

# Chapitre 7

## Comportements préventifs pour dépister le cancer du sein et du col de l'utérus

**Bilkis Vissandjée**  
**Sophie Dupéré**

Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

---

### Introduction

Un peu plus du tiers des femmes canadiennes développeront un cancer dans leur vie; environ une femme sur cinq y succombera. L'incidence globale du cancer est moins élevée chez les femmes que chez les hommes; toutefois les impacts du cancer sont plus importants chez les femmes, le cancer étant la principale cause de décès et d'années potentielles de vie perdues (Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes, 1999). Le cancer est l'un des 19 problèmes prioritaires de *La politique de la santé et du bien-être du Québec* et est une priorité nationale de santé publique (Donovan et autres, 2000, PQDCS, 1998). Le portrait chez les femmes immigrantes au Québec est moins clair. Les résultats des enquêtes nationales (Chen et autres, 1996; Dunn et Dyck, 2000) démontrent que les immigrants arrivent au Canada en relative bonne santé, cela étant attribuable en partie à l'effet de sélection qu'impose le processus migratoire. Toutefois, cet état se détériore après dix ans d'immigration et le risque de développer des maladies chroniques s'accroît à travers les générations (Chen et autres, 1996). Bien que les facteurs de risque reliés à l'augmentation de la prévalence chez les immigrants soient peu connus, les changements du statut socio-économique, du niveau de stress et des habitudes de vie<sup>1</sup> sont parmi les explications possibles (Hyman et Minocha, 2001).

Concernant les données sur les taux de cancer chez des femmes issues de communautés culturelles<sup>2</sup>, Hyman et Minocha (2001) rapportent que la plupart des registres de statistiques québécois et canadiens n'ont pas d'indicateurs sur le temps de séjour des personnes. Il est donc difficile de déterminer avec précision les tendances chez ces groupes. Toutefois, des études épidémiologiques récentes démontrent que la migration d'un endroit où l'incidence du cancer est basse à un endroit où l'incidence du cancer est élevée résulte en une augmentation du taux de la maladie (Kamath et autres, 1999). De plus, bien que les taux de cancer aient été traditionnellement cités comme étant plus faibles chez des femmes de pays en développement, on assiste depuis peu à une augmentation des taux dans la plupart de ces pays (World Health Organization, 1997). Cela porte à croire que les immigrantes et immigrants venant s'établir au Canada ne constituent pas une population exempte de risques reliés au cancer, y inclus les types de cancer affectant les femmes, soit les cancers du sein et du col de l'utérus.

Les trois activités de dépistage du cancer du sein qui sont généralement recommandées sont : l'auto-examen mensuel des seins (AES), l'examen clinique des seins effectué annuellement par un professionnel de la santé (ECS) et la mammographie annuelle pour les femmes qui sont à risque et aux deux ans pour les autres (MAM). Chacune de ces activités possède ses limites et ne peut offrir une garantie totale, et ce,

---

1. Les changements relativement à la diète et l'augmentation de l'usage du tabac sont rapportés le plus souvent dans les études disponibles.

2. Les personnes issues des communautés culturelles ne sont pas immigrants nécessairement mais une forte proportion l'est. Les résultats des recherches varient : certains portent sur des communautés culturelles et d'autres sur des populations immigrantes.

même si ces trois moyens sont combinés (Conseil du statut de la femme, 1993; Cancer du sein : informations et ressources, 2002).

La mammographie permettrait de réduire considérablement le taux de mortalité du cancer du sein (40 %). Par contre, l'auto-examen des seins ne fait pas l'unanimité dans la communauté scientifique (Baxter, 2001; Nekhlyudov et Fletcher, 2001) malgré le fait que cette activité de dépistage ait contribué à identifier des tumeurs à un stade précoce (Donovan et autres, 2000). Finalement, l'ECS est reconnu comme un moyen efficace, s'il est bien appliqué par le prestataire de services, pour détecter des masses au sein et est recommandé comme une méthode de suivi entre les mammographies (Donovan et autres, 2000).

Pour la prévention du cancer du col de l'utérus, un comportement sexuel sain est généralement prôné. Pour le dépistage du cancer du col, un test de Papanicolaou (test Pap) annuel est conseillé, ce dernier permettant de réduire le taux de mortalité de 60 % (Miller, 1992 cité par Donovan et autres, 2000).

Selon le Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes (1999), il est essentiel de disposer de données probantes pour élaborer, cibler et évaluer des stratégies de prévention et de détection précoce. Entre autres, de l'information sur les facteurs qui prédisposent aux comportements à risque ou qui les renforcent, telle la connaissance d'un test de dépistage, est nécessaire. Ce rapport souligne également l'importance de mener des recherches auprès de populations vulnérables de façon générale, soit les personnes défavorisées, les personnes âgées, les immigrantes et les femmes autochtones qui sont des populations atteintes de façon inadéquate par les programmes existants de dépistage.

Bien que peu de données soient disponibles quant aux comportements préventifs de femmes issues de communautés culturelles, les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* illustrent que des femmes issues de certaines communautés culturelles comparativement aux femmes issues du groupe majoritaire utilisent moins les services de prévention et de

dépistage des cancers féminins (Donovan et autres, 2000; Hyman et Minocha, 2001). D'autres auteurs suggèrent que les femmes issues de communautés culturelles, plus particulièrement les femmes plus âgées, sont plus sujettes à recevoir un diagnostic de cancer à un stade avancé de la maladie, une des causes primaires étant la détection tardive (Rashidi et autres, 2000; Schulmeister et Lifsley, 1999). Le manque de données sur les comportements de santé de femmes issues de communautés culturelles et/ ou immigrantes constitue une barrière à l'objectif national de réduction de la mortalité due au cancer du sein. Des barrières telles que la langue, le manque de connaissances sur les risques du cancer, le manque de familiarité avec le système de santé et certaines habitudes culturelles influencent les pratiques de dépistage du cancer chez ces populations (Cancer 2000, cité dans Choudhry et autres, 1998). Des efforts soutenus ont été faits afin d'augmenter la participation de femmes issues de communautés culturelles et/ou immigrantes aux programmes de dépistage. Malgré ces efforts, surtout centrés sur l'accessibilité des services, la réduction des barrières de la langue, l'augmentation de la connaissance et l'importance de ces tests, les taux de participation restent plutôt faibles (Bottorff et autres, 1999). Vissandjée et autres (1998), lors d'une réflexion critique sur l'état des connaissances actuelles en matière de promotion et de prévention chez ces populations, font ressortir les disparités entre la vision des chercheurs, des professionnels de la santé et des intervenants par rapport à celle des femmes concernant la promotion de la santé et la prévention de la maladie. De ce fait, ces auteurs soulignent l'importance d'étudier également les logiques préventives et de promotion de la santé chez les femmes vivant des expériences de migration et/ou issues de communautés culturelles afin d'ajuster les programmes d'intervention.

