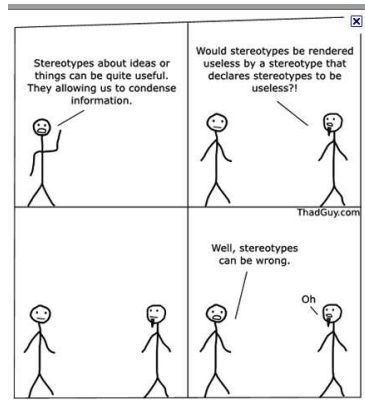


Stéréotypes culturels en médecine : de l'a peu près dans l'evidence based ?



Sophie Durieux-Paillard
PSM, 9 mars 2011

Un stéréotype, à quoi ça sert ?

« Une nation est une société unie par les illusions sur ses ancêtres et par la haine commune de ses voisins ».

William Inge

- à renforcer le sentiment d'appartenance de groupe (qui peut être multiple : régional, national, continental, religieux, professionnel, ...)
- à diminuer la menace que représente l'altérité pour le groupe, en catégorisant et simplifiant la différence culturelle.
- modèle universel et séculaire

Exemples ...

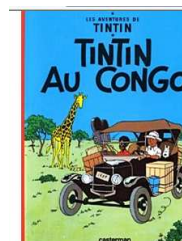
“In heaven :

- the police are British,
- the cooks are French, the engineers are German,
- the administrators are Swiss and the lovers Italian.”

“In hell :

- the police are German,
- the cooks are British, the engineers are Italian,
- the administrators are French and the lovers Swiss.”

Certains partis fondent leur politique sur les stéréotypes culturels



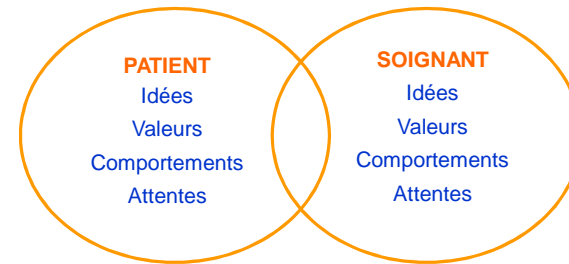
<http://www.thomasjoly.fr/article-tintin-au-congo-les-temps-changent-47033991.html>



Bien des différences entre soignant et patient

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Pays d'origine✓ Nationalité✓ Groupe ethnique✓ Langue✓ Classe sociale✓ Éducation✓ Profession✓ Religion✓ Contexte familial✓ Parcours de vie✓ Etc... | ↔ | <ul style="list-style-type: none">✓ Perceptions du corps✓ Signification des symptômes✓ Idées concernant les causes et le traitement des maladies✓ Réactions face à la maladie✓ Idées concernant le déroulement de la consultation✓ Attentes✓ Etc. |
|---|---|---|

Rencontre soignants/patients : toujours transculturelle



Conséquences de la non prise en compte des différences d'appréciation

- ✓ Mauvaise alliance thérapeutique
- ✓ Mauvaise adhésion au traitement
- ✓ Risque d'auto-médication
- ✓ Rendez-vous manqués
- ✓ Mauvais résultat clinique
- ✓ Insatisfaction du patient
- ✓ Frustration du soignant

Causes de l'inattention aux différences?

Concerne le soignant & le patient :

- ✓ Manque d'intérêt ou de curiosité pour « l'autre »
- ✓ Préjugés culturels ou sociaux
- ✓ Jugements stéréotypés



