

SOCIÉTÉ INTERCULTURELLE

Femmes immigrées et dépistage du cancer du sein



Réalisation : Service Education permanente Question Santé asbl

Texte : Olivier Leroy

Secrétariat de rédaction : Isabelle Dossogne/Question Santé

Graphisme : Carine Simon/Question Santé

Remerciements à Marianne Flament et à Myriam Provost

Avec le soutien de la DG Culture – Éducation permanente du Ministère de la Communauté française

Éditeur responsable : Patrick Trefois - 72, rue du Viaduc – 1050 Bruxelles

D/2006/3543/19

Au cours de sa vie, une femme sur onze est atteinte d'un cancer du sein, généralement après 50 ans. Le cancer du sein est la première cause de décès prématuré chez la femme en Belgique. Face à cette situation, un programme de dépistage du cancer du sein a été récemment mis en place dans notre pays. Ce programme prévoit que toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans peuvent bénéficier gratuitement d'une radiographie des seins tous les deux ans.

C'est en effet entre 50 et 69 ans que les risques de survenue d'un cancer du sein sont les plus importants et que l'examen de dépistage est le plus efficace. En Belgique, cet examen a été appelé "mammotest". Le mammotest est une mammographie dont la qualité est optimale et contrôlée, tant en ce qui concerne les appareils radiographiques et la réalisation des clichés que l'interprétation des résultats.

On estime qu'en respectant le rythme d'un mammotest tous les 2 ans entre 50 et 69 ans, la mortalité occasionnée par le cancer du sein pourrait être réduite de 30, voire de 40%.

Des données statistiques permettent de penser que la prévention en matière de cancer du sein a été relativement bien comprise et intégrée par les femmes belges, de même que par les ressortissantes des pays de l'Union européenne.

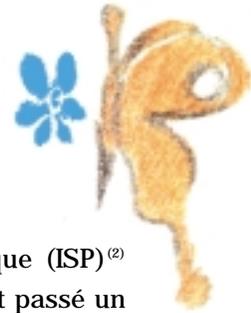
En revanche, il en irait tout autrement chez les femmes des communautés turque, maghrébine et d'Afrique subsaharienne de condition sociale modeste. Ce qui soulève évidemment un ensemble de questions.

L'information sur la prévention passe-t-elle dans les communautés ethnoculturelles ?

Quelle représentation les populations immigrées se font-elles du cancer et de ses conséquences ?

**Existe-t-il des réticences ou des obstacles, notamment culturels,
à passer un examen médical tel qu'une mammographie ?**

LES FEMMES IMMIGRÉES MOINS SENSIBILISÉES À LA PROBLÉMATIQUE DU CANCER DU SEIN QUE LES BELGES ?