### **Objectifs du chapitre**

Dans un premier temps, il s'agit d'examiner les comportements préventifs relatifs au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus chez des femmes

immigrantes originaires de la Chine, d'Haïti, des pays hispanophones des Amériques ainsi que du Maghreb et du Moyen-Orient ainsi que les facteurs associés à ces comportements. Dans un deuxième temps, ces comportements préventifs seront comparés avec ceux des femmes de la population du Québec en général en se basant sur les données standardisées de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Les comportements préventifs examinés dans ce chapitre sont : le dépistage du cancer du sein par l'auto-examen des seins (AES), le dernier examen clinique effectué par un professionnel de la santé, la mammographie et le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis vaginal (test de Papanicolaou ou Pap).

### Cadre de référence

Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être est proposé par Santé Québec comme outil de référence. L'approche systémique suggère une façon dynamique et multidimensionnelle d'examiner les concepts à l'étude sur plusieurs paliers en considérant la personne en interrelation avec ses milieux et environnements (Clarkson et Pica, 1995).

Tableau 7.1

#### Facteurs retenus pour l'analyse des comportements préventifs féminins selon certains paliers du modèle systémique

Palier	Facteur
Caractéristiques de l'individu	Âge, scolarité, région d'origine, maîtrise de la langue, date d'arrivée, statut d'immigrant
Milieu de vie immédiat	Statut matrimonial, type de famille, nombre d'enfants
Réseau d'appartenance et conditions de vie	Statut d'activité, emploi, type d'emploi (déqualification), indice d'intégration socioculturelle

Dans le cadre de ce chapitre, les facteurs retenus pour l'analyse des comportements préventifs féminins ont été identifiés parmi certains des paliers du modèle systémique proposé par Santé Québec (tableau 7.1). Ces facteurs reflétant plusieurs réalités sociales des femmes, c'est ainsi que notre analyse s'inscrit

également dans une approche sensible au genre. La définition suivante de la santé des femmes illustre bien les dimensions essentielles à considérer :

*« La santé des femmes englobe le bien-être émotionnel, social, culturel, spirituel et physique des femmes, et est déterminée par le contexte social, politique et économique de la vie des femmes aussi bien que par leur patrimoine biologique... »* Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes (1999).

## 7.1 Aspects méthodologiques

### 7.1.1 Indicateurs

Les principaux indicateurs utilisés dans ce chapitre et le numéro de la question sont indiqués ci-dessous :

Indicateur	Numéro de la question
La connaissance de l'AES	QAA180
La fréquence de la pratique de l'AES	QAA181
La connaissance de la méthode de l'AES	QAA182
Le dernier ECS	QAA183
Avoir déjà subi une mammographie	QAA191
La dernière mammographie	QAA192
La raison pour avoir passé la dernière mammographie	QAA193
Avoir déjà eu subi un test Pap	QAA188
La raison pour n'avoir jamais subi de test Pap	QAA189
Le dernier test Pap	QAA190

### 7.1.2 Portée et limites des données

Trois questions ont eu un taux de non-réponse supérieur à 10 %, soit : la question QAA182 portant sur la connaissance de la méthode d'auto-examen des seins, la question QAA183 sur le dernier ECS et la question QAA189 concernant la raison pour n'avoir jamais eu de test Pap. Les taux de non-réponse partielle ont été évalués pour les femmes de 15 à 64 ans. L'analyse de la non-réponse partielle à ces

question a été effectuée selon la classe d'âge, la région d'origine, le niveau de scolarité et le statut matrimonial. La non-réponse partielle à la QAA182 est associée à la classe d'âge, et les non-répondantes à cette question sont proportionnellement plus nombreuses à être âgées entre 25 ans et 64 ans.

De plus, on note que la non-réponse partielle à la QAA183 est liée au statut matrimonial de même qu'au niveau de scolarité : les femmes mariées ou en union de fait, celles qui ont une scolarité de niveau primaire ou moins de même que les femmes non-répondantes aux questions portant sur le statut matrimonial ou le niveau de scolarité sont plus fréquemment non-répondantes à la QAA183. En supposant que les non-répondantes aient répondu de la même façon que les répondantes d'après ces deux caractéristiques, il y aurait alors une légère sous-estimation des modalités « moins de 12 mois » et « Jamais » pour la question QAA183.

## 7.2 Résultats

### 7.2.1 Auto-examen des seins (AES)

Environ 80 % des femmes issues des groupes visés disent connaître l'AES. De celles-ci, seulement 32 % pratiquent l'auto-examen des seins au moins une fois par mois et près d'une femme sur quatre ne le fait jamais (27 %). Par ailleurs, parmi les femmes qui disent pratiquer l'AES, environ la moitié ne sont pas très sûres de la méthode (48 %) (tableau 7.2).

### 7.2.2 Examen clinique effectué par un professionnel de la santé (ECS)

Près de deux femmes sur cinq n'ont jamais subi d'examen clinique effectué par un professionnel de la santé et environ 32 % en ont passé un dans la dernière année (tableau 7.3).

Tableau 7.2

### Auto-examen des seins, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	%
<b>Connaissance de l'auto-examen des seins</b>	
Oui	80,2
Non	19,8
<b>Fréquence de l'auto-examen des seins<sup>1</sup></b>	
1 fois par mois ou plus	32,4
1 ou 2 fois par mois	13,8
Moins souvent que ça	27,1
Jamais	26,6
<b>Façon de pratiquer l'auto-examen des seins<sup>1</sup></b>	
Systématique	52,2
Pas très sûre	47,8

1. Population féminine de 15 ans et plus connaissant l'AES.  
Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau 7.3

### Examen clinique des seins, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	%
<b>Dernier examen clinique des seins</b>	
Moins de 12 mois	32,2
1 ou 2 ans	14,8
Plus de 2 ans	14,8
Jamais	38,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

### 7.2.3 Test Pap

Environ la moitié des femmes appartenant aux groupes visés n'ont jamais subi de test Pap (49 %). Les raisons principales évoquées pour ne pas en avoir passé sont : le médecin ne l'a jamais proposé (46 %), ne jamais avoir entendu parler de l'examen (30 %), penser que cette pratique n'est pas importante (12 %), ne pas avoir le temps (6 %) et être encore vierge/être trop jeune (5 %). Parmi celles qui en ont déjà passé un, près de six femmes sur dix (58 %) l'ont subi dans les douze derniers mois (tableau 7.4).

