pachter, 1994; Rubenstein *et al.*, 1992).

Une solution qui a été proposée est de jumeler les patients et les professionnels de la santé selon leur culture d'origine pour éviter les conflits potentiels en raison des différences culturelles. Cette approche a été critiquée puisqu'elle ignore le processus de socialisation à travers lequel les étudiants en médecine sont assujettis lors de leur formation. Ils sont en quelque sorte

enculturés au modèle biomédical et en viennent à considérer la santé et les maladies comme des phénomènes purement objectifs qui se manifestent au niveau physique ou biologique, ignorant ainsi les variations dans l'expérience subjective de la santé et des maladies et dans les représentations qui en découlent (McCarthy *et al.*, 2004; Pachter, 1994; Stein, 1990).

L'alternative est de conscientiser les professionnels de la santé quant à l'influence de la culture sur la façon dont les individus définissent et perçoivent les phénomènes de santé et de maladies (Levesque, Li et Bohémier, 2013). Cet effort de conscientisation devient de plus en plus pertinent pour les professionnels œuvrant auprès de communautés francophones minoritaires puisque la francophonie canadienne devient de plus en plus diversifiée grâce à l'immigration (Houle et Corbeil, 2010). Il importe toutefois que les pourvoyeurs de soins n'attribuent pas une image stéréotypée aux individus en provenance d'autres cultures et assument que ces derniers adhèrent nécessairement aux représentations de la santé et des maladies les plus répandues au sein de leur culture d'origine (Levesque, Li et Bohémier, 2013). Comme il a été mentionné précédemment, chez les minorités ethniques, les représentations ont tendance à varier en fonction de la stratégie d'acculturation privilégiée.

Les études antérieures ont démontré qu'en matière d'acculturation, les minorités ethniques privilégient généralement l'intégration culturelle. Cette stratégie facilite le processus d'adaptation à une nouvelle culture et semble avoir des bienfaits au niveau de la santé et du bien-être des individus (Berry, 1998, 2005). Les membres de groupes ethniques minoritaires semblent donc prêts à incorporer dans leur système de croyances des aspects propres à la culture dominante, dont la culture biomédicale des médecins. Parallèlement, il importe que ces patients aient aussi l'occasion de partager leurs conceptions de la santé et des maladies, de sorte qu'ils se sentent compris et respectés (Harmsen *et al.*, 2005). Par exemple, les professionnels de la santé pourraient utiliser un protocole d'entretien avec ces patients, précisant leur façon de définir la santé et les pratiques qu'ils utilisent pour promouvoir leur santé, ainsi que leurs croyances relatives à l'identité de leur maladie, les causes, les conséquences, la trajectoire et les traitements possibles



(De Ridder *et al.*, 2007). Cette pratique serait particulièrement bénéfique pour les patients qui s'identifient, du moins en partie, à leur culture d'origine puisque les recherches ont révélé que, chez ceux-ci, les efforts visant à promouvoir la santé sont souvent liés à une lutte identitaire. Il est donc important que ces personnes aient le sentiment que leurs conceptions de la santé et des maladies, issues de leur culture d'origine, soient entendues et respectées. Cette pratique pourrait contribuer à augmenter le bien-être des patients et leur satisfaction avec la qualité des soins reçus. Ainsi, cela pourrait entraîner une plus grande ouverture, de la part des patients, à faire appel aux services de santé professionnels et à adhérer aux recommandations des professionnels de la santé (Armstrong et Swartzman, 1999; De Ridder *et al.*, 2007; Jobanputra et Furnham, 2005; Kleinman, Eisenberg et Good, 1978; Landrine et Klonoff, 1992; Pachter, 1994; Reiff, Zakut et Weingarten, 1999).

En plus de contribuer à la relation patient-médecin, questionner les individus au sujet de leurs conceptions de la santé et des maladies peut aider les professionnels de la santé ainsi que les intervenants en santé communautaire à mieux comprendre et peut-être même à prédire les comportements relatifs à la santé des populations qu'ils desservent. Compte tenu que les maladies chroniques sont en partie causées par des facteurs comportementaux, il importe d'intervenir au niveau des variables influençant les choix de comportements des individus, dont les représentations relatives à la santé (Levesque et Li, 2014). Plus de recherches sont nécessaires pour identifier quelles croyances semblent davantage liées aux comportements sains et lesquelles sont liées aux comportements à risque. Ainsi, des programmes d'éducation à la santé pourraient être élaborés dans le but de promouvoir ou de consolider les croyances qui contribuent aux comportements sains, tout en visant les croyances qui font obstacle à l'adoption d'un style de vie sain.