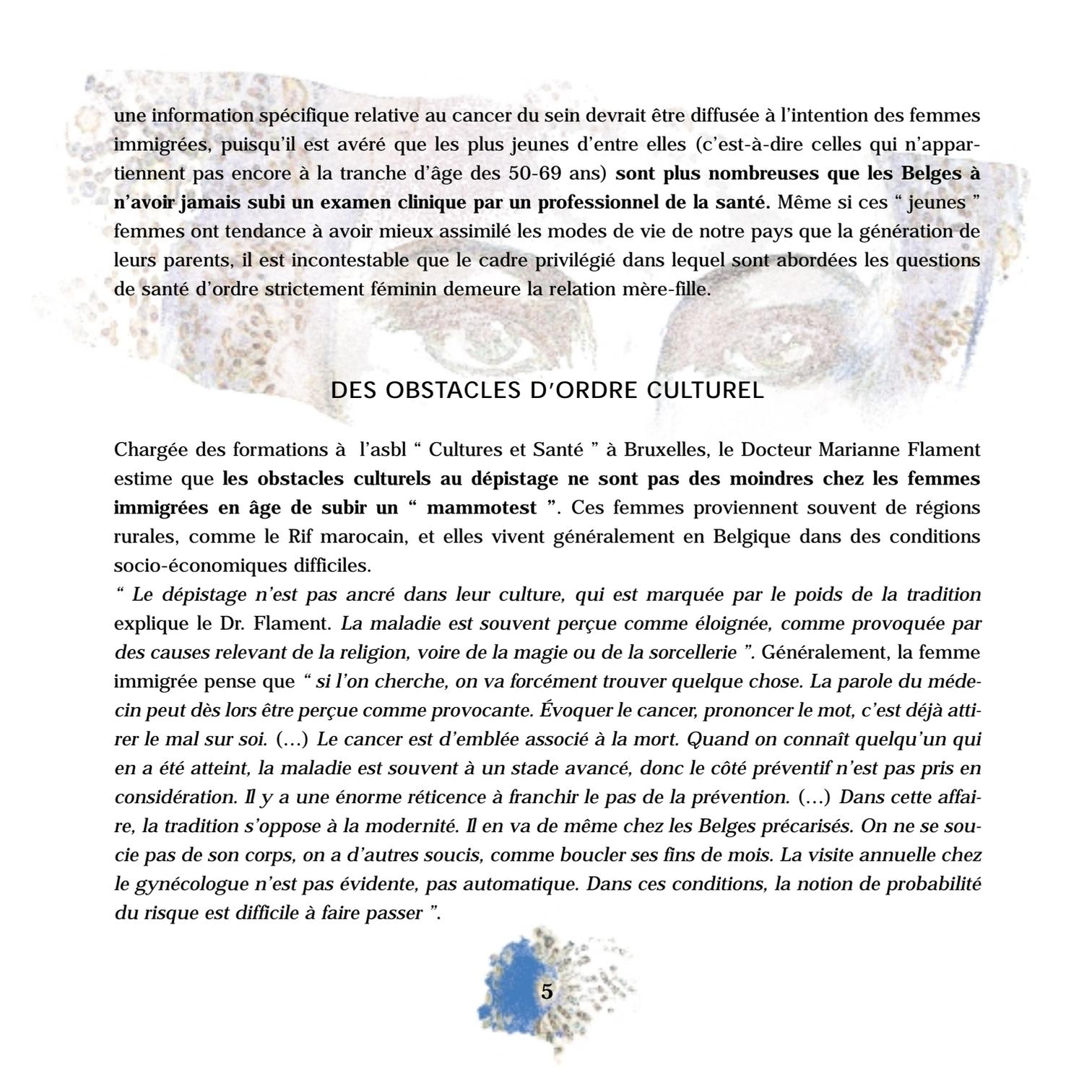
Une enquête par interview publiée en 2004 par l'Institut scientifique de santé publique (ISP)⁽²⁾ révèle que 72% des femmes belges se situant dans la tranche d'âge des 50-69 ans ont passé un examen de dépistage (mammographie ou mammothest) dans les deux années précédant le sondage. Pour les non Belges ressortissantes d'un pays de l'Union européenne, le pourcentage correspondant est de 71%, **mais il chute à 14% pour les femmes originaires d'un pays n'appartenant pas à l'UE**. Bien que ce dernier résultat doive être interprété avec précaution, dans la mesure où le nombre de personnes interrogées par les sondeurs était relativement réduit, il n'en est pas moins révélateur d'une tendance.

Ce faible pourcentage est peut-être en relation avec le taux de mortalité par cancer du sein beaucoup plus faible chez les immigrées de plus de 55 ans que chez les Belges.

Dans son "Tableau de bord de la santé, Région de Bruxelles-Capitale - 2004"⁽³⁾, l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles explique ce taux de mortalité plus faible par le fait que **les femmes immigrées de plus de 55 ans ont bénéficié de facteurs protecteurs avérés** (première grossesse précoce, grossesses plus nombreuses, allaitement maternel plus fréquent et plus long, facteurs nutritionnels favorables). "*Ce (qui) n'est probablement plus (ou dans une moindre mesure) le cas pour les femmes immigrées plus jeunes*", souligne opportunément le document.

La méconnaissance de la langue française, voire l'illettrisme, le manque de connaissances sur les risques du cancer, l'absence de familiarité avec le système de santé et certaines habitudes culturelles constituent par ailleurs autant d'autres obstacles au dépistage chez les femmes immigrées. Dans ces conditions, il va de soi qu'un effort de sensibilisation tout particulier devrait être fait si l'on veut augmenter leur taux de participation au dépistage. D'une manière plus générale,





une information spécifique relative au cancer du sein devrait être diffusée à l'intention des femmes immigrées, puisqu'il est avéré que les plus jeunes d'entre elles (c'est-à-dire celles qui n'appartiennent pas encore à la tranche d'âge des 50-69 ans) **sont plus nombreuses que les Belges à n'avoir jamais subi un examen clinique par un professionnel de la santé.** Même si ces "jeunes" femmes ont tendance à avoir mieux assimilé les modes de vie de notre pays que la génération de leurs parents, il est incontestable que le cadre privilégié dans lequel sont abordées les questions de santé d'ordre strictement féminin demeure la relation mère-fille.

