

Promouvoir le dépistage du cancer colorectal chez les populations sud-asiatiques : Stratégies pour faciliter l'accès

par Joanne Crawford

RÉSUMÉ

Au Canada, le dépistage du cancer colorectal peut rebuter certaines populations sud-asiatiques. En tant qu'infirmières en oncologie, il importe que nous connaissions les obstacles au dépistage de même que des stratégies culturellement appropriées pouvant être adoptées pour les surmonter. Dans cet article, nous présentons la recherche effectuée sur le dépistage du cancer colorectal chez les immigrants sud-asiatiques et utilisons un cadre sur l'accès pour dégager des stratégies permettant de lever les barrières. Nous abordons également des principes de sécurisation culturelle et examinons quelques outils d'évaluation culturelle qui peuvent être mis à profit dans la pratique infirmière.

INTRODUCTION

Dans les pays occidentaux, le dépistage du cancer (sein, col de l'utérus ou colorectal) est plus faible chez les populations sud-asiatiques (Crawford, Ahmad, Beaton et Bierman, 2015a). En comprenant mieux quels sont les obstacles au dépistage, il sera plus facile d'en favoriser l'accès. Deux études ont été menées pour examiner les facteurs qui influencent la décision d'accepter un dépistage du cancer en général et du cancer colorectal

en particulier chez les immigrants sud-asiatiques (Crawford et al., 2015a; Crawford, Ahmad, Beaton et Bierman, 2015b). Puis, en nous appuyant sur le cadre sur l'accès proposé par Atkinson et collaborateurs (2001), nous avons pu cibler des stratégies fondées sur des données probantes et des notions de sécurisation culturelle qui pourront nourrir la pratique infirmière en oncologie.

LE DÉPISTAGE DU CANCER CHEZ LES POPULATIONS SUD-ASIATIQUES

Une modeste hausse des taux de dépistage a suivi la mise en place de programmes communautaires de dépistage du cancer dans l'ensemble du Canada. Toutefois, pour certaines sous-populations, des inégalités subsistent (Singh, Bernstein, Samadder et Ahmed, 2015). Ainsi, le taux de dépistage de certains cancers (sein, col de l'utérus et colorectal) serait plus faible chez les immigrants sud-asiatiques que chez les personnes nées au Canada (Quan et al., 2006, Lofters, Hwang, Moineddin et Glazier, 2010; Lofters, Gozdyra et Lobb, 2013). De nombreux obstacles à l'accès ont été identifiés.

LES OBSTACLES AU DÉPISTAGE

Un examen de la portée a recensé divers obstacles liés au dépistage du cancer chez les immigrants sud-asiatiques résidant au Royaume-Uni, aux États-Unis et au Canada. Sur le plan personnel : difficultés liées à la langue, manque de connaissances sur le sujet, perception d'un risque réduit pour soi, et crainte. Et parmi les obstacles liés au système : pas de recommandation de dépistage de la part du médecin, sexe du médecin, manque d'éducation sur les différences culturelles, et absence

de services de dépistage à proximité (Crawford et al., 2015a). La tenue d'un groupe de discussion explorant les comportements et attitudes des immigrants sud-asiatiques du Canada face au dépistage du cancer colorectal a permis de dégager les obstacles suivants : dépistage considéré comme superflu, sentiment de crainte, manque de connaissances ou de conscientisation sur le sujet, soutien et accessibilité à l'information et au dépistage variables selon le médecin (Crawford et al., 2015b). En contexte de dépistage du cancer colorectal, la notion d'accès dépasse la simple prestation de services de santé. Selon Atkinson et collaborateurs (2001), la notion d'« accès » dépasse la seule prestation de services de dépistage. Elle couvre 1) un accès adéquat aux renseignements pertinents; 2) des services culturellement adaptés; 3) des services faciles à utiliser; et 4) une approche respectueuse, notamment quant au traitement.