Tableau 7.4

**Test Pap, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999**

	%
A déjà subi un test Pap	
Oui	50,9
Non	49,1
Dernier test Pap <sup>1</sup>	
Moins de 12 mois	57,7
1 ou 2 ans	26,6
Plus de 2 ans	15,7 *
Pourquoi jamais passé de test Pap?	
Médecin n'a pas proposé	46,3
Ne connaît pas	29,8
Pas important	11,6 *
N'a pas eu le temps	5,8 **
Jeune/vierge	5,3 **
Avoir peur	0,9 **
Autres	0,3 **

1. Population féminine de 15 ans et plus qui a déjà passé un test Pap.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

#### 7.2.4 Mammographie (MAM)

Les résultats portant sur la mammographie concernent les femmes âgées de 40 ans et plus puisque ce test est habituellement recommandé annuellement à partir de ce groupe d'âge pour celles qui sont à risque. Environ 55 % des femmes âgées de 40 ans et plus issues des groupes visés par l'étude ont déjà passé une mammographie; la moitié de celles-ci l'ont fait dans les douze derniers mois (50 %) et environ une femme sur cinq l'a passé il y a plus de deux ans (21 %) (tableau 7.5). Les raisons mentionnées pour avoir subi la dernière mammographie sont : effectuée lors d'un examen général (80 %), avoir eu un problème précis au sein (19 %) ou en raison d'antécédents familiaux de cancer du sein (1,5 %) (tableau 7.5).

Tableau 7.5

**Mammographie, population féminine de 40 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999**

	%
A déjà passé une mammographie	
Oui	54,6
Non	45,4
Dernière mammographie <sup>1</sup>	
Moins de 12 mois	50,4
1 ou 2 ans	28,8 *
Plus de 2 ans	20,8 *
Raisons de la dernière mammographie <sup>1</sup>	
Lors d'un examen général	80,0
Problème précis au sein <sup>2</sup>	18,5 *
Antécédents familiaux	1,5 **

1. Population féminine de 40 ans et plus qui a déjà subi une mammographie.

2. Il est à noter que ce choix de réponse peut inclure autant les femmes adoptant un comportement de dépistage que les femmes se présentant pour une mammographie de diagnostic.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

#### 7.2.5 Comportements préventifs relatifs au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

La proportion des femmes âgées de 15 ans et plus qui pratiquent l'AES une fois par mois ou plus est plus élevée chez les communautés culturelles visées (32 %) que chez les Québécoises (25 %). Toutefois, les proportions de femmes de cette tranche d'âge qui pratiquent l'AES rarement (moins d'une fois tous les 2 ou 3 mois) ou jamais ne diffèrent pas significativement dans les deux populations (tableau 7.6).

La proportion de femmes âgées de 15 ans et plus qui ont passé un ECS dans les douze derniers mois est plus élevée chez l'ensemble des Québécoises (47 %) que chez les communautés culturelles visées (32 %). La proportion des femmes de cette tranche d'âge qui n'ont jamais subi un ECS est plus élevée chez les communautés culturelles (38 %) que chez les Québécoises (17 %) (tableau 7.6).

La proportion de femmes âgées de 15 ans et plus qui ont passé un test Pap dans les douze derniers mois est plus élevée chez les Québécoises en général (49 %) que chez les immigrantes récentes étudiées (27 %). La proportion de femmes de cette tranche d'âge qui n'ont jamais subi un test Pap est plus élevée chez les communautés culturelles (53 %) que chez les Québécoises (13 %) (tableau 7.6)

La proportion des femmes âgées de 40 ans et plus qui n'ont jamais passé de mammographie est plus élevée chez les communautés culturelles visées (46 %) que chez les Québécoises dans leur ensemble (33 %) (tableau 7.6).

Tableau 7.6

**Comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999 et Québec 1998.**

	Communautés culturelles	Québec 1998 (données standardisées) %
Fréquence de l'auto-examen des seins		
1 fois par mois ou plus	32,4	24,5
1 fois par 2-3 mois	13,8	20,9
Moins souvent que ça	27,1	26,3
Jamais	26,6	28,2
Dernier examen clinique des seins		
Moins de 12 mois	32,2	46,5
1 ou 2 ans	14,8	20,2
Plus de 2 ans	14,8	15,1
Jamais	38,3	17,0
Dernier test Pap		
Moins de 12 mois	26,7	49,1
1 ou 2 ans	12,3	20,4
Plus de 2 ans	7,25*	14,7
Jamais	53,0	13,1
Dernière mammographie (chez les femmes âgées de 40 ans et plus)		
Moins de 12 mois	27,2	27,6
1 ou 2 ans	15,5*	19,9
Plus de 2 ans	11,2*	19,7
Jamais	46,0	32,7

Note : Les estimations pour le Québec standardisées présentées ici ne peuvent être directement comparées qu'avec les estimations pour l'ensemble des communautés.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %: à interpréter avec prudence.

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

### 7.2.6 Liens entre les comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

En examinant les trois comportements de dépistage du cancer du sein, on constate l'existence d'associations significatives, sauf entre la pratique de l'AES et la mammographie. La proportion de femmes qui connaissent l'AES et qui ont subi un ECS est plus élevée que la proportion de celles qui ne le connaissent pas. Plus spécifiquement, parmi les femmes qui ont passé un ECS dans la dernière année, environ 92 % connaissent l'AES. La proportion de femmes de 40 ans et plus qui connaissent l'AES et qui ont passé une mammographie est également plus élevée que la proportion de celles qui ne le connaissent pas. Parmi celles qui pratiquent l'AES, une proportion plus élevée a subi un ECS par rapport à celles qui ne pratiquent pas l'AES. Par exemple, parmi les femmes qui ont passé un ECS dans les douze derniers mois, près de 46 % pratiquent l'AES une fois par mois ou plus et environ 15 % ne le font jamais. Finalement, les femmes de 40 ans et plus qui ont passé un ECS ont

subi dans une plus grande proportion une mammographie que celles qui n'ont jamais passé d'ECS (tableau 7.7).

Des associations significatives ont également été observées entre le fait d'avoir déjà subi un test Pap, un ECS et la mammographie, et la connaissance et la pratique de l'AES. Notons que parmi les femmes qui ont déjà passé un test Pap, environ 88 % connaissent l'AES, près de 41 % le pratiquent une fois par mois ou plus, près de 46 % ont subi un ECS dans les douze derniers mois. On remarque également que parmi les femmes de 40 ans et plus, environ 76 % ont déjà passé une mammographie (tableau 7.7).