Astérix:
Un archétype du
Stéréotype culturel



Exemples de jugement stéréotypé

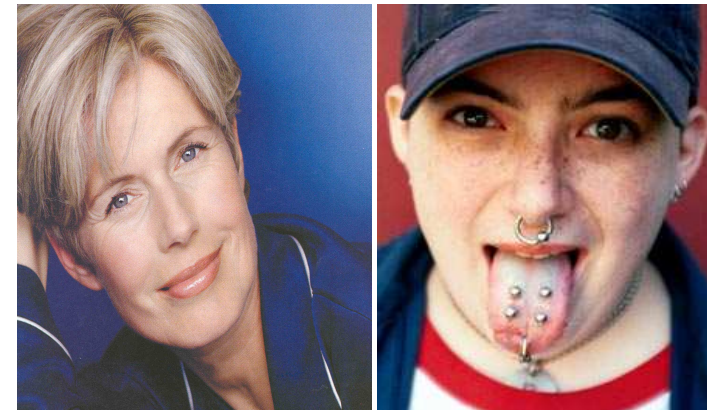
- Trouvez un diction / une expression courante sur
 - ✓ Les Polonais
 - ✓ Les Turcs
 - ✓ Les Français
 - ✓ Les Appenzellois...
- Comment traduit-on ?
 - ✓ « to take a French leave » ... en français
 - ✓ « c'est du chinois » ... en anglais
 - ✓ « a french letter » ... en français
 - ✓ « a french kiss » en français

La 1e impression risque d'influencer toute la consultation



L'habit fait le moine :

on ne réagit pas de la même façon selon l'allure extérieure du patient

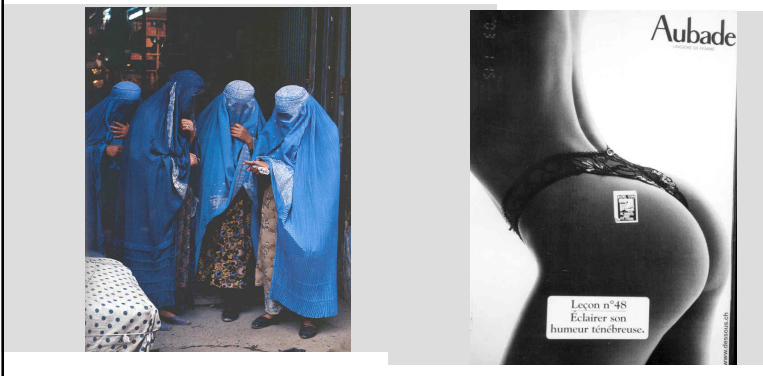


**Toute société est basée sur des stéréotypes culturels:
c'est un modèle explicatif**

- Les patients migrants en ont aussi, à l'évidence
- Que se passe-t-il quand ces stéréotypes s'affrontent?

Marché à Kaboul, juin 2008

Publicité murale, Ge, déc. 2008



KH Todd et al. « Ethnicity as a risk factor for inadequate emergency department analgesia ».

JAMA 1993; 269:1537-39.

Etude rétrospective sur dossiers de l'antalgie donnée aux urgence, 139 patients avec une fracture d'un os long datant de moins de 6 h

	Hispanique n (%)	Blanc, non Hispanique n (%)
Analgésie	14 (45)	80 (74)
Pas d'antalgésie	17 (55)	28 (26)
Total	31	108

RR = 2.12 (IC : 1.35-3.32)

Régression logistique : OR = 7.46 (IC : 2.22-25.4)

L'appartenance au groupe «hispanique» est celle qui prédit le mieux l'absence de prescription d'antalgésie

KH Todd et al. « Ethnicity and analgesic practice »

Ann Emerg Med 2000; 35(1): 11-16

Etude rétrospective sur dossiers, 217 patients : 127 Noirs, 90 Blancs

Analgie	OUI n (%)	NON n (%)
Blancs	67 (74)	23 (26)
Noirs	73 (57)	54 (43)

RR = 1.66 (IC: 1.10-2.50)

OD = 2.1 (1.1-2.3)

KH Todd et al. « The effect of ethnicity on physician estimates of pain severity in patients with isolated extremity trauma
JAMA 1994;271:925-8

Objectif : Déterminer si l'estimation de la douleur du patient par le soignant varie en fonction de l'origine du patient

Méthode : Différence de l'évaluation soignant /patient sur l'échelle analogique de la douleur

138 non Hispaniques (NH), 69 Hispaniques (H)

Résultats :