En plus d'être axés sur l'éducation à la santé, les programmes communautaires de promotion de la santé devraient également miser sur le maintien et la promotion de l'héritage culturel des groupes minoritaires. On pourrait par exemple envisager l'organisation d'activités permettant aux individus issus d'une même communauté d'origine de se rencontrer, d'échanger, de parler dans leur langue maternelle

et de participer à des pratiques traditionnelles. En effet, chez les membres de groupes culturels minoritaires, du moins chez ceux qui continuent d'adhérer à leur culture d'origine, la santé et le bien-être personnels semblent liés à la vitalité de leur communauté d'origine.

#### NOTES

1. Extrait de la *Constitution de l'organisation mondiale de la santé* (OMS), rédigée en 1946. [[http://www.who.int/governance/eb/Who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/Who_constitution_fr.pdf)]
2. Cette étude était basée sur un devis quasi expérimental afin d'assurer l'homogénéité des trois groupes culturels selon un ensemble de variables pouvant influencer leurs conceptions de la santé (par exemple, l'âge, le revenu annuel, le niveau d'éducation). Cette approche a permis d'isoler l'influence de la culture sur la façon dont les individus définissent la santé.

#### BIBLIOGRAPHIE

- ANGEL, Ronald et THOITS, Peggy (1987) «The impact of culture on the cognitive structure of illness», *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 11, n° 4, p. 465-494.
- ARMSTRONG, Tamara L. et SWARTZMAN, Leora C. (1999) «Asian versus western differences in satisfaction with western medical care: The mediational effects of illness attributions», *Psychology and Health*, vol. 14, n° 3, p. 403-416.
- \_\_\_\_\_ (2001) «Cross-Cultural Differences in Illness Models and Expectations for the Health Care Provider-Client/Patient Interaction», dans KAZARIAN, Shahé S. et EVANS, David R. (dir.) *Handbook of Cultural Health Psychology*, San Diego, Academy Press, p. 63-84.
- BERRY, John W. (1998) «Acculturation and health: Theory and research», dans KAZARIAN, Shahé S. et EVANS, David R. (dir.) *Cultural Clinical Psychology: Theory, Research, and Practice*, New York, Oxford University Press, p. 39-57.
- \_\_\_\_\_ (2005) «Acculturation: Living successfully in two cultures», *International Journal of Intercultural Relations*, vol. 29, n° 6, p. 697-712.
- BERRY, John W. et al. (2002) *Cross-Cultural Psychology: Research and Applications*, New York, Cambridge University Press, 588 p.
- BRANNON, Linda et FEIST, Jess (2004) *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*, Belmont, Thomson Wadsworth, 599 p.

- BRUCHON-SCHWEITZER, Marilou (2002) *Psychologie de la santé: modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod, 440 p.
- CHANDLER, Michael J. et LALONDE, Christopher E. (1998) «Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations», *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, n° 2, p. 191-219.
- COHEN, Marlene Z. et al. (1994) «Explanatory models of diabetes: patient-practitioner variation», *Social Science and Medicine*, vol. 38, n° 1, p. 59-66.
- CROMPTON, Susan (2000) «100 years of health», *Canadian Social Trends*, n° 59, p. 12-18.  
[<http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/20000003-eng.pdf>]
- DE RIDDER, Denise T.D. et al. (2007) «Does training general practitioners to elicit patients' illness representations and action plans influence their communication as a whole?», *Patient Education and Counselling*, vol. 66, n° 3, p. 327-336.
- EDELMAN, Dana, CHRISTIAN, Allison et MOSCA, Lori (2009) «Association of acculturation Status With Beliefs, Barriers, and Perceptions Related to Cardiovascular Disease Prevention Among Racial and Ethnic Minorities», *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 20, n° 3, p. 278-285.
- EDMAN, Jeanne L. et KAMEOKA, Velma A. (1997) «Cultural Differences in Illness Schemas: An Analysis of Filipino and American Illness Attributions», *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol. 28, n° 3, p. 252-265.
- ENGEL, George L. (1977) «The need for a new medical model: A challenge for biomedicine», *Science*, vol. 196, n° 4286, p. 129-136.
- HAKIM, Helen et WEGMANN, Deborah J. (2002) «A comparative Evaluation of the Perceptions of Health of Elders of Different Multicultural Backgrounds», *Journal of Community Health Nursing*, vol. 19, n° 3, p. 161-171.
- HALLETT, Darcy, CHANDLER, Michael J. et LALONDE, Christopher E. (2007) «Aboriginal language knowledge and youth suicide», *Cognitive Development*, vol. 22, n° 3, p. 392-399.
- HARMSSEN, Johannes A.M. et al. (2005) «Assessment of mutual understanding of physician patient encounters: Development and validation of a mutual understanding scale (MUS) in a multicultural general practice setting», *Patient Education and Counselling*, vol. 59, n° 2, p. 171-181.

