



C o n f é r e n c e

Culture, santé et ethnicité

Sylvie Gravel,
anthropologue et chercheure

Le document intitulé Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste offre un cadre de référence et des outils aux professionnels qui désirent intervenir en contexte pluriethnique dans le domaine de la santé publique. Il a aussi pour but de soutenir l'élaboration de projets où la composante culturelle sera considérée dès le début. Il vise également à maintenir une réflexion sur les enjeux et les limites sous-jacentes à l'utilisation de ces concepts. Finalement, il cherche à sensibiliser les responsables de projet aux moyens disponibles afin d'adapter le mieux possible les efforts de la santé publique à la réalité pluraliste.

Le document comprend quatre chapitres. Le premier propose une revue critique des notions de culture, de race et d'ethnicité, ainsi que de phénomène migratoire, d'intégration et d'acculturation. Le second chapitre pose un regard critique sur la valeur universelle des concepts de santé, de maladie et de cause de la maladie; il s'attarde à l'adéquation des services sociaux et de santé à la population. Le troisième chapitre propose une réflexion sur les influences culturelles, sociales et politiques derrière le processus d'élaboration d'un projet ou d'un programme. Et, finalement, le quatrième chapitre présente les avantages et les limites associés aux indicateurs ethniques les plus fiables issus des fichiers les plus utilisés dans le milieu de la santé.

■ Pluralité sociale et pluralité des mots

Il existe un nombre important de termes et de notions visant à rendre compte de la réalité socioculturelle au Québec: minorités visibles, allophones, communautés culturelles ou groupes ethniques. L'utilisation parfois incohérente qui en est faite dans les milieux politiques et scientifiques entretient une certaine confusion. Il en va de même pour les notions d'intégration, d'assimilation et d'acculturation. Pourtant, ces notions, et les définitions qui les accompagnent, ne sont pas neutres et véhiculent leur lot de significations qui peuvent se refléter dans les actions politiques et économiques à l'avantage des uns et au désavantage des autres.

Il y a tout de même un certain consensus sur le concept de culture. On s'entend pour dire que la culture représente un mode de vie et un ensemble de réponses à un environnement partagé par les membres d'un groupe. Toutefois, au sein d'un même groupe ou encore d'une communauté, cette culture n'est ni statique, ni homogène et elle évolue continuellement. La culture est par définition dynamique, car elle se transforme sans cesse selon une série de relations et de processus sociaux, mais les termes ou concepts que nous utilisons pour rendre compte de la diversité et du dynamisme culturel nous permettent-ils véritablement de refléter cette complexité ?

Il a longtemps été coutume de ranger la diversité humaine selon une typologie raciale. La notion de race, qui repose plus sur une signification sociale et politique que sur une quelconque réalité biologique, persiste toujours mais tend à être remplacée par celles de groupes ethniques ou de communautés culturelles. Mais, encore là, qu'entend-on par ces notions ?

Il y a certes un consensus sur le fait que le concept de groupe ethnique repose sur une identité partagée entre personnes. Cette identité partagée peut comprendre les valeurs, les traditions, les apparences, une langue ou des antécédents historiques. Même dans un contexte historique et culturel précis, l'identité ethnique peut revêtir une ou plusieurs de ces facettes. Il y a notre perception des autres, cette identité que l'on attribue à l'étranger. Et il y a l'identité ethnique affirmée dans laquelle la personne se reconnaît, mais qui ne correspond pas toujours à la perception que ces autres ont d'elle. En fait, très souvent, l'immigrant est perçu comme un étranger, alors que celui-ci se perçoit comme un citoyen participant à la construction d'une société nouvelle.

La migration quant à elle, représente une des expériences les plus marquantes de la vie d'un individu et des membres de sa famille. Le fait d'émigrer, de quitter des personnes importantes, de quitter un environnement social, physique et culturel connu, constitue un ensemble de deuils que le migrant doit vivre. Cette expérience peut être vécue comme une parenthèse provisoire ou comme un fait irréversible, ce qui influencera son degré d'ouverture à son nouvel environnement. Mais, comme le souligne Kristeva (1988), « l'étranger n'est jamais simplement écartelé entre ici et ailleurs, maintenant et avant. Ceux qui se croient ainsi crucifiés oublient que rien ne les fixe plus là-bas et que rien ne les rive encore ici. Toujours ailleurs, l'étranger n'est nulle part ».