DES OBSTACLES D'ORDRE CULTUREL

Chargée des formations à l'asbl "Cultures et Santé" à Bruxelles, le Docteur Marianne Flament estime que **les obstacles culturels au dépistage ne sont pas des moindres chez les femmes immigrées en âge de subir un "mammotest"**. Ces femmes proviennent souvent de régions rurales, comme le Rif marocain, et elles vivent généralement en Belgique dans des conditions socio-économiques difficiles.

"Le dépistage n'est pas ancré dans leur culture, qui est marquée par le poids de la tradition explique le Dr. Flament. La maladie est souvent perçue comme éloignée, comme provoquée par des causes relevant de la religion, voire de la magie ou de la sorcellerie". Généralement, la femme immigrée pense que *"si l'on cherche, on va forcément trouver quelque chose. La parole du médecin peut dès lors être perçue comme provocante. Évoquer le cancer, prononcer le mot, c'est déjà attirer le mal sur soi. (...) Le cancer est d'emblée associé à la mort. Quand on connaît quelqu'un qui en a été atteint, la maladie est souvent à un stade avancé, donc le côté préventif n'est pas pris en considération. Il y a une énorme réticence à franchir le pas de la prévention. (...) Dans cette affaire, la tradition s'oppose à la modernité. Il en va de même chez les Belges précarisés. On ne se soucie pas de son corps, on a d'autres soucis, comme boucler ses fins de mois. La visite annuelle chez le gynécologue n'est pas évidente, pas automatique. Dans ces conditions, la notion de probabilité du risque est difficile à faire passer"*.

Autre difficulté soulignée par Marianne Flament : “ *Le sentiment d’arrogance, par rapport à la foi et à Dieu, que la femme immigrée peut prêter au médecin qui dit que l’on va faire un dépistage pour éviter quelque chose qui peut ne survenir que dans vingt ans* ”.

Enfin, certaines femmes immigrées (comme des Belges d’ailleurs) **préfèrent consulter un médecin de sexe féminin**, en particulier pour les problèmes de santé propres aux femmes.

Ces obstacles doivent néanmoins être relativisés. Une jeune femme d’origine immigrée ayant effectué en Belgique toute sa scolarité en français et bénéficiant d’un statut socio-économique satisfaisant sera généralement beaucoup moins encline à la superstition qu’une femme de 60 ans originaire d’une zone rurale reculée du Maghreb, de Turquie ou d’Afrique noire. De même, l’appartenance à telle ou telle culture est déterminante : “ *Contrairement aux femmes maghrébines, les femmes originaires d’Afrique subsaharienne n’expriment aucune réticence à passer une mammographie ou un examen gynécologique* ” affirme Henriette D’hont, médecin généraliste dans le Brabant flamand.

Ces remarques pertinentes relatives aux représentations de la santé chez les femmes immigrées ne doivent pas nous faire oublier que ces représentations chez les femmes “ autochtones ” ne sont ni homogènes ni fondamentalement différentes de celles de certaines personnes immigrées. Pour s’en convaincre, on pourrait consulter entre autres l’ouvrage “ Santé et maladie ” de Madame Herzlich ⁽⁶⁾. Dans la description d’un des modèles des représentations de la maladie (la maladie destructrice), l’auteur met en évidence le refus des soins, du recours au médecin, la passivité face à la maladie. Or cette étude s’est basée sur des entretiens approfondis avec des personnes réparties en deux groupes – classe moyenne et intellectuels-, habitant en France à la fin des années 60.

La question qui nous occupe ici est donc un intéressant rappel.

Les représentations de la santé sont multiples

et fondent notre rapport entre autres aux acteurs de la santé et de la prévention.