- HJELM, Katarina G. *et al.* (2005) «Beliefs about health and diabetes in men of different ethnic origin», *Journal of Advanced Nursing*, vol. 50, n° 1, p. 47-59.
- HOULE, René et CORBEIL, Jean-Pierre (2010) *Portrait statistique de la population immigrante de langue française à l'extérieur du Québec (1991 à 2006)*, Ottawa, Statistique Canada, 106 p.  
[[http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2010/statcan/89-641-X/89-641-x2010001-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/statcan/89-641-X/89-641-x2010001-fra.pdf)]
- HUFF, Robert M. (1999) «Cross-cultural concepts of health and disease», dans MUFF, Robert M. et KLINE, Michael V. (dir.) *Promoting Health in Multicultural Populations: A handbook for Practitioners*, Thousand Oaks, Sage Publications, p. 23-39.
- JAN, Rafat et SMITH, Carol A. (1998) «Staying Healthy in Immigrant Pakistani Families Living in the United States», *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 30, n° 2, p. 157-159.
- JOBANPUTRA, Rena et FURNHAM, Adrian F. (2005) «British Gujarati Indian Immigrants' and British Caucasians' Beliefs about Health and Illness», *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 51, n° 4, p. 350-364.
- JOVCHELOVITCH, Sandra et GERVAIS, Marie-Claude (1999) «Social Representations of Health and Illness: The Case of the Chinese Community in England», *Journal of Community and Applied Social Psychology*, vol. 9, n° 4, p. 247-260.
- KELLY, George A. (1963) *A Theory of Personality: The Psychology of Personal Constructs*, New York, W. W. Norton, 190 p.
- KERSE, Ngaire *et al.* (2004) «Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation», *Annals of Family Medicine*, vol. 2, n° 5, p. 455-461.
- KLEINMAN, Arthur, EISENBERG, Leon et GOOD, Byron (1978) «Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research», *Annals of Internal Medicine*, vol. 88, n° 2, p. 251-258.
- LAFFREY, Shirley C. (1986) «Development of a health conception scale», *Research in Nursing and Health*, vol. 9, n° 2, p. 107-113.
- LANDRINE, Hope et KLONOFF, Elizabeth A. (1992) «Culture and Health-Related Schemas: A Review and Proposal for Interdisciplinary Integration», *Health Psychology*, vol. 11, n° 4, p. 267-276.
- LEVENTHAL, Howard, LEVENTHAL, Elaine A. et CAMERON, Linda (2001) «Representations, Procedures, and Affect in Illness Self-Regulation: A Perceptual-Cognitive Model», dans BAUM, Andrew, REVENSON, Tracy A. et SINGER, Jerome E. (dir.)

*Handbook of Health Psychology*, Mahwah, Lawrence Erlbaum, p. 19-47.