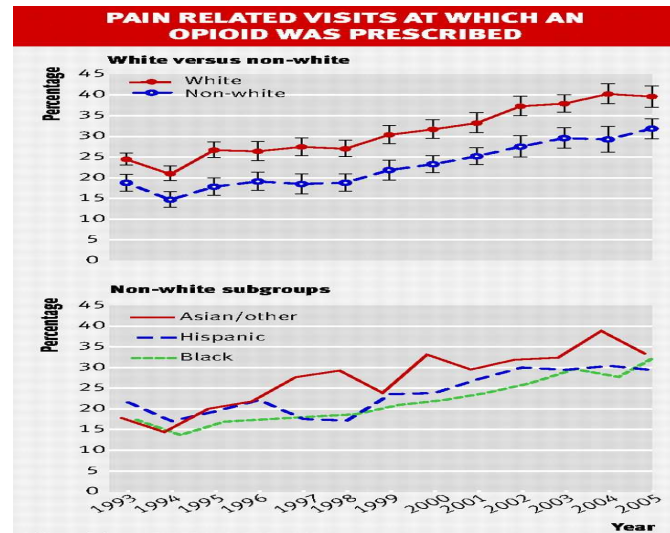
- ✓ Pas de différence sur la moyenne de l'estimation entre les deux groupes de patients: NH: 39.8mm; H: 39.0 mm; p: 0.86
- ✓ Pas de différence sur la moyenne de l'estimation de la douleur par le soignant : NH : 33.6; H: 29.7; p: 0.23
- ✓ Pas de différence sur l'écart des estimations faite par le soignant et le patient:
NH: 6.1; H 9.4; p: 0.38

En 2008, c'est mieux ?

MJ Pletcher et col, (JAMA 2008, 299,1:70-78)

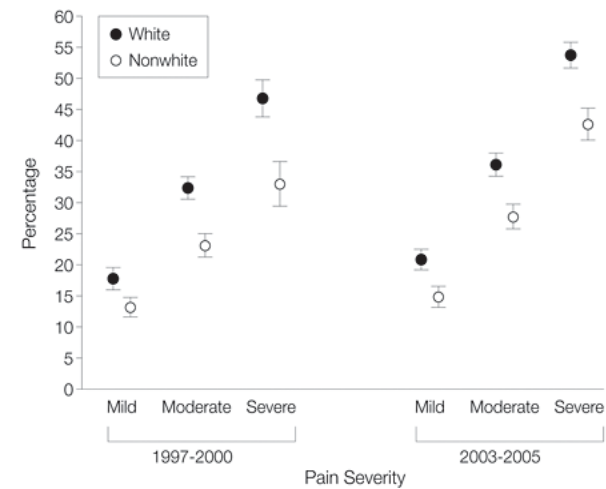
« Trend in opioid prescribing by race/ethnicity for patients seeking care in US emergency dpts »

- ✓ Douleur = 42% des motifs de consultations entre 1993 et 2005 (156'729)
- ✓ Prescriptions d'opiacés :
1993 : 23% des tts
2005 : 37% des tts
- ✓ Mais différence de prescriptions entre patients « blancs » et « non blancs »:
 - **31% White**
 - **23% Blacks**
 - **24% Hispanics**
 - **28% Asiatiques ou autres**



Adapted from JAMA 2008;299:70-8
Copyright ©2008 BMJ Publishing Group Ltd. BMJ 2008;336:67

Percentage of Emergency Department Visits at Which an Opioid Was Prescribed, by Pain Severity and Period, NHAMCS 1997-2000 and 2003-2005



Copyright restrictions may apply. Pletcher, M. J. et al. JAMA 2008;299:70-78. UNIV

Percentage of Emergency Department Visits at Which an Opioid Was Prescribed, by Race/Ethnicity and Type of Pain, Severity, and Physician Diagnosis, NHAMCS 1993-2005

Table 2. Percentage of Emergency Department Visits at Which an Opioid Was Prescribed, by Race/Ethnicity and Type of Pain, Severity, and Physician Diagnosis, NHAMCS 1993-2005