LE RÔLE CLÉ DU MÉDECIN

Selon de nombreux praticiens, les actions à mener pour venir à bout des résistances doivent viser à modifier entre autres les attitudes des soignants. Plus précisément, il s'agit de **créer un lien de confiance entre le médecin traitant (ou le gynécologue) et la patiente immigrée**, lien qui ne pourra se tisser que **par la compréhension de la culture de la patiente**. Un objectif qui suppose que les professionnels de la santé se préoccupent d'accroître leurs connaissances ethnoculturelles. Marianne Flament considère qu' "*il faut que les soignants tiennent compte de la réalité de la majeure partie de la population immigrée*". Elle ajoute qu'au sein de cette dernière, "*le préalable de planification santé n'existe pas et (qu')il faut donc l'installer, se mettre à la place des personnes, pouvoir comprendre ce que le dépistage et la maladie représentent dans leur culture. Une tâche qui incombe avant tout au médecin de famille, dans la mesure où il a un poids*". "*La proximité, la " familiarité " avec le médecin, connaître son gynécologue sont des éléments extrêmement importants, poursuit le Dr. Flament, parce qu'ils permettent l'établissement d'un lien de confiance.*"

Ce défi de l'apprentissage de la culture de l'autre, certains médecins l'ont relevé. C'est le cas de Myriam Provost, généraliste à la Maison Médicale du Nord (Schaerbeek, Bruxelles ; 75% de patients immigrés), "*Je dirais, explique le Docteur Provost, qu'avec les femmes immigrées, c'est presque plus facile qu'avec les Belges. Leur confiance en nous, médecins, est telle qu'elles s'en remettent complètement à nous. On leur suggère de passer une mammographie et elles répondent : 'Docteur, je le fais'. Elles connaissent la maladie comme les femmes belges, parce qu'elles ont toujours une parente ou une proche qui a été atteinte ou qui est décédée d'un cancer du sein. Elles n'éprouvent aucune réticence face au dépistage ; au contraire, elles souhaitent que tout soit fait pour déceler un éventuel problème. (...) Concernant le délai d'attente des résultats, on leur indique le délai et elles ne se tracassent pas*".

Myriam Provost admet toutefois qu' "*il peut exister une réticence à se faire examiner ou à passer un examen médical chez un praticien homme, mais nous leur garantissons que c'est une femme*

qui procédera à l'examen, parfois une praticienne qui parle leur langue. Nous savons qu'elles seront bien accueillies et la qualité de cet accueil va conditionner leur compliance à refaire l'examen quand ce sera nécessaire ". Un point important quand on sait que le concept de prévention en matière de santé n'est pas intégré par la grande majorité de la population immigrée. " Contrairement aux Belges, les femmes immigrées ne viennent pas en disant 'Docteur, je vais faire un dépistage', souligne la praticienne. Le programme de santé publique constitue un appui énorme en matière de dépistage, mais le rôle du médecin généraliste reste crucial ".

Une autre difficulté en matière de dépistage se situe surtout au niveau de l'information, estime le Dr Provost : " Les femmes immigrées sont moins touchées par les programmes de santé publique déployés par la Communauté française. Quand on se rend en visite chez elles, elles sont souvent branchées sur des programmes radio ou télé turcs. De ce point de vue-là, l'information passe moins facilement que chez les femmes belges. Évidemment, il y a les affiches sur les campagnes de dépistage, chez les pharmaciens, dans les salles d'attente des maisons médicales. Ce sont des moyens qu'il faut utiliser en ne perdant toutefois pas de vue que certaines femmes immigrées sont illetrées ".

L'illettrisme, la méconnaissance de la langue et celle du système belge des soins de santé constituent donc de réels problèmes en matière de prévention du cancer du sein - et d'autres problématiques de santé - en milieu immigré. " À la différence des femmes belges, quand les femmes immigrées reçoivent une invitation à passer une mammographie, elles viennent nous consulter en montrant le papier : 'j'ai reçu un papier, qu'est-ce que je dois faire ?', observe Myriam Provost. Le fait d'être en maison médicale et de disposer d'un accueil est un atout dans ces cas-là. L'accueil se charge de faire les démarches, de prendre les rendez-vous pour elles ".

Ces difficultés de communication sont les mêmes en ce qui concerne le public dit " défavorisé ".