- LEVENTHAL, Howard, NERENZ, David R. et STEELE, David J. (1984) «Illness representation and coping with health threats», dans BAUM, Andrew, TAYLOR, Shelley E. et SINGER, Jerome E. (dir.) *Handbook of Psychology and Health* (vol. IV: «Social psychological aspect of health»), Hillsdale, Lawrence Erlbaum, p. 219-252.
- LEVESQUE, Annabel et LI, Han Z. (2014) «The Relationship Between Culture, Health Conceptions, and Health Practices: A Qualitative-Quantitative Approach», *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol. 45, n° 4, p. 628-645.
- LEVESQUE, Annabel, LI, Han Z. et BOHÉMIER, Mireille (2013) «Cultural Variations in Health Conceptions: A Qualitative Approach», *Pimatisiwin: A Journal of Indigenous and Aboriginal Community Health*, 11, n° 2, p. 215-229.
- LEVESQUE, Annabel et ROCQUE, Rhéa (sous presse) «Représentations culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada», *Alterstice: Revue internationale de la recherche interculturelle*.
- LI, Han Z. *et al.* (2007) «Asymmetrical talk between physicians and patients: A quantitative discourse analysis», *Canadian Journal of Communication*, vol. 32, n°s 3-4, p. 417-433.
- MCCARTHY, Marianne C. *et al.* (2004) «The Meaning of Health: Perspectives of Anglo and Latino Older Women», *Health Care for Women International*, vol. 25, n° 10, p. 950-969.
- McMULLIN, Juliet (2005) «The call to life: Revitalizing a healthy Hawaiian identity», *Social Science and Medicine*, vol. 61, n° 4, p. 809-820.
- MEEUWESSEN, Ludwien *et al.* (2007) «Cultural differences in managing information during medical interaction: How does the physician get a clue?», *Patient Education and Counseling*, vol. 67, n°s 1-2, p. 183-190.
- OGDEN, Jane (2008). *Psychologie de la santé*, Bruxelles, De Boeck, 426 p.
- PACHTER, Lee M. (1994) «Culture and clinical care: Folk Illness Beliefs and Behaviors and their Implications for Health Care Delivery», *Journal of the American Medical Association*, vol. 271, n° 9, p. 690-694.
- PAHAL, Jasrit S. et LI, Han Z. (2006) «The dynamics of resident-patient communication: Data from Canada», *Communication and Medicine*, vol. 3, n° 2, p. 161-170.

- PAVLISH, Carol L., NOOR, Sahra N. et BRANDT, Joan (2010) «Somali immigrant women and the American health care system: Discordant beliefs, divergent expectations, and silent worries», *Social Science and Medicine*, vol. 71, n° 2, p. 353-361.
- PHILLIPS, Wendy (2005) «Cravings, Marks, and Open Pores: Acculturation and Preservation of Pregnancy-Related Beliefs and Practices among Mothers of African Descent in the United States», *Ethos*, vol. 33, n° 2, p. 231-255.
- PROVENCHER, Ysabel (2003) «Milieux sociaux d'appartenance et représentations de la santé chez un groupe de femmes âgées francophones du Nouveau-Brunswick», *Service social*, vol. 50, n° 1, p. 231-262.
- REIFF, Marian, ZAKUT, Havah et WEINGARTEN, Michael A. (1999) «Illness and Treatment Perceptions of Ethiopian Immigrants and Their Doctors in Israel», *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 12, p. 1814-1818.
- RUBENSTEIN, Harriet L. *et al.* (1992) «Introducing Students to the Role of Folk and Popular Health Belief-Systems in Patient Care», *Academic Medicine*, vol. 67, n° 9, p. 566-568.
- SCHLOMANN, Pam et SCHMITKE, Joan (2007) «Lay beliefs about hypertension: An interpretive synthesis of the qualitative research», *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 19, n° 7, p. 358-367.
- STATISTIQUE CANADA (2012) *Les principales causes de décès au Canada, 2009*, Ottawa, Statistique Canada.  
[<http://www.statcan.gc.ca/pub/84-215-x/84-215-x2012001-fra.htm>]
- STEIN, Howard F. (1990) *American Medicine as Culture*, Boulder, Westview Press, 282 p.
- STRAUB, Richard O. (2007) *Health Psychology: A Biopsychosocial Approach*, New York, Worth Publishers, 478 p.
- TAYLOR, Shelley E. et SIROIS, Fuschia M. (2009) *Health Psychology*, Toronto, McGraw-Hill Ryerson, 555 p.
- TORSCH, Vick L. et MA, Grace X. (2000) «Cross-Cultural Comparison of Health Perceptions, Concerns, and Coping Strategies among Asian and Pacific Islander American Elders», *Qualitative Health Research*, vol. 10, n° 4, p. 471-489.
- TRIPP-REIMER, Toni (1984) «Reconceptualizing the Construct of Health: Integrating Emic and Etic Perspectives», *Research in Nursing and Health*, vol. 7, n° 2, p. 101-109.

WONG, Y. Joel *et al.* (2010) «Asian Americans' Lay Beliefs about Depression and Professional Help Seeking», *Journal of Clinical Psychology*, vol. 66, n° 3, p. 317-332.