Type of Pain	No. ^a	Weighted Proportion of Visits at Which an Opioid Analgesic Was Prescribed, % (95% CI)					P Value ^c
		White	Black	Hispanic ^b	Asian/Other	Nonwhite (Combined)	
Any	156 729	31 (31-32)	23 (22-24)	24 (23-26)	26 (26-30)	24 (23-25)	<.001
Pain-related code is							
First reason for visit	127 122	33 (32-34)	24 (23-25)	26 (25-28)	30 (28-32)	25 (24-26)	<.001
Second or third reason for visit	29 607	24 (23-25)	17 (16-19)	17 (16-19)	22 (17-26)	18 (17-19)	<.001
By location							
Head	13 659	35 (33-37)	22 (20-25)	25 (22-28)	34 (28-40)	24 (22-26)	<.001
Neck	5 149	33 (31-36)	24 (21-28)	27 (23-32)	32 (23-41)	26 (23-29)	<.001
Ear/sinus/throat	17 377	17 (16-18)	11 (10-13)	15 (13-17)	16 (11-20)	13 (12-14)	<.001
Chest	22 283	19 (18-20)	16 (15-18)	16 (14-18)	17 (13-21)	16 (15-18)	<.001
Abdomen	27 492	32 (30-33)	20 (18-21)	23 (21-25)	26 (24-31)	22 (20-23)	<.001
Back	14 944	48 (47-50)	33 (31-36)	38 (35-41)	45 (39-52)	36 (34-38)	<.001
Lower extremity	17 632	35 (33-36)	30 (27-32)	30 (27-34)	30 (24-35)	30 (28-32)	<.001
Upper extremity	14 196	32 (31-34)	27 (25-30)	30 (26-33)	31 (24-38)	28 (26-30)	<.001
Other	19 421	40 (39-41)	27 (24-29)	29 (27-32)	36 (31-42)	28 (26-30)	<.001
Generalized	4 956	27 (25-30)	27 (23-30)	20 (16-25)	20 (12-29)	25 (22-27)	.18
By severity ^d							
None	31 785	5.5 (5.0-6.0)	4.5 (3.8-5.2)	4.4 (3.2-5.6)	6.3 (4.2-8.4)	4.6 (3.9-5.3)	.02
Mild	34 373	19 (18-20)	13 (12-15)	14 (12-16)	17 (13-20)	14 (13-15)	<.001
Moderate	36 507	34 (33-36)	25 (24-27)	26 (24-27)	31 (26-35)	26 (25-27)	<.001
Severe	20 962	52 (50-54)	39 (36-41)	42 (39-46)	47 (42-51)	41 (39-43)	<.001
Not recorded (but pain complaint registered)	26 110	27 (25-29)	20 (18-22)	20 (17-23)	26 (21-30)	20 (19-22)	<.001
By diagnosis ^e							
Long-bone fracture	4 348	52 (50-55)	45 (39-50)	51 (44-57)	43 (32-54)	47 (43-51)	.02
Nephrolithiasis	2 215	72 (69-75)	56 (44-68)	68 (61-76)	67 (52-82)	64 (58-70)	.02
Sickle cell trait or disease	638	58 (27-89)	72 (67-76)	88 (75-100)	43 (6-90)	72 (67-76)	.33
Injury, no explicit pain	56 938	18 (18-19)	14 (13-15)	16 (14-17)	17 (14-20)	15 (14-15)	<.001
No injury or pain	161 224	9.9 (9.4-10)	6.6 (6.1-7.1)	6.4 (5.8-6.9)	7.2 (6.1-8.3)	6.6 (6.2-7.0)	<.001

Abbreviations: CI, confidence interval; NHAMCS, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey.
^aNumber of observations in the data set for each type of visit (unweighted). Proportions receiving opioids, however, are calculated using survey weights.
^bIncludes all persons of any race who are of Hispanic ethnicity.
^cP or comparisons between white and nonwhite (combined).
^dAbstracted only in survey years 1997-2000 and 2003-2005.
^eNote that injury, fracture, nephrolithiasis, and sickle cell visits without a pain code are included in these rows of Table 2 but are not included in any other tables or figures.