Étant donné que des associations significatives sont observées, d'une part, entre l'AES, l'ECS et la mammographie et, d'autre part, entre ces trois comportements et le test Pap, on peut supposer l'existence d'une certaine logique préventive liant les comportements de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

Tableau 7.7

#### Liens entre les comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999

	Dernier ECS				Test Pap		MAM <sup>1</sup>	
	Moins de 12 mois	1 ou 2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	Oui	Non	Oui	Non
	%							
Connaissance de l'AES								
Oui	92,3	85,0	91,8	66,9	87,5	73,4	91,8	76,6
Non	7,7**	15,0**	8,2**	33,2	12,5*	26,6	8,2**	23,4*
Pratique de l'AES								
1 fois par mois ou plus	45,9	37,7*	25,6*	17,8*	41,5	20,0*	48,0	34,3*
1 fois par 2-3 mois	17,5*	15,0**	18,1**	8,1**	17,3*	10,3**	17,9**	12,3**
Moins souvent que ça	22,0*	29,7*	42,3*	24,5*	24,9	30,4	20,1*	34,9*
Jamais	14,7*	17,5**	14,0**	49,7	16,3*	39,4	13,9**	18,6**
Dernier ECS								
Moins de 12 mois	...	...	...	...	45,8	17,2*	59,7	18,8**
1 ou 2 ans	...	...	...	...	19,5	9,9*	25,8*	11,3**
Plus de 2 ans	...	...	...	...	16,2*	13,9*	11,9**	20,5**
Jamais	...	...	...	...	18,6*	59,1	2,6**	49,4
Test Pap								
Oui	...	...	...	...	...	...	76,1	49,3
Non	...	...	...	...	...	...	23,9*	50,7

1. Population féminine de 40 ans et plus.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

### 7.3 Facteurs associés aux comportements féminins de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus selon les paliers du modèle systémique de Santé Québec

Les résultats détaillés des analyses bivariées concernant les facteurs associés aux comportements féminins de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus sont présentés du tableau C7.1 au tableau C7.4 en annexe. Le tableau 7.8 présente une synthèse des associations significatives pour les groupes visés par l'étude afin de donner une vision d'ensemble.

#### 7.3.1 Caractéristiques de l'individu

##### ▪ Âge

L'âge est associé à la fois à la pratique de l'AES, à l'ECS, au fait d'avoir passé un test Pap au moins une fois et à celui d'avoir subi une mammographie. Les femmes de 45 ans et plus pratiquent davantage l'AES

au moins une fois par mois (41 %) que celles de 25 à 44 ans (35 %) et celles de 15 à 24 ans (16 %). Près de la moitié des femmes de 45 ans et plus ont passé leur dernier ECS dans les douze derniers mois comparativement à 16 % des femmes de 15 à 24 ans. Une plus grande proportion de femmes de plus de 25 ans (61 % pour les femmes de 25 à 44 ans et 64 % pour les femmes de 45 ans et plus) ont subi au moins un test Pap comparativement à celles de 15 à 24 ans (15 %). Finalement, les femmes âgées de 45 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses (64 %) à avoir passé une mammographie que les femmes de 40 à 44 ans (40 %).

##### ▪ Scolarité

Les associations significatives entre le niveau de scolarité et la connaissance de l'AES, le dernier ECS et le fait d'avoir déjà passé un test Pap font ressortir que les femmes ayant peu d'éducation adoptent moins les comportements préventifs comparativement à celles qui ont plus d'éducation.

Tableau 7.8

**Tableau synthèse des associations significatives entre les comportements préventifs pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus et les facteurs pour l'ensemble des communautés culturelles**

	Connaissance AES	Pratique AES	Connaissance méthode AES	ECS — oui/non	Test Pap — oui/non	Dernier test Pap	MAM — oui/non	Dernière mammographie
Âge	----	p < 0,005	----	p < 0,005	p < 0,005	----	p < 0,01	----
Statut matrimonial	----	p < 0,005	---	p < 0,005	p < 0,005	----	----	----
Type de famille	----	----	----	----	----	----	----	----
Nombre d'enfants	----	----	----	----	----	----	----	----
Scolarité	p < 0,005	----	----	p < 0,05	p < 0,005	----	----	----
Statut d'activité	----	----	----	p < 0,05	p < 0,05	----	----	----
Emploi	----	----	----	----	----	----	----	----
Type d'emploi	----	----	----	----	----	----	----	----
Date d'arrivée	----	----	----	----	----	----	----	----
Statut d'immigrant	----	----	----	----	----	----	----	----
Maîtrise de la langue	----	----	----	----	----	p < 0,05	----	----
Intégration socioculturelle	----	----	----	----	----	----	----	----

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.



- Région d'origine

Des relations significatives ont été trouvées entre la région d'origine et la connaissance de l'AES, le fait d'avoir déjà subi un test Pap et le fait d'avoir déjà passé une mammographie. C'est chez les femmes d'origine haïtienne qu'on trouve la plus faible proportion de femmes qui connaissent l'AES (67 %). Les femmes originaires des pays hispanophones ont subi un test de Pap dans une plus grande proportion (71 %) que celles des autres groupes visés par l'étude. Enfin, les femmes originaires des pays arabophones et hispanophones sont proportionnellement plus nombreuses à avoir passé une mammographie (respectivement 62 % et 63 %)

- Maîtrise du français ou de l'anglais

Sur ce plan, la seule association significative est observée entre le fait de ne pas maîtriser le français ou l'anglais et le dernier test Pap effectué. Les femmes ne maîtrisant pas le français ou l'anglais sont proportionnellement moins nombreuses à avoir passé un test Pap dans la dernière année (44 %) que celles qui maîtrisent une de ces deux langues (64 %).

### 7.3.2 Milieu de vie immédiat

- Statut matrimonial

Parmi les facteurs relatifs au milieu de vie immédiat, seul le statut matrimonial est lié de façon significative aux comportements préventifs féminins, plus spécifiquement avec la pratique de l'AES, l'ECS et le fait d'avoir déjà passé un test Pap. Les femmes célibataires pratiquent moins l'AES (15 % le font mensuellement ou plus) que les femmes mariées ou en union libre (36 %) ou celles qui sont séparées, divorcées ou veuves (46 %). Les femmes célibataires sont en plus grande proportion (72 %) des femmes qui n'ont jamais passé un ECS par rapport à celles qui sont mariées ou en union libre (26 %) ou celles qui sont séparées, divorcées ou veuves (29 %). Enfin, une moindre proportion de femmes célibataires a passé un test Pap (12 %) par rapport à celles qui sont

mariées ou en union libre (62 %) ou celles qui sont séparées, divorcées ou veuves (65 %).

### 7.3.3 Réseau d'appartenance

- Statut d'activité

Sur le plan des facteurs illustrant le réseau d'appartenance, cette étude a permis de noter une association significative uniquement entre le statut d'activité des femmes et certains comportements préventifs, soit l'ECS et le fait d'avoir déjà subi un test Pap. Une plus grande proportion de femmes ayant un emploi ou étant étudiantes n'adoptent pas de comportements préventifs (43 % n'ont jamais passé d'ECS et 53 % n'ont jamais subi de test Pap) comparativement aux femmes qui tiennent maison, qui n'ont pas d'emploi à l'extérieur et qui sont à la retraite (28 % n'ont jamais passé d'ECS et 42 % n'ont jamais subi de test Pap).