LES STRATÉGIES QUI FACILITENT L'ACCÈS

Les deux études mentionnées ci-dessus (Crawford et al., 2015a, b) ont pu nourrir une réflexion sur les stratégies d'accès adaptées aux particularités culturelles des populations sud-asiatiques. Les infirmières en oncologie en milieu communautaire, en évaluation diagnostique, en prévention du cancer et en soins ambulatoires jouent un rôle déterminant dans la promotion du dépistage du cancer colorectal et ont donc avantage à connaître des stratégies adaptées sur le plan culturel.

Un accès adéquat aux renseignements pertinents. L'évaluation du niveau de littératie et de la compétence linguistique (en anglais ou en français, selon le cas) est de rigueur pour déterminer la capacité du patient à comprendre

AU SUJET DE L'AUTEURE



Joanne Crawford, inf. aut., B.Sc.inf., M.Sc., Ph.D., CSIO(C), Professeure adjointe, Faculté des sciences appliquées de la santé, département des sciences infirmières, Université Brock, 1812, chemin Sir Isaac Brock, St. Catharines, Ontario L2S 3A1

Téléphone : 905-688-5550, poste 4363; Télécopieur : 905-688-6658

Courriel : joanne.crawford@brocku.ca

les renseignements et les instructions qui lui sont fournis. La technique de reformulation, c'est-à-dire demander au patient de répéter dans ses mots l'information reçue, aidera à vérifier sa bonne compréhension (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015; voir l'annexe A). Par ailleurs, les fiches d'instructions à l'intention des patients sur la recherche de sang occulte dans les selles existent en plusieurs langues sud-asiatiques, et peuvent donc être remises aux patients qui savent lire (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2016). Autrement, on peut recourir à un interprète qui saura transmettre l'information au patient dans la langue de son choix (Crawford et al., 2015b). La disponibilité d'interprètes médicaux facilite l'accès aux services, et les infirmières sont bien placées pour en défendre l'importance afin de répondre aux besoins particuliers des patients sud-asiatiques dans le contexte de la pratique.

Autre barrière : l'ignorance par les populations sud-asiatiques des risques de cancer, qui s'explique souvent par la perception personnelle que le risque posé par les cancers les plus courants en Occident est faible (Crawford et al., 2015a, b). Or, le risque pour un immigrant sud-asiatique de développer un cancer colorectal tend avec le temps à égaler celui d'une personne née au Canada (Hislop, Bajdik, Saroa, Yeole et Barroetavena, 2007). En outre, il faut tenir compte de la perception de certains Sud-Asiatiques comme quoi le cancer est à craindre. Pour s'adapter à la culture sud-asiatique, les infirmières en oncologie devraient présenter le dépistage du cancer colorectal comme un moyen de maintenir sa santé dans une vision holistique, ce qui aidera le patient à comprendre l'aspect préventif de la chose. Cette vision holistique des soins de santé fait partie des croyances rapportées par les populations sud-asiatiques, surtout au Canada (Crawford et al., 2015a). L'esprit collectif est également fort chez les Sud-Asiatiques; c'est pourquoi les infirmières en oncologie devraient intégrer les membres de la famille dans la discussion sur le dépistage, car ils contribueront à la décision qui sera prise (Crawford et al., 2015a, b).

Des services culturellement adaptés et faciles à utiliser. Les infirmières en oncologie des équipes multidisciplinaires peuvent utiliser des stratégies adaptées à la culture de leur interlocuteur pour mieux faire passer l'information sur le dépistage. Par exemple, si un patient n'est pas à l'aise à l'idée d'avoir un fournisseur de soin masculin, une infirmière sera bien placée en tant que femme pour fournir l'information sur le dépistage et orienter vers des fournisseurs de soins féminins pour la suite (Crawford et al., 2015a, b). Pour promouvoir le dépistage du cancer colorectal, il est recommandé d'avoir recours à des stratégies d'éducation collective et à volets multiples en laissant des pairs jouer le rôle d'éducateurs en santé (Brouwers et al., 2011; Crawford et al., 2015a, b). L'infirmière en oncologie peut jouer un rôle de leadership et de consultation dans la mise en place de la formation en groupe, et aussi aider ses collègues du milieu de la santé à fournir de l'information adaptée à la culture du patient et à ouvrir la porte du dépistage (Crawford, Frisina, Hacket Parascandalo, 2015).