Odds Ratios for Receiving Opioids During a Pain-Related Visit, by Race/Ethnicity, Overall and in Subgroups

Table 4. Odds Ratios for Receiving Opioids During a Pain-Related Visit, by Race/Ethnicity, Overall and in Subgroups

Subgroup	Reference	Adjusted OR (95% CI) ^a				P Value for Interaction ^b
		White	Black	Hispanic ^c	Asian/Other	
All (unadjusted)	1 [Reference]	0.64 (0.50-0.67)	0.71 (0.56-0.75)	0.87 (0.78-0.95)	0.87 (0.65-0.82)	NA
All	1 [Reference]	0.64 (0.61-0.67)	0.69 (0.65-0.73)	0.73 (0.65-0.82)	0.73 (0.65-0.82)	NA
1997-2000 and 2003-2005 (additionally adjusted for pain severity) ^d	1 [Reference]	0.66 (0.62-0.70)	0.67 (0.63-0.72)	0.79 (0.67-0.93)	0.79 (0.67-0.93)	NA
Hospital location						
Northeast	1 [Reference]	0.56 (0.50-0.63)	0.51 (0.45-0.57)	0.50 (0.39-0.65)	0.50 (0.39-0.65)	<.001
Midwest	1 [Reference]	0.69 (0.63-0.76)	0.68 (0.57-0.80)	1.0 (0.74-1.4)	1.0 (0.74-1.4)	
South	1 [Reference]	0.61 (0.56-0.66)	0.69 (0.62-0.76)	0.80 (0.62-1.0)	0.80 (0.62-1.0)	
West	1 [Reference]	0.80 (0.71-0.91)	0.82 (0.77-0.89)	0.74 (0.64-0.86)	0.74 (0.64-0.86)	
Hospital owner						
Nonprofit	1 [Reference]	0.66 (0.63-0.71)	0.69 (0.64-0.74)	0.74 (0.64-0.86)	0.74 (0.64-0.86)	.045
Government (nonfederal)	1 [Reference]	0.51 (0.44-0.61)	0.62 (0.54-0.72)	0.65 (0.52-0.81)	0.65 (0.52-0.81)	
Proprietary	1 [Reference]	0.66 (0.57-0.75)	0.77 (0.69-0.87)	0.77 (0.61-0.98)	0.77 (0.61-0.98)	
Hospital setting						
Rural	1 [Reference]	0.72 (0.64-0.81)	0.81 (0.68-0.98)	1.1 (0.83-1.5)	1.1 (0.83-1.5)	.002
Urban	1 [Reference]	0.62 (0.59-0.66)	0.68 (0.64-0.72)	0.68 (0.61-0.75)	0.68 (0.61-0.75)	
Patient age, y						
<12	1 [Reference]	0.51 (0.42-0.63)	0.59 (0.45-0.77)	0.77 (0.50-1.2)	0.77 (0.50-1.2)	<.001
12-17	1 [Reference]	0.61 (0.51-0.72)	0.74 (0.60-0.91)	0.85 (0.65-1.1)	0.85 (0.65-1.1)	
18-25	1 [Reference]	0.55 (0.50-0.61)	0.76 (0.68-0.85)	0.71 (0.65-0.78)	0.71 (0.65-0.78)	
≥26	1 [Reference]	0.61 (0.57-0.64)	0.68 (0.63-0.73)	0.74 (0.65-0.84)	0.74 (0.65-0.84)	
≥65	1 [Reference]	0.84 (0.75-0.95)	0.71 (0.61-0.84)	0.72 (0.56-0.94)	0.72 (0.56-0.94)	
Patient sex						
Female	1 [Reference]	0.66 (0.62-0.70)	0.72 (0.67-0.77)	0.76 (0.67-0.88)	0.76 (0.67-0.88)	.16
Male	1 [Reference]	0.61 (0.57-0.65)	0.66 (0.61-0.71)	0.70 (0.59-0.83)	0.70 (0.59-0.83)	
Patient insurance type						
Private	1 [Reference]	0.63 (0.58-0.67)	0.77 (0.71-0.84)	0.68 (0.58-0.79)	0.68 (0.58-0.79)	<.001
Medicare	1 [Reference]	0.86 (0.76-0.97)	0.70 (0.59-0.83)	0.55 (0.41-0.75)	0.55 (0.41-0.75)	
Medicaid	1 [Reference]	0.62 (0.57-0.68)	0.62 (0.56-0.70)	0.91 (0.69-1.2)	0.91 (0.69-1.2)	
Worker's compensation	1 [Reference]	0.64 (0.46-0.90)	0.70 (0.50-0.96)	0.69 (0.30-1.6)	0.69 (0.30-1.6)	
Self/no charge/other/unknown	1 [Reference]	0.58 (0.54-0.63)	0.65 (0.59-0.72)	0.77 (0.64-0.92)	0.77 (0.64-0.92)	