## 7.4 Discussion

### 7.4.1 Caractéristiques de l'individu

Les études antérieures sur le sujet auprès de la population québécoise « dite de souche » (Donovan et autres, 2000) et auprès de communautés culturelles (Ramirez et autres, 1999) font ressortir l'âge en tant que facteur important dans l'adoption des comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. Les femmes plus âgées accordent probablement plus d'importance à la prévention de la maladie, se considérant plus à risque de développer une maladie. Elles sont également plus ciblées par les programmes de sensibilisation. Les résultats obtenus dans cette étude peuvent refléter en partie certaines actions provinciales, notamment le programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) ayant démarré en 1998 et qui vise les femmes âgées entre 50 et 69 ans. D'autres auteurs ont cependant noté un taux plus faible d'ECS chez des femmes âgées de plus de 40 ans (McPhee et autres, 1997) et pour d'autres encore, chez des femmes âgées de plus de 60 ans (Remennick,

1999b). L'âge, bien qu'insaisissable dans les directions des associations avec les comportements de dépistage, reste un facteur incontournable lors de l'élaboration et de l'évaluation des programmes de sensibilisation concernant le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus.

Plusieurs auteurs ont également observé que les femmes issues de communautés culturelles ayant un niveau d'éducation plus élevé adoptent davantage des comportements préventifs, notamment pour l'ECS (McPhee et autres, 1997), le test Pap (Schulmeister et Lifsley, 1999; Taylor et autres, 1999; Ramirez et autres, 2000) et la mammographie (Schulmeister et Lifsley, 1999). Ramirez et autres (2000) expliquent ces résultats en faisant ressortir que les connaissances des procédures et des objectifs du test Pap sont des facteurs prédictifs d'avoir passé ce test récemment. Le niveau de connaissances variant selon le niveau d'éducation, les femmes plus éduquées sont potentiellement plus exposées aux messages de prévention dans le milieu scolaire et seraient plus à même de lire et de chercher de l'information sur divers sujets.

La langue a déjà été reconnue comme une barrière majeure à la réception de soins de santé de qualité (Hemlin et Mesa, 1996; Vissandjée et Dupéré, 2000). Dans cette étude, le fait de ne pas maîtriser le français ou l'anglais n'a été associé qu'avec le dernier test Pap effectué. Il serait intéressant d'examiner, dans de futures études, le contexte dans lequel les soins ont été reçus afin d'explorer la diversité des situations de soins pouvant requérir de l'interprétariat clinique interculturel.

Le temps de séjour est un des indicateurs les plus utilisés pour illustrer l'intégration progressive dans une société hôte. Plusieurs études auprès de communautés culturelles montrent une association entre le temps de séjour et les comportements préventifs : la connaissance de l'ECS (McPhee et autres, 1997), avoir subi un ECS récemment (Remennick, 1999b), avoir passé une mammographie récemment (McPhee et autres, 1997) et avoir subi un

test Pap récemment (Taylor et autres, 1999; Lesjak et autres, 1999). Bien que ces études fassent ressortir que l'intégration progressive est un facteur important à considérer, cette variable n'a été associée significativement à aucun des comportements préventifs féminins dans la présente étude.

Enfin, l'indice socioculturel, qui peut illustrer certaines facettes de l'intégration progressive, a été construit en tenant compte de la perception de la femme d'avoir été ou non l'objet de discrimination liée à son statut d'immigrant ou son origine ethnique, d'une part, et de la fréquence des contacts avec une association à vocation d'aide regroupant des personnes de la même origine ethnique, d'autre part. Cet indice n'a été associé significativement à aucun des comportements préventifs féminins. Il serait intéressant d'utiliser dans de futures enquêtes des indices plus sensibles reflétant l'intégration progressive. Notamment Gravel et Battaglini (2000) proposent d'examiner certaines composantes de l'intégration progressive, soit : l'intégration économique et professionnelle, l'intégration linguistique et l'intégration sociale.

#### *7.4.2 Milieu de vie immédiat*

Le statut matrimonial est lié de façon significative aux comportements de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. Les femmes mariées, en union libre, séparées, divorcées ou veuves sont probablement plus exposées aux soins prénataux, périnataux et postnataux, ces derniers étant reconnus comme une porte d'entrée dans le système de santé, offrant une sensibilisation à la santé et aux comportements préventifs féminins (McPhee et autres, 1997). Schulmeister et Lifsley (1999) qui ont également observé que les célibataires ont moins recours au test Pap que les femmes mariées expliquent partiellement leur résultat en faisant ressortir que les femmes non mariées sous-estiment l'importance du dépistage, se percevant moins actives sexuellement que les femmes mariées.

### 7.4.3 Réseau d'appartenance

Une association significative a été notée entre le statut d'activité des femmes et certains comportements préventifs, soit l'ECS et le fait d'avoir déjà subi un test Pap. Celles ayant un emploi ou étant étudiantes adoptent moins des comportements préventifs que celles qui tiennent maison et qui n'ont pas d'emploi à l'extérieur ou celles qui sont à la retraite. On aurait été porté à penser le contraire puisque certains auteurs rapportent à ce sujet que les femmes qui ne travaillent pas à l'extérieur de la maison sont moins susceptibles d'avoir accès à de l'information médicale concernant l'auto-examen des seins (Rashidi et Rajaram, 2000), ont moins de connaissances sur l'ECS (McPhee et autres, 1997; Remennick, 1999a) et font moins l'objet de l'ECS et de la mammographie (McPhee et autres, 1997). Cette information s'obtiendrait plus facilement par des femmes ayant un réseau dans leur milieu de travail, et par le fait qu'elles sont potentiellement plus exposées à de l'information de nature préventive. L'effet de l'âge peut être une des raisons expliquant ce résultat. Les femmes qui tiennent maison, qui sont sans emploi ou qui sont à la retraite sont possiblement plus âgées que celles qui sont en emploi ou étudiantes.

### 7.4.4 Comportements préventifs de dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

Les résultats de cette étude sont basés sur un questionnaire administré par un intervieweur (QRI), d'une part, et un questionnaire autoadministré d'autre part. Ainsi, il faut noter que les données ont pu être influencées de part et d'autre par des limites attribuables à la désirabilité sociale. Dans le cadre d'analyses de logique préventive basées sur des comportements tels que l'AES, l'ECS, le test Pap et la mammographie, qui peuvent être moins connus ou peuvent ne pas faire partie des traditions et croyances de certains groupes, il est attendu que certaines communautés culturelles présentes au Québec depuis peu d'années adoptent moins ces pratiques que les autres Québécoises. Il serait intéressant de développer de futures études

examinant de quelle façon évoluent les logiques préventives de personnes issues de communautés culturelles établies au Québec sur une certaine période de temps.