Concernant l'accessibilité, notons que des cliniques infirmières mobiles ont eu des répercussions positives sur les taux de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal dans les collectivités visées (Baron et al., 2008). À l'heure actuelle, des cliniques mobiles font la promotion du dépistage de trois cancers (sein, col de l'utérus et colorectal) afin d'en augmenter l'accessibilité locale au sein de populations sous-dépistées, ce qui comprend les populations sud-asiatiques (Action Cancer Ontario, 2015). Ensemble, ces stratégies de prestation de services culturellement adaptés et sécuritaires satisfont les besoins du patient.

Une prestation de soins respectueuse et sécurisante du point de vue culturel. On a pu relever dans la littérature divers obstacles systémiques à l'accès : manque de valeur accordée aux croyances et à la culture du patient, assortie d'un désintérêt à accommoder celles-ci, et comportements dénotant un manque de respect de la part des médecins (Crawford et al., 2015a, b). Une

recommandation importante consistait à confier le dépistage du cancer colorectal aux infirmières, car elles ont la réputation d'être « à l'écoute » (Crawford et al., 2015b), ce qui mène au respect.

La sécurisation culturelle consiste à tenir compte du contexte socioculturel propre à une personne et de la manière dont il influence sa perception de la santé et de l'accès aux soins (Browne et al., 2009). L'adhésion au principe de la sécurisation culturelle implique une conscientisation de la répartition inégale du pouvoir dans le milieu de la santé, suivie d'un effort pour équilibrer les rapports afin de développer une relation de respect mutuel avec le patient et ses proches (Bearskin, 2011; Browne et al., 2009).

La sécurisation culturelle fait appel à la compétence culturelle. Cette dernière résulte d'une auto-évaluation de l'infirmière de sa progression constante vers la compétence, alors que la sécurisation culturelle est évaluée par le patient comme un sentiment de sécurité culturelle qui s'installe pendant la rencontre avec le professionnel de la santé. Les outils et les habiletés nécessaires à la compétence et à la sécurisation culturelles se ressemblent puisqu'ils reposent sur l'autoévaluation et l'utilisation d'aptitudes communicationnelles pendant la rencontre patient-infirmière. Il existe des outils pour aider les infirmières à faire cette autoévaluation, notamment l'outil ASKED, qui évalue la compétence culturelle (Campinha-Bacote, 2002) et un questionnaire d'autoévaluation de la compétence culturelle à l'intention du professionnel de la santé (Waugh, Szafran, Triscott et Parent, 2014) qui permet de jauger sa propre habileté à offrir des soins adaptés à la culture et de faire ressortir les points à améliorer. Voir l'annexe A.

Les rencontres patient-infirmière aident cette dernière à mieux cerner les croyances, les valeurs et les pratiques de santé du patient, lesquelles sous-tendent sa perception de la santé et de la maladie. Il existe plusieurs bons outils pour améliorer ce type de communication : l'outil LEARN permet d'investiguer certaines questions culturelles et d'accompagner le patient vers

l'acceptation du dépistage (Berlin et Fowkes, 1983); l'outil BRIDGES éclaire la compréhension du contexte culturel du patient de manière à répondre à ses besoins (Waugh et al., 2014). Voir l'annexe A. En exploitant ces outils, le personnel infirmier en oncologie fait la promotion de services adaptés à la culture et favorise la justice sociale, surtout lorsque du racisme ou des préjugés s'imposent dans les services de santé (Browne et al., 2009).