L'adaptation d'un individu à un nouvel environnement culturel peut emprunter divers chemins menant à l'assimilation, à l'intégration ou encore à la marginalisation (Berry, 1987). Ce

chemin est marqué par les circonstances qui entourent l'expérience migratoire (volontaire ou nécessaire, permanente ou provisoire), ainsi que par les modalités d'immigration propres au pays d'accueil, par les politiques d'immigration, les critères d'admissibilité et certaines habiletés personnelles. L'immigrant vivra un processus d'acculturation au cours de son installation qui ne le mènera pas nécessairement à s'assimiler à la culture dominante, ce qui, pour plusieurs, sera un avantage. En effet, les nouveaux arrivants n'ayant pas encore assimilé les habitudes de vie propres à la population de la société d'accueil forment dans l'ensemble une catégorie d'individus en bonne santé, meilleure même que celle des personnes nées au Canada. Souvent, ce n'est qu'après une dizaine d'années que leur état de santé se rapproche de celui de la population canadienne de naissance.

PHASES MIGRATOIRES

PHASE 1 (émigrer)

- Circonstances motivant le départ, nécessité ou choix ?
- Rupture affective, physique et culturelle.

PHASE 2 (transition physique, installation)

- Difficultés pratiques : logement, lieux, espace...
- Contacts rares, superficiels et formels avec la société d'accueil.

PHASE 3 (absorption des différences sociales)

- Chocs culturels : travail, logement, éducation, etc.
- Apprentissage de nouveaux rôles, de nouvelles valeurs.
- Risque pour la santé physique et mentale.

PHASE 4 (adaptation)

- Adaptation des comportements
- Démystification de la société d'accueil.

PHASE 5 (intégration)

- Adoption ou non de comportements facilitant l'intégration.
- Conscience de la distance vis-à-vis la culture du pays d'origine.
- Enracinement des enfants, conflits intergénérationnels.
- Conscience du caractère définitif de son choix.
- Ensemble de deuils à vivre.

■ Culture et santé

Il est reconnu que la santé est influencée par des facteurs associés à l'ethnicité, c'est-à-dire à des caractéristiques propres aux membres d'un groupe et qui représentent pour eux des éléments distinctifs de leur identité. Ces facteurs reflètent des aspects culturels, c'est-à-dire des valeurs, des croyances, des pratiques et des particularités biologiques et génétiques. Ces facteurs peuvent être considérés comme des déterminants de la santé si l'on reconnaît qu'ils sont reliés à la santé et au bien-être, à l'environnement social, culturel et physique, aux habitudes de vie, à l'utilisation des services formels et informels de santé, à la façon de concevoir la maladie et aux valeurs éducatives.

Par ailleurs, la diversité culturelle est synonyme d'une diversité des conceptions de la santé et rappelle ainsi qu'il existe une dynamique complexe entre culture et santé. Que l'on soit de tradition médicale ayurvédique, taoïste ou vaudou, la façon d'aborder la santé et la maladie, ainsi que la façon d'en définir ses déterminants sont très variables. Il en est de même pour les pratiques reliées à la prévention et à la promotion, ainsi que pour les modes d'utilisation des services de santé.

L'expérience migratoire influence également le mode d'utilisation des soins de santé et des services sociaux. Les personnes qui immigreront de pays où le système de santé offrait peu de services risquent d'être déconcertées par l'organisation de notre système. Néanmoins, dans la

plupart des pays, il existe une grande variété de stratégies médicales et, fréquemment, la médecine de type occidentale côtoie les médecines traditionnelles.

Aussi, la recherche d'aide peut emprunter plusieurs stratégies et varier d'un groupe ethnique à l'autre, voire d'un individu à l'autre.