Comme Pham et McPhee (1992), nous constatons que la connaissance de l'AES ne mène pas nécessairement à l'adoption de la pratique. Certaines questions peuvent être soulevées : est-ce que ces femmes ont seulement entendu parler de cette pratique sans vraiment savoir en quoi elle consiste? Est-ce que malgré le fait qu'elles connaissent cette pratique, elles jugent inutiles de la faire? Et si oui, quelles sont les raisons? Par ailleurs, on remarque que parmi celles qui disent pratiquer l'AES, environ la moitié ne sont pas très sûres de la méthode. Cette dernière réalité a des retombées importantes pour l'intervention. En effet, il est essentiel que les professionnels de la santé valident la méthode utilisée par les femmes, vérifient l'appréciation qu'elles en font en tant que comportement préventif et enseignent la méthode efficace lorsque nécessaire. Par ailleurs, plusieurs auteurs ont noté que les femmes n'avaient jamais reçu d'enseignement sur l'AES malgré les contacts avec le système de la santé et rappellent l'importance d'inclure cette dimension dans l'éducation des professionnels de la santé (Remennick, 1999a; Peragallo et autres, 2000; Remennick, 1999b), en dépit des différentes tendances qui existent actuellement concernant les bénéfices de l'AES (Baxter, 2001)<sup>3</sup>.

Sur le plan des autres examens de dépistage, les raisons pour ne pas adopter les comportements préventifs ont été explorées uniquement pour le test Pap. Il serait souhaitable de les obtenir pour l'ECS et la mammographie dans les futures études. En ce qui a trait aux raisons évoquées pour ne jamais avoir passé un test Pap, près de la moitié des femmes visées par l'étude ont mentionné que le médecin ne leur a jamais conseillé d'en passer un et environ un tiers de ces femmes ont dit n'en avoir jamais entendu

3. Il est important de souligner également qu'il n'existe pas actuellement de contrôle de la qualité de l'ECS et qu'il serait souhaitable de se pencher sur cette question.

parler. D'autres études révèlent des résultats similaires (Chavez et autres, 1997; Pham et McPhee, 1992). Cela démontre que le message de prévention du cancer du sein et du col de l'utérus ne se transmet pas toujours de façon adéquate. Rashidi et Rajaram (2000) et Pham et McPhee (1992), qui ont observé également que bon nombre de femmes issues de communautés culturelles n'avaient jamais entendu parler des examens de dépistage, émettent comme hypothèse que les médecins peuvent être plus réticents à questionner et à donner de l'information dans un contexte interculturel, étant peu à l'aise sur le plan des connaissances et des perceptions de certaines valeurs culturelles et pratiques religieuses.

Par ailleurs, certaines femmes préfèrent consulter un médecin de sexe féminin particulièrement pour des problèmes de santé propres aux femmes et des problèmes de santé gynécologique (Brooks et Phillips, 1996; Van Der Brink-Muinen, 1997). Harpole et autres (2000) ont noté à ce sujet que les médecins de sexe féminin sont plus portés à recommander des services de santé préventifs aux femmes. La question de l'appariement selon le sexe et l'ethnicité comme stratégie pour améliorer la qualité des soins aux femmes immigrantes est discutée par Vissandjée et autres (2001), qui font ressortir les bénéfices et les risques des stratégies d'appariement et la nécessité de conduire plus de recherches sur le sujet. De plus, ces auteurs suggèrent que d'autres avenues telles que l'amélioration de la compétence culturelle des professionnels de la santé et l'augmentation de la participation des communautés culturelles à l'élaboration, à l'implantation et à l'évaluation des programmes de santé méritent plus d'attention. Selon ces auteurs, ces stratégies pourraient potentiellement résoudre en partie les problèmes soulevés par l'appariement.

Se référant au cinquième palier du modèle systémique proposé par Santé Québec (Clarkson et Pica, 1995), soit les normes, les valeurs, et les idéologies dominantes, il est important que les professionnels de la santé aient une certaine

connaissance des valeurs, croyances et normes des communautés culturelles des personnes avec lesquelles ils interviennent, les connaissances culturelles étant une des composantes essentielles de la compétence culturelle du professionnel de la santé (Camphina-Bacote, 1994). Par exemple, les raisons expliquant la réticence à passer des tests de dépistage peuvent être culturellement ancrées. Une variation semble se dessiner entre les différentes communautés pour ce qui est des raisons données dans le cadre de cette étude pour la non-adoption du test Pap. Plusieurs auteurs ayant travaillé avec diverses communautés culturelles appuient les résultats présentés ici et identifient également quelques raisons pour ne pas subir le test Pap : la peur que le test affecte la virginité (Schulmeister et Lifsley, 1999); la gêne de passer un tel test (Pham et McPhee, 1992; Jennings, 1997; Schulmeister et Lifsley, 1999; Chavez et autres, 1997); l'inconfort et la peur que le spéculum soit froid et malpropre (Jennings, 1997); la peur de la douleur (Schulmeister et Lifsley, 1999; Chavez et autres, 1997); la méfiance face au système de santé (Jennings, 1997); et une perception de non-nécessité à cause de l'inexistence de problèmes gynécologiques (Chavez et autres, 1997). Il est donc essentiel d'explorer ces raisons en considérant les dynamiques culturelles afin d'élaborer des programmes de prévention qui soient congruents culturellement. Selon Shireen et Rashidi (1999), certains commandements du Coran, selon la façon dont on les interprète, influencent la promotion de la santé et la prévention du cancer. Ces auteurs mentionnent que certaines pratiques préventives peuvent être encouragées par exemple en incluant des citations du Coran, surtout pour les personnes âgées. Plusieurs femmes musulmanes adoptent la modestie comme comportement face à des étrangers et cela peut affecter les recours à l'ECS et au test Pap entre autres. Cela étant vrai pour diverses femmes de cultures variées à des degrés variables, les professionnels de la santé ne pourraient qu'encourager ces comportements préventifs si, pour toutes les femmes, leur confort face à leur intimité était augmenté.

Il est important également de promouvoir la visite annuelle chez le médecin de famille ou un gynécologue car ces personnes détiennent une position privilégiée pour encourager le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. D'ailleurs, le fait de ne pas visiter de façon régulière un médecin ou encore de ne pas avoir de gynécologue sont parmi les raisons évoquées pour ne pas subir le test Pap par des femmes d'origine vietnamienne (Schulmeister et Lifsley, 1999) et cambodgienne (Taylor et autres, 1999).