**Comment être entendu, vu, lu et compris par ce public,
voilà autant de questions qui sont et restent des défis majeurs
pour les praticiens de l'art de guérir et les acteurs de la prévention.**

REMÉDIER AU PROBLÈME DE L'INFORMATION : L'EXEMPLE QUÉBÉCOIS

Pour la plupart des soignants, c'est le médecin de famille qui est le mieux à même de sensibiliser les femmes immigrées à la prévention en matière de cancer du sein. Il n'en reste pas moins que des actions de proximité pourraient aussi être engagées, notamment par le milieu associatif impliqué dans les problèmes de santé communautaire. Des actions d'information pourraient ainsi être organisées à l'intention de groupes de femmes des communautés ethnoculturelles. *“ Il faut agir non seulement sur les soignants, mais aussi sur les communautés, par la proximité ”*, estime le Dr. Marianne Flament.

Au Québec, le “ Réseau canadien pour la santé des femmes ”⁽⁴⁾ organise des ateliers d'information à l'intention des femmes immigrées de différentes cultures. Ces ateliers ont permis de constater que l'auto-examen des seins et l'examen clinique par le médecin étaient rarement pratiqués par les participantes. Ils ont également révélé que le programme québécois de dépistage du cancer du sein, équivalent au programme belge “ mammotest ”, était peu connu dans les communautés immigrées, mais que, quand les femmes en prenaient connaissance, elles manifestaient un très grand intérêt et se montraient disposées à y participer. Le Réseau note encore que les ateliers ont pour résultat de susciter de l'angoisse mais aussi une prise de conscience chez les femmes immigrées.

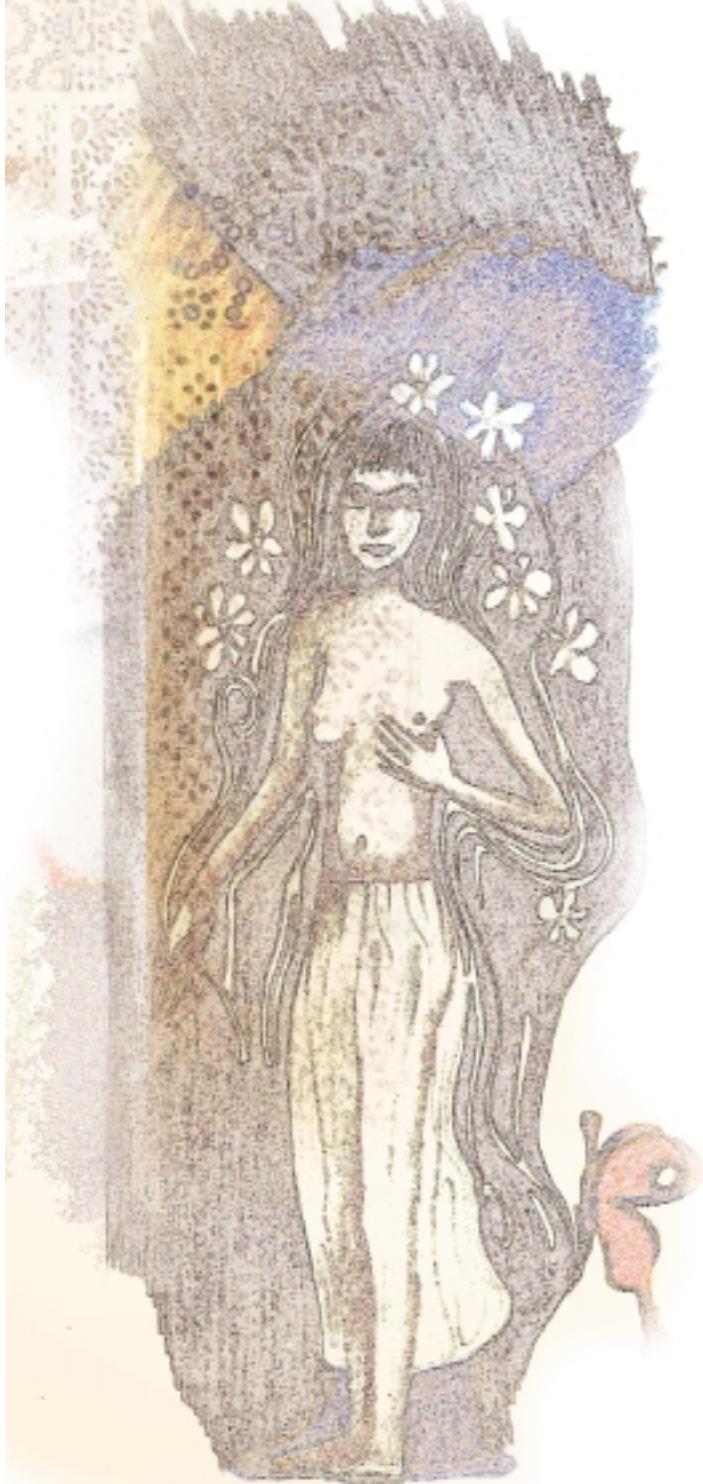
Les animateurs des ateliers québécois ont constaté que **les difficultés des femmes qui ne maîtrisent pas la langue ou qui ne sont pas familiarisées avec le système de santé sont énormes.** Dans ces conditions, estiment-ils, **les centres communautaires ethnoculturels semblent être les lieux de prédilection pour répondre à leurs problèmes.** C'est ainsi que l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS)⁽⁵⁾, dont le siège se situe à Montréal, a adapté **plusieurs outils** à la réalité et aux besoins des femmes immigrées. Elle a notamment mis à leur disposition des feuillets d'information sur le dépistage précoce du cancer du sein ainsi que sur le programme québécois de dépistage du cancer du sein en 24 langues ! Elle a aussi publié un recueil de témoignages de femmes immigrées ayant vaincu leur cancer du sein.