CONCLUSION

En comprenant mieux les obstacles à l'accès et les stratégies pouvant être appliquées, les infirmières en oncologie pourront mieux promouvoir le dépistage du cancer colorectal auprès des populations sud-asiatiques, et donc en améliorer l'accès. Considérant la croissance de cette population au Canada, les infirmières en oncologie se doivent de rechercher les échanges culturels, qui sont la clé pour ouvrir

l'accès à des services de santé répondant aux besoins des patients. Les outils d'autoévaluation et de communication seront utiles ici pour arriver à une offre de soins infirmiers adaptés à la culture de l'autre et sécurisants.

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier l'ACIO pour la subvention de jeune chercheur reçue pour mener à bien le groupe de discussion tenu dans le cadre de ma thèse de doctorat, en 2012.

RÉFÉRENCES

- Agency for Healthcare Research and Quality (2015). Use the Teach-Back Method: Tool #5. In *Health Literacy Universal Precautions Toolkit* (2nd ed.), Rockville, MD. Retrieved from <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlitoolkit2-tool5.html>
- Atkinson, M., Clark, M., Clay, D., Johnson, M., Owen, D., & Szczepura, A. (2001). *Systematic review of ethnicity and health service access for London*. Commissioned by the London Regional Office of the NHS Executive. University of Warwick, Centre for Health Services Studies Retrieved from <http://mighealth.net/uk/images/5/56/System.doc>
- Baron, R.C., Rimer, B.K., Breslow, R.A., Coates, R.J., Kerner, J., Melillo, S., ... Briss, P.A., and the Task Force on Community Preventive Services (2008). Client directed interventions to increase community demand for breast, cervical, and colorectal cancer screening: A systematic review. *Am J Prev Med*, 35(1 Suppl.), S3455. doi:10.1016/j.amepre.2008.04.002
- Bearskin, L.B. (2011). A critical lens on culture in nursing practice. *Nursing Ethics*, 18(4), 548–559. doi:10.1177/096973311408048
- Berlin, E.A., & Fowkes, W.C. (1983). A teaching framework for cross-cultural health care: Application in family practice. *Western Journal of Medicine*, 139(6), 934–938.
- Brouwers, M.C., De Vito, C., Bahirathan, L., Carol, A., Carroll, J.C., Cotterchio, M., ... Wathen, N. (2011). What implementation interventions increase cancer screening rates? A systematic review. *Implement Sci.*, 6, 111. doi:10.1186/1748-5908-6-111
- Browne, A.J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M.J., & Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nursing Philosophy*, 10(3), 167–179. doi:10.1111/j.1466-769X.2009.00406.x
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *J Transcult Nurs*, 13(181). doi:10.1177/10459602013003003
- Cancer Care Ontario (2015). *Mobile screening*. Retrieved from https://www.cancercare.on.ca/pcs/screening/mobile_screening/
- Crawford, J., Ahmad, F., Beaton, D., & Bierman, A.S. (2015a). *Cancer screening behaviours among South Asian immigrants in the UK, US and Canada: A scoping study*. Health and Social Care in the Community, Early View, Article first published online, 27 Feb. doi:10.1111/hsc.12208/pdf
- Crawford, J., Ahmad, F., Beaton, D., & Bierman, A.S. (2015b). Colorectal cancer screening behaviours among South Asian immigrants in Canada: A qualitative study. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 11(2), 1–17. doi:10.1108/IJMHS-09-2014-0037
- Crawford, J., Frisina, A., Hack, T., & Parascandalo, F. (2015). A peer health educator program for breast cancer screening promotion: Arabic, Chinese, South Asian, and Vietnamese immigrant women's perspectives. *Nursing Research and Practice*, 2015, ID 947245. doi:10.1155/2015/947245
- Hislop, T.G., Bajdick, C.D., Saroa, S.R., Yeole, B.B., & Barroetavena, M.C. (2007). Cancer incidence in Indians from three areas: Dehi and Mumbai, India, and British Columbia, Canada. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 9, 221–227. doi:10.1007/s10903-006-9035-5
- Lofters, A.K., Hwang, S.W., Moineddin, R., & Glazier, R.H. (2010). Cervical cancer screening among urban immigrants by region of origin: A population-based cohort study. *Prev Med*, 51(6), 509–516. doi:10.1016/j.ypmed.2010.09.014
- Lofters, A., Gozdya, P., & Lobb, R. (2013). Using geographic methods to inform cancer screening interventions for South Asians in Ontario, Canada. *BMC Public Health*, 13, 395. doi:10.1186/1471-2458-13-395
- Ministry of Health and Long-Term Care [MOHLTC]. (2016). *Health Professionals: ColonCancerCheck*. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/coloncancercheck/fobt_multilingual.asp
- Quan, H., Fong, A., De Coster, C., Wang, J., Musto, R., Noseworthy, T.W., & Ghali, W.A. (2006). Variation in health services utilization among ethnic populations. *CMAJ*, 174(6): 787–791. doi:10.1503/cmaj.050674
- Singh, H., Bernstein, C.N., Samadder, J.N., & Ahmed, A. (2015). Screening rates for colorectal cancer in Canada: A cross-sectional study. *CMAJ OPEN*, 3(2), E149–E157. doi:10.9778/cmajo.20140073
- Waugh, E., Szafran, O., Triscott, J.A.C., & Parent, R. (2014). *Cultural competency skills for health professionals: A workbook for caring across cultures*. Canada: Brush Education.