Une autre raison évoquée pour ne pas avoir subi le test Pap est la perception que le test n'est pas important. Il serait intéressant d'inclure davantage de données sur les croyances des personnes à l'aide de recherches de nature plutôt qualitative permettant de se pencher sur des questions délicates. Certains auteurs rapportent que les femmes issues de communautés culturelles ne se perçoivent pas comme étant des personnes à risque ou encore ne croient pas que les tests de dépistage soient utiles (Remennick, 1999a). Dans l'étude de Schulmeister et Lifsley (1999) environ 75 % des femmes vietnamiennes interviewées ne pouvaient expliquer correctement à quoi servent les résultats du test Pap, et rares étaient celles qui savaient que ce type de cancer était fréquent chez les femmes vietnamiennes aux États-Unis. Une autre étude canadienne sur la communauté sud-asiatique (Bottorff et autres, 1999) rapporte que la modestie est prônée au sein de la communauté sud-asiatique au Canada et qu'il est mal vu d'exposer son corps. Ainsi, les femmes n'ayant pas de symptômes évidents hésitent à examiner leurs seins ou à consulter un professionnel de la santé pour en discuter. Selon ces auteurs, les stratégies visant l'augmentation des connaissances sur l'AES pour les femmes d'origine sud-asiatique doivent être structurées en fonction des besoins et des valeurs des femmes comme l'importance accordée à la vie privée, la modestie et l'honneur de la famille. Un exemple d'intervention qui pourrait s'avérer efficace auprès des femmes de cette communauté est l'utilisation d'un vidéo qui ferait la démonstration de la méthode de l'AES, et ce, dans l'intimité de leur demeure. De

plus, étant donné l'importance accordée à la famille et à la communauté, les stratégies pour augmenter la participation des femmes pourraient inclure, lorsque approprié, des membres influents de la famille, les femmes de cette communauté pouvant souvent participer à une activité une fois le consentement des membres de leur famille obtenu.

## Conclusion

Ce chapitre avait pour objectif, dans un premier temps, d'examiner les comportements préventifs pour dépister le cancer du sein et du col de l'utérus chez des immigrantes récentes originaires de la Chine, d'Haïti, des pays hispanophones des Amériques et du Maghreb et du Moyen-Orient ainsi que les facteurs associés à ces comportements. Dans un deuxième temps, il s'agissait de comparer ces comportements à ceux de la population de l'ensemble du Québec. Les comportements préventifs sont en général adoptés par une moindre proportion de femmes issues des groupes visés par l'étude comparativement à celles de l'ensemble du Québec. Bien que cette étude ait permis d'identifier des facteurs associés à certains comportements, une diversité de méthodes est nécessaire pour mieux circonscrire le contexte culturel dans lequel sont ancrés les comportements préventifs de dépistage. Il serait souhaitable d'inclure des facteurs illustrant diverses composantes du processus d'intégration progressive. Ainsi que soulevé par le Comité consultatif sur la surveillance de la santé des femmes (1999), il est essentiel de créer des banques de données sensibles aux rôles attribuables au genre, à la culture et à l'expérience de migration afin de mieux comprendre les logiques préventives s'inscrivant dans le contexte systémique dans lequel évoluent les femmes.

Plusieurs éléments pour la planification et l'intervention ont été suggérés, particulièrement concernant une formation des professionnels de la santé relative à une meilleure compréhension des logiques préventives des personnes appartenant à des communautés culturelles, l'importance du développement de leur compétence culturelle et la

nécessité d'augmenter la collaboration des membres des communautés culturelles dans l'élaboration, l'implantation et l'évaluation de divers programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies.

## Bibliographie

BAXTER, N. (2001). « Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 13, p. 1837-1846.

BOTTORFF, J. L., J. L. JOHNSON, R. BHAGAT, S. GREWAL, L. G. BALNEAVES, B. A. HILTON et H. CLARKE (1999). « Breast Health Practices and South Asian Women », *The Canadian Nurse*, vol. 95, n° 9, p. 24-27.

BROOKS, F., et D. PHILLIPS (1996). « Do women want women health workers? Women's views on the primary health care service », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 23, n° 6, p. 1207-1211.

CAMPBINA-BACOTE, J. (1994). « Cultural Competence in psychiatric mental health nursing. A conceptual model », *Nursing Clinics of North America*, vol. 29, n° 1, p. 1-8.

CANCER DU SEIN : INFORMATIONS ET RESSOURCES (2002). [En ligne].  
<http://pages.infinit.net/trh/index.html>

CHAVEZ, L. R., A. F. HUBBELL, S. I. MAISHRA et B. R. VALDEZ (1997). « The influence of Fatalism on Self-Reported Use of Papanicolaou Smears », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 13, n° 6, p. 418-424.

CHEN, J., R. WILKINS et E. NG (1996). « Health expectancy by immigrant status, 1986 and 1991 », *Health Reports*, vol. 8, n° 3, p. 29-38.

CHOUDHRY, U. K., R. SRIVATA et M. I. FITCH (1998). « Breast Cancer Detection Practices of South Asian Women: Knowledge, Attitudes and Beliefs », *Oncology Nursing Forum*, vol. 25, n° 10, p. 1693-1701.

CLARKSON, M., et L. PICA (1995). *Un modèle systémique pour l'analyse de la santé et du bien-être*, Montréal, Santé Québec, 18 p.

COMITÉ CONSULTATIF SUR LA SURVEILLANCE DE LA SANTÉ DES FEMMES (1999). *La surveillance de la santé des femmes : un plan d'action pour Santé Canada*, Ottawa, Santé Canada, 114 p.

CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME (1993). *Position du Conseil du statut de la femme sur la mammographie de dépistage*, Québec, Gouvernement du Québec, 12 p.

DONOVAN, D., L. DUNNIGAN et S. VÉZINA (2000). « Divers comportements de santé propres aux femmes » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 11, p. 231-255.

DUNN, J. R., et I. DYCK (2000). « Social Determinants of Health in Canada's Immigrant Population: Results from the National Population Health Survey », *Social Science and Medicine*, vol. 51, n° 11, p. 1573-1593.

GRAVEL, S., et A. BATTAGLINI (2000). *Culture, santé et ethnicité : vers une santé publique pluraliste*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie Régionale des services sociaux de Montréal-Centre, 243 p.

HARPOLE, L., E. A. MORT, K. M. FREUND, J. ORAV et T. A. BRENNAN (2000). « A comparison of the preventive health care provided by women's health centres and general internal medicine practices », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 15, n° 1, p. 1-7.

HEMLIN, I., et A. MESA (1996). *Des voix pour l'avenir : la banque interrégionale d'interprètes 1993-1996 : bilan d'une expérience réussie*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 36 p.

HYMAN, I., et K. MINOCHA (2001). *Immigration and Health*, Unpublished Research Report, 69 p.

JENNINGS, K. M. (1997). « Getting a Pap Smear: Focus Group Responses of African American and Latina Women », *Oncology Nursing Forum*, vol. 24, n° 5, p. 827-835.

KAMATH, S. K., G. MURILLO, R. T. CHATTERTON, JR. E. A. HUSSAIN, D. AMIN, E. MORTILLARO, C. T. PETERSON et D. L. ALEKEL (1999). « Breast Cancer Risk Factors in Two Distinct Ethnic Groups: Indian and Pakistan vs. American Premenopausal Women », *Nutrition and cancer*, vol. 35, n° 1, p. 16-26.

LESJAK, M., M. HUA et J. WARD (1999). « Cervical screening among immigrant Vietnamese women seen in general practice: current rates, predictors and potential recruitment strategies », *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 23, n° 2, p. 168-173.

LOUE, S. (1998). *Handbook of Immigrant Health*, New York, Plenum Press, 654 p.