Plusieurs options se présentent lorsqu'un symptôme est perçu : l'individu peut se présenter à l'hôpital, au CLSC ou encore à une clinique privée. Il peut aussi consulter un professionnel pratiquant une médecine dite alternative ou de sa tradition médicale. Son itinéraire sera tracé par ses besoins, certes, mais aussi par ses croyances et ses connaissances du réseau. Lorsque son choix se porte sur le réseau public, des incompréhensions peuvent toutefois apparaître, notamment sur le plan de la conception de la maladie, de la façon de la soigner ou de la prévenir. Les programmes de promotion posent des problèmes similaires d'incompréhension entre les clientèles cibles et les promoteurs parce que très souvent ils reflètent davantage les valeurs de ceux qui les élaborent que celles de leurs destinataires. Ainsi, par exemple, les campagnes de promotion contre la violence conjugale sont souvent source d'incompréhension : pour plusieurs groupes ethniques, ce sujet est du domaine privé et non un sujet de débat public sur lequel les institutions de l'État ont un droit de regard .

■ Diversité culturelle et planification de la santé

ILLUSTRATION D'OBSTACLES À L'ADAPTATION CULTURELLE

- Banalisation de la différence culturelle au profit des besoins universels de l'être humain.
- Résistance de certains professionnels qui considèrent qu'il incombe aux immigrants de s'adapter .
- Difficultés à prendre en considération les circonstances migratoires dans l'exercice de planification .
- Moyens insuffisants pour adapter culturellement et de façon équitable, pour rendre compte de l'étendue de la pluralité ethnique.
- Conditions inégales de négociation dans le cadre d'un partenariat pour les groupes ethniques.
- Coûts reliés à la traduction et à l'adaptation du matériel d'enquête ou de promotion.

Comment, dans un contexte de diversité culturelle, est-il possible d'adapter adéquatement des services, des interventions et des programmes de prévention ou de promotion ? Planifier dès le départ peut représenter une solution, mais de nombreux enjeux et autant de questions sous-tendent cette démarche.

La reconnaissance d'un problème de santé n'est pas que le résultat d'une démonstration neutre et objective. Elle est également le résultat d'un lent processus de sensibilisation et de changement de valeurs des groupes majoritaires où les influences politiques conjuguées aux données épidémiologiques tiennent un rôle important.

Considérer la diversité culturelle lors de l'élaboration d'une problématique comporte plusieurs enjeux, ne serait-ce parce que cette démarche implique la capacité de remettre en question certaines valeurs fondamentales, de modifier les prémisses de départ et de reconnaître les biais à la source du choix d'une de ses composantes. La liste des enjeux liés à l'inclusion de la dimension culturelle et ethnique dans les projets et programmes est longue. Elle comprend des enjeux d'ordre éthique et méthodologique et des difficultés dans la conjugaison de la pluralité, tant dans la définition des problématiques que dans la détermination des clientèles cibles. Peu importe les enjeux soulevés, l'adaptation à la diversité culturelle n'est pas une

mince affaire, car elle peut entraîner une remise en question des certitudes qui jusque là guidaient nos décisions. La reconnaissance des valeurs véhiculées dans le cadre de la détermination de la priorité des problèmes, et de celles sous-jacentes aux moyens utilisés pour y remédier, constitue un préalable nécessaire à cette adaptation à la diversité culturelle. Pour faire face aux enjeux de cette adaptation culturelle, l'approche interculturelle propose quelques pistes d'intervention, en ce sens qu'elle permet de faire de la différence un atout.

ÉTAPE 1 : Identification et reconnaissance du problème

- Le problème est-il perçu de la même façon dans toutes les communautés ?
- Quelles sont les valeurs dominantes rattachées à ce problème et de quel milieu sont-elles issues ?
- Quel est le contexte historique, politique et économique qui a vu émerger ce problème ?
- Les valeurs véhiculées par ce problème sont-elles associées à l'organisation, à sa mission, à une corporation ou aux groupes visés ? Illustration d'obstacles à l'adaptation culturelle
- Banalisation de la différence culturelle au profit des besoins universels de l'être humain.
- Résistance de certains professionnels qui considèrent qu'il incombe aux immigrants de s'adapter
- Difficultés à prendre en considération les circonstances migratoires dans l'exercice de planification
- Moyens insuffisants pour adapter culturellement et de façon équitable pour rendre compte de l'étendue de la pluralité ethnique
- Conditions inégales de négociation dans le cadre d'un partenariat pour les groupes ethniques
- Coûts reliés à la traduction et à l'adaptation du matériel d'enquête ou de promotion.