Annexe : Outils de communication et d'évaluation culturelles		
Nom	Référence	Lien Web
Outil no 5 : la reformulation pédagogique	Agency for Healthcare Research and Quality, (2015). Use the Teach-Back Method: Tool #5. In <i>Health Literacy Universal Precautions Toolkit</i> (2nd Edition), Rockville, MD.	http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2-tool5.html
Outil ASKED A – awareness (conscience) S – skill (compétence) K – knowledge (connaissance) E – encounters (rencontre) D – desire (désir)	Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. <i>J Transcult Nurs</i> , 13, 181. doi:10.1177/10459602013003003	http://coe.stanford.edu/courses/ethmedreadings10/Process%20of%20Cultural%20Competence.pdf
« Health Professional's self-assessment of cultural competency Questionnaire » (autoévaluation de la compétence culturelle) 7 échelles avec catégories de réponses en 6 points	Waugh, E., Szafran, O., Triscott, J.A.C., Parent, R. (2015). <i>Cultural Competency Skills for Health Professionals: A Workbook for Caring Across Cultures</i> . Brush Education (Bridges Tool, HPSACC Tool)	https://www.ualberta.ca/medicine/departments/family-medicine/research/areas-of-research/centre-for-health-and-culture/cultural-competency-skills-modules
Outil BRIDGES B – beliefs (croyances, valeurs, normes) R – roles (rôles et relations) I – identify (évaluer la langue, la littératie et la communication) D – decision (pratiques décisionnelles) G – group (groupe, communauté, organisations) E – extraordinary (problèmes de santé sortant de l'ordinaire) S – share (partager sa compréhension de la culture de l'autre, trouver un terrain d'entente)	Waugh, E., Szafran, O., Triscott, J.A.C., Parent, R. (2015). <i>Cultural Competency Skills for Health Professionals: A Workbook for Caring Across Cultures</i> . Brush Education.	https://www.ualberta.ca/medicine/departments/family-medicine/research/areas-of-research/centre-for-health-and-culture/cultural-competency-skills-modules
Modèle de communication transculturelle LEARN L – listen (écouter en étant sensible à la culture de l'autre) E – explain (expliquer sa lecture du problème de santé) A – acknowledge (considérer les autres points de vue possibles) R – recommend (recommander des interventions avec tact et respect) N – negotiate (négocier jusqu'à parvenir à une décision/entente)	Berlin, E.A., & Fowkes, W.C. (1982). A teaching framework for cross-cultural health care: Application in family practice. <i>Western Journal of Medicine</i> , 139(6), 934–938.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1011028/