Abbreviations: CI, confidence interval; NA, not applicable; OR, odds ratio.
^aAdjusted estimates account for survey design and weights. All adjusted estimates adjust for age, sex, insurance, type of pain, cancer diagnosis, alcohol intoxication/withdrawal/abuse, alcohol dependence, drug intoxication/withdrawal/abuse, drug dependence, hospital location, owner and setting, and survey year.
^bIncludes all persons of any race who are of Hispanic ethnicity.
^cP values test the hypothesis that there is no interaction between race/ethnicity and the subgroupings shown in column 1 and are generated using a simultaneous Wald test of interaction terms.
^dPain severity was abstracted in survey years 1997-2000 and 2003-2005 only.

Conclusion

- Selon le soignant, une douleur d'intensité identique sur une échelle analogique ferait « moins mal » à un hispanique qu'à un non hispanique (ou à un noir/blanc) ?
- Selon le soignant, un hispanique supporterait mieux la douleur qu'un non hispanique ?

« Other explanations for a difference in analgesic practice as a function of ethnicity should be explored »

A propos :

- Qu'est ce que le syndrome transalpin ?
- A-t-il un fondement scientifique ?
- Comment dit-on « j'ai mal » en serbo-croate ?

Piste 1 : tenir compte de la culture du patient ?

Explorer les idées concernant la maladie et son traitement employées par tous ceux qui participent au processus clinique (patients, familles, soignants)

Modèles explicatifs (Kleinman, 1978 et après)

Soc. Sci. & Med., Vol. 12, pp. 85 to 93.
© Pergamon Press Ltd. 1978. Printed in Great Britain.

0037-7856/78/0401-0085\$02.00/0

II. a.

CONCEPTS AND A MODEL FOR THE COMPARISON OF MEDICAL SYSTEMS AS CULTURAL SYSTEMS*

ARTHUR KLEINMAN

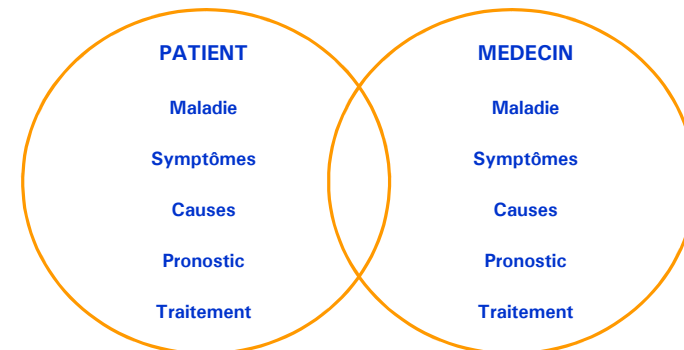
Division of Social and Cross-Cultural Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA 98195

Abstract—A model and related concepts are presented for ethnographic and comparative research on medical systems as cultural systems. The major structural and functional aspects of the health care system model are briefly sketched. Clinical realities, explanatory model (EM) transactions in health care relationships, a distinction between disease/illness, cultural healing and cultural iatrogenesis, and the core adaptive tasks of health care systems are concepts based on this model which have practical clinical and public health, as well as research, implications. A number of hypotheses are outlined which can be used to focus medical ethnographies and to construct comparative cross-cultural studies of health care systems. The model, concepts, and hypotheses attempt to exploit medical anthropology's fundamental tension between medical and anthropological interests; and thereby to contribute to the development of theory that is original to this discipline.