ÉTAPE 2 : Élaboration de la problématique et des priorités

- Les groupes ethniques minoritaires ont-ils les mêmes leviers politiques, économiques ou sociaux pour influencer les politiques de santé ?
- Les données épidémiologiques disponibles reflètent-elles bien l'expérience migratoire et la diversité culturelle ?
- Est-il possible que des problèmes particuliers aient été cernés au sein d'une communauté, mais absents des données épidémiologiques ?

■ Des concepts aux chiffres

Les indicateurs sont souvent considérés comme des incontournables pour appuyer les processus décisionnels lors de la planification en santé publique, mais trop souvent ils sont utilisés sans connaître ce qu'ils mesurent vraiment et des constats erronés s'ensuivent. Comment les choisir ? Quels sont les pièges à éviter ? Y a-t-il des indicateurs plus fiables que d'autres ?

Un travail approfondi visant à documenter la fiabilité des indicateurs et leurs limites a permis de dégager quarante-cinq indicateurs des fichiers les plus utilisés par la santé publique. Il s'agit du recensement canadien, du fichier québécois des décès et de celui des naissances. Pour ces deux derniers fichiers, cet exercice est une première .

Une fiche synthèse a été élaboré pour chaque indicateur afin de rendre l'information facilement accessible aux planificateurs. On y retrouve les avantages et les principales limites, ainsi que des éléments touchant le mode de calcul.

Vous trouverez ci-dessous un extrait d'un des indicateurs permettant de circonscrire le concept d'allophone à l'aide du fichier du recensement de Statistique Canada.

PHASES MIGRATOIRES

AVANTAGES

- L'oubli de la langue maternelle est un phénomène plutôt rare ce qui en fait une variable fiable.
- Permet de bien évaluer l'importance de la population qui pourrait être désavantagée lorsqu'elle doit avoir recours à des services directs en raison de sa difficulté de communiquer en français ou en anglais (ex.: visite médicale pour un immigrant récent provenant du Sri Lanka, suivi prénatal auprès de femmes chinoises).

LIMITES

- L'indicateur calculé à partir de la variable langue maternelle surestime la proportion d'individus qui ne peuvent avoir accès aux services offerts en langue française ou anglaise. En effet, 33 % des personnes de langue maternelle autre que française ou anglaise feront un transfert vers le français ou l'anglais.

Notes

- Il faut interpréter avec prudence les nombres et les proportions calculés à l'échelle des CLSC lorsqu'ils sont croisés avec le groupe d'âge ou le sexe.

Les fiches synthèses sont précédées d'un guide d'interprétation afin de pouvoir faire des choix plus judicieux selon les besoins des projets.

Après avoir consulté quelques-unes de ces fiches, il ressort que, malgré l'apparente simplicité des mots, plusieurs indicateurs révèlent des réalités complexes, d'où l'importance d'en connaître les avantages et les limites. Le choix d'un indicateur culturel n'est donc pas un exercice anodin.

■ Vers une santé publique pluraliste

Les débats sur l'interculturalité nous amènent à considérer deux pôles situés aux extrêmes d'un même continuum et qu'il est préférable d'éviter : l'autorité morale, directrice de l'intégration et de l'adaptation, et le relativisme culturel à outrance qui excuse toutes difficultés ou problèmes sous le couvercle de la différence culturelle. Ces deux pôles se rejoignent et font face à un même piège. Bien que l'un mène à un dénigrement de la différence et l'autre à sa survalorisation, les deux présentent la culture comme une réalité statique, alors qu'elle est fondamentalement dynamique et en constante évolution. Notre étude se veut une contribution à l'équilibre entre ces deux pôles ouvrant ainsi une porte plus grande à une vision pluraliste.