Une initiative à laquelle souscrirait le Dr Marianne Flament, qui nous confiait que “ *ce qu’il faudrait, c’est qu’une femme atteinte et guérie puisse témoigner. Elle aurait une légitimité, une crédibilité, parce que le crédit du médecin n’est pas toujours évident* ”.

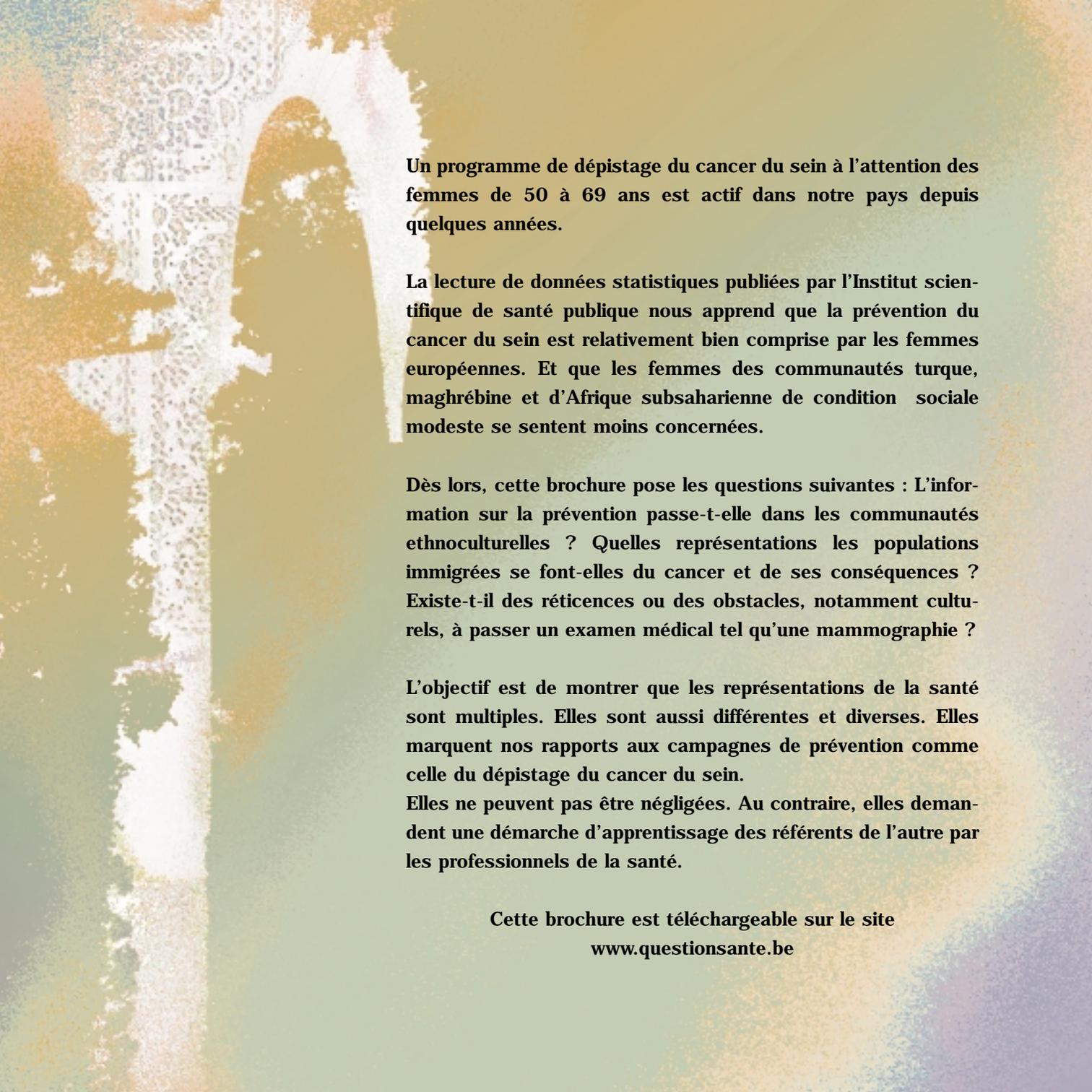
En dépit du travail réalisé, les responsables canadiens estiment néanmoins avoir encore du pain sur la planche. **Il faut notamment, affirment-ils, sensibiliser davantage d’intervenants concernés par la problématique du dépistage à la réalité des femmes des communautés ethnoculturelles et promouvoir la formation interculturelle dans les instituts d’enseignement, les établissements de santé et les services sociaux.** Ils jugent qu’il convient aussi de poursuivre le travail de **vulgarisation et d’adaptation de l’information** sur les méthodes de dépistage du cancer du sein à l’intention des femmes immigrées et favoriser l’utilisation d’interprètes culturels dans les établissements du Réseau.