Les modèles explicatifs cherchent à répondre aux questions :

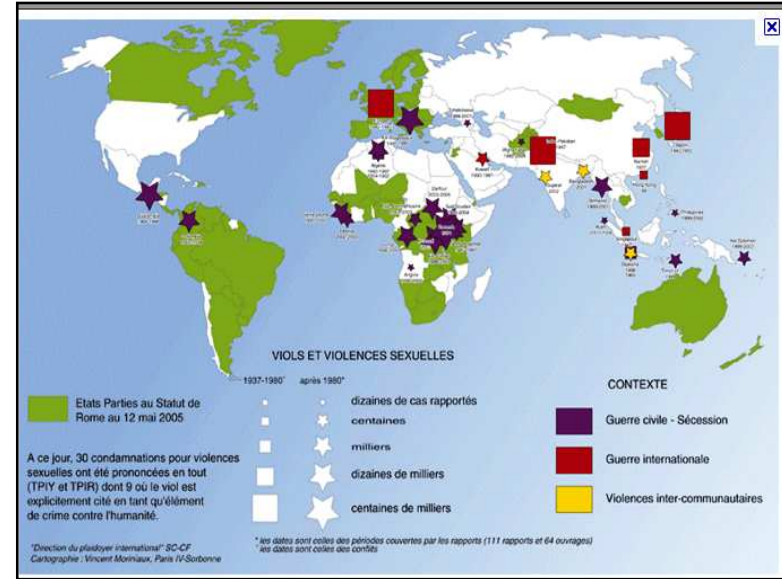
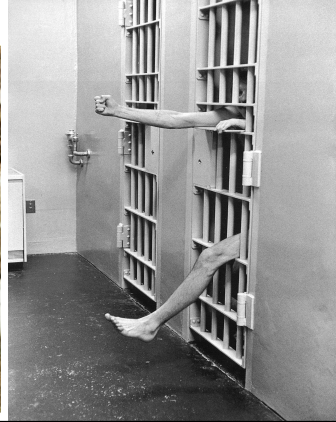
- Qu'est-ce qui est arrivé ?
- Pourquoi est-ce arrivé ?
- Pourquoi est-ce arrivé à moi ?
- Pourquoi est-ce arrivé maintenant ?
- Comment est-ce que cela va évoluer ?
- Qu'est-ce qu'il faut faire pour que ça passe ?

Une rencontre de modèles explicatifs



PISTE 2: Tenir compte des antécédents du patient

Violence organisée



Les nouvelles routes de l'immigration clandestine

Lundi janvier, 2015 | Les Bonus du cours.Revue de presse | Ma Géo | Commentaires



UNHCR The UN Refugee Agency **URGENT!** Crise Libye

Une aide d'urgence est indispensable pour secourir les personnes fuyant les violences en Libye.



La situation aux frontières reste chaotique, des dizaines de milliers de personnes ayant fui la Libye pour trouver refuge en Tunisie et en Egypte. © HCR/A. Ducloux

Cette fan...
personne...
fuyant la...
Libye. © F...
Comm...
40€
Une sc...
permis...
déplac...
100€

La procédure d'asile en soi est un facteur pathogène

C.J. Laban et al., Journal of nervous and mental disease, 2004,192, 843-851

Deux cohortes de demandeurs d'asile irakiens aux Pays Bas

- Durée de séjour : - 143 < 6 mois
- 151 > 2ans
- Caractéristiques socio-démographiques, anamnèse traumatique comparables

Mesure de l'état de santé mentale (CIDI)

	Tx de Prévalence		p
	< 6 mois	> 2ans	
globalement	42%	66.2%	<0.0005
tblés anxieux	14	30.2	<0.001
état dépressif	25.2	43.7	<0.001
tr somatoforme	4.9	13.2	<0.013
PTSD	31.5	41.7	NS

le processus d'intégration //l'acculturation posent question



Piste 3 : Améliorer les compétences culturelles des soignants

Utiliser des interprètes formés diminue les barrières de langues

Mieux appréhender la diversité géographique des patients facilite la création d'une relation empathique



L'état du monde, Ed. la decouverte Badié

NON À L'ISLAMISME

La jeunesse avec LE PEN

Votez UDC Suisse, toujours libre!

en masse?

2xNON
aux projets de naturalisation

a vulnérabilité personnelle, particulièrement de l'immigration et de l'asile?

Pour plus de diversité

Notre maison - notre Monde | **POP** LAUSANNE EN MOUVEMENT

Piste 5. Développer des outils de travail interactifs

www.migrantcare.org ou web HUG « migrantcare »

HUG - Migrant Care - Microsoft Internet Explorer fourni par HUG

Adresse: http://migrantcare.hug.ch/

Migrant Care

Un site d'information sur la santé des migrants

La Suisse et les migrants | Mesures de dépistage | Facteurs de risques et les migrants | La santé et les migrants | Culture et santé | Soins migrants précaires Genève

Quelques chiffres | Politique suisse | Bases légales

Recherche

Centre Santé Migrants Charmilles 89 rue de Lyon 1203 Genève 022 382 33 33

Liens Internet | Références | Actualités | Contact | EN PRATIQUE À GENÈVE | Accès aux soins selon permis de séjour | Centre Santé Migrants (Charmilles) | Réseau soins asile (RSA) | Lieux de soins à Genève | Autour de la santé des migrants

http://consult-transculturelle-interpreariat.hug-ge.ch/service_interpreariat/liste_interpretes.html

HUG - Hôpitaux Universitaires de Genève

Consultation transculturelle et Interpréariat
Service d'interpréariat

Introduction | Consultation transculturelle | Service d'interpréariat | Informations pratiques | Compte

Liste des interprètes

Liste des interprètes de la Croix Rouge Genevoise - Accès aux collaborateurs des HUG, uniquement en interne

Pour les patients sourds et malentendants:

Vous pouvez contacter le service d'interprètes de PROCOM, Fondation d'aide à la communication pour sourds. Sur leur [site web](#) vous trouverez toutes les informations nécessaires pour bénéficier de leur service.

PROCOM Service d'interprètes, Chemin du Couchang 46, 1007 Lausanne. Tél: 021 625 88 22; Fax: 021 625 8824; Email: interpreta@procom-deaf.ch. Horaire d'ouverture: 8h30-11h30; 14h-17h. Pour les urgences, PROCOM Relais téléphonique pour sourds/entendants au 0844 844 051 (sourds) ou 0844 844 061 (entendants).

Pour des communications courtes et des urgences, vous pouvez contacter Mme Maria de Fatima ANTICH, réceptionniste à Beau Séjour (tél: 37 26 813; bip: 7957080; mail: Maria.d.F.Antich@hug.ch). Selon sa disponibilité, Mme Antich peut se déplacer pour faire de l'interpréariat pour la langue des signes.

Dernière modification le 13/04/2010

Recherche

Références

- Geiger H. Jack . Racial stereotyping and medicine: the need for cultural competence CMAJ, 2001; 164 (12) 1699-1700
- Sleptsova M, Wössmer B, Langewitz W. Les migrants ressentent les douleurs d'une manière différente. Forum Med Suisse. 2009, 9, 319-321.
- Todd, KH, Deaton C, d'Adamo A et al. Ethnicity and analgesic practice. Annals of emergency medicine. 2000. 35, 11-16
- Durieux-Paillard S, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. Rev Med Suisse, 2005, 34, 2008-13