L’expérience québécoise est intéressante à plus d’un égard, notamment parce que les constatations de ses animateurs recoupent les préoccupations que nous avons pu observer dans notre pays. Dès lors, ne pourrait-elle pas servir de source d’inspiration à d’éventuelles initiatives à venir en Communauté française de Belgique ?





- (1) Pour de plus amples informations sur le “mammotest”, consulter “Le mammotest en questions”, une brochure éditée par Question Santé en mars 2006 qui peut également être téléchargée à l’adresse suivante :
http://www.sante.cfwb.be/charger/mammotest_question.pdf
- (2) Enquête de santé par interview – Belgique 2004, Livre IV –Prévention, Institut scientifique de santé publique, 2006. Les pages 234 et suivantes de ce document sont consacrées à la mammographie. Le Livre IV de l’enquête peut être téléchargé à l’adresse suivante :
<http://www.iph.fgov.be/epidemio/epifr/crospfr/hisfr/his04fr/his44fr.pdf>
- (3) <http://www.observatbru.be/fr/Publications/tableau%20de%20bord%202004-fr.pdf>
- (4) <http://www.cwhn.ca/indexfr.html>
- (5) <http://www.accesss.net/>
- (6) C. Herzlich, Santé et maladie. Ed. Ecole des hautes études en sciences sociales



Un programme de dépistage du cancer du sein à l'attention des femmes de 50 à 69 ans est actif dans notre pays depuis quelques années.

La lecture de données statistiques publiées par l'Institut scientifique de santé publique nous apprend que la prévention du cancer du sein est relativement bien comprise par les femmes européennes. Et que les femmes des communautés turque, maghrébine et d'Afrique subsaharienne de condition sociale modeste se sentent moins concernées.

Dès lors, cette brochure pose les questions suivantes : L'information sur la prévention passe-t-elle dans les communautés ethnoculturelles ? Quelles représentations les populations immigrées se font-elles du cancer et de ses conséquences ? Existe-t-il des réticences ou des obstacles, notamment culturels, à passer un examen médical tel qu'une mammographie ?

L'objectif est de montrer que les représentations de la santé sont multiples. Elles sont aussi différentes et diverses. Elles marquent nos rapports aux campagnes de prévention comme celle du dépistage du cancer du sein.

Elles ne peuvent pas être négligées. Au contraire, elles demandent une démarche d'apprentissage des référents de l'autre par les professionnels de la santé.

**Cette brochure est téléchargeable sur le site
www.questionsante.be**