MCPHEE, S. J., S. STEWART, K. C. BROCK, J. A. BIRD, C. N. H. JENKINS et G. Q. PHAM (1997). « Factors Associated with Breast and Cervical Cancer Screening Practices among Vietnamese American Women », *Cancer Detection and Prevention*, vol. 21, n° 6, p. 510-521.

NEKHLYUDOV, L., et S. W. FLETCHER (2001). « Is it time to stop teaching breast self-examination? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, n° 13, p. 1851-1852.

PERAGALLO, N. P., P. G. FOX et M. L. ALBA (2000). « Acculturation and breast self-examination among immigrant Latina women in the USA », *International Nursing Review*, vol. 47, n° 1, p. 38-45.

PHAM, C. T., et S. J. MCPHEE (1992). « Knowledge, Attitudes, and Practices of Breast and Cervical Cancer Screening Among Vietnamese Women », *Journal of Cancer Education*, vol. 7, n° 4, p. 305-310.

LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (1998). [En ligne].  
<http://www.rsss04.gouv.qc.ca/pqdc/somm.html>

RAMIREZ, A. G., L. SUAREZ, L. LAUFMAN, C. BARROSO et P. CHALELA (2000). « Hispanic Women's Breast and Cervical Cancer Knowledge, Attitudes, and Screening Behaviors », *American Journal of Health Promotion*, vol. 14, n° 5, p. 292-300.

RASHIDI, A., et C. M. RAJARAM (2000). « Middle Eastern Asian Islamic Women and Breast Self-Examination », *Cancer Nursing*, vol. 23, n° 1, p. 64-70.  
REMENNICK, L. I. (1999a). « Breast Screening Practices Among Russian Immigrant Women in Israel », *Women and Health*, vol. 28, n° 4, p. 29-51.

REMENNICK, L. I. (1999b). « Preventive behavior among recent immigrants: Russian-speaking women and cancer screening in Israel », *Social Science and Medicine*, vol. 48, p. 1669-1684.

SCHULMEISTER, L., et D. S. LIFSLEY (1999). « Cervical Cancer Screening Knowledge, Behaviors, and Beliefs of Vietnamese Women », *Oncology Nursing Forum*, vol. 26, n° 5, p. 879-887.

SHIREEN, S., et A. RASHIDI (1999). « Asian-Islamic Women and Breast Cancer Screening: A Socio-Cultural Analysis », *Women and Health*, vol. 28, n° 3, p. 45-58.

TAYLOR, V. M., S. M. SCHWARTZ, J. C. JACKSON, A. KUNIYUKI, M. FISCHER, Y. YASUI, S. P. TU et B. THOMPSON (1999). « Cervical Cancer Screening among Cambodian-American Women », *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, vol. 8, n° 6, p. 541-546.

TREMBLAY, R., R. COURTEMANCHE et F. LAPOINTE (2000). *Étude Santé Québec auprès des communautés culturelles : aspects statistiques*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 48 p.

VAN DER BRINK-MUJINEN, A. (1997). « Women's health care: For whom and why? », *Social Science and Medicine*, vol. 44, n° 10, p. 1541-1551.

VISSANDJÉE, B., et S. DUPÉRE (2000). « La communication interculturelle en contexte clinique : une question de partenariat », *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 32, n° 1, p. 99-113.

VISSANDJÉE, B., N. LEDUC, S. GRAVEL, M. BOURDEAU et P. CARIGNAN (1998). « Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes au Québec », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 46, n° 2, p. 124-133.

VISSANDJÉE, B., M. WEINFELD, S. DUPÉRE et S. ABDOOL (2001). « Sex, Gender, Ethnicity, and Access to Health Care Services: Research and Policy Challenges for Immigrant Women in Canada », *Journal of International Migration and Integration*, vol. 2, n° 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997). *The World Health Report 1997: Conquering suffering, Enriching humanity*, Genève, World Health Organization, 162 p.

YI, J. K. (1996). « Factors affecting cervical cancer screening behavior among Cambodian women in Houston, Texas », *Family and Community Health*, vol. 18, n° 4, p. 49-57.



## **Tableaux complémentaires**

---



Tableau C7.1

**Facteurs associés à la connaissance de l'auto-examen des seins, la pratique de l'auto-examen des seins et la façon de pratiquer l'auto-examen des seins selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999**

	Connaissance de l'AES	Pratique de l'AES				Façon de pratiquer l'AES
	Oui	1 fois par mois	1 fois par 2-3mois	Moins souvent	Jamais	Systematique
	%					
Âge						
15-24 ans	75,4	16,4**	10,5**	27,5*	45,6	57,4
25-44 ans	79,3	35,1	14,1*	26,0	24,8	50,7
45-64 ans	87,6	41,2	16,3**	29,4*	13,0**	51,8
Statut matrimonial						
Mariée/union libre	82,7	35,9	13,5*	28,8	21,9	50,2
Séparée, divorcée ou veuve	73,0	46,4*	19,9**	26,0**	7,6**	56,1*
Célibataire	79,7	15,3**	10,9**	27,0*	46,8	55,0
Famille avec enfants mineurs						
Biparentale	80,6	30,7	13,8*	25,4	30,1	53,6
Monoparentale	66,4	34,0*	16,3*	29,5**	20,2**	64,4
Autres	78,0*	13,3**	6,6**	47,1**	33,0**	29,9**
Nombre d'enfants mineurs						
0	85,0	35,1	13,5*	27,9	23,5*	47,4
1	78,7	28,7*	20,3*	22,1*	28,9*	56,8
2	80,3	31,5*	11,0**	26,3*	31,2*	57,1
3 et plus	71,6	33,8*	7,0**	36,5*	22,7**	47,5*
Région d'origine						
Haïti	67,1	27,7*	11,7**	26,8*	33,8*	58,6*
Pays hispanophones	87,2	40,4	17,0*	21,0*	21,6*	60,2
Maghreb et Moyen-Orient	80,5	33,6	13,1*	25,8	27,5	48,4
Chine	81,6	19,5**	8,0**	44,5*	28,0*	37,6*
Maîtrise de la langue						
Français ou anglais	81,6	30,4	14,3*	28,3	27,0	51,8
Ni français ni anglais	77,5	33,5*	14,5**	27,5*	24,5*	48,7
Date d'arrivée de la femme						
Moins de 5 ans	73,7	23,9**	6,7**	34,6*	34,9*	47,6*
5 ans et plus	81,7	33,9	13,9	26,7	25,6	52,0
Statut d'immigrant						
Réfugiée	81,2	38,2*	18,9**	16,1**	26,8*	46,9*
Parrainée	78,4	33,9*	8,6**	31,8*	25,6*	61,4
Immigrante indépendante	79,8	30,8	13,0*	28,6	27,6	49,9
Autres	92,2	19,0**	34,4**	24,9**	21,8**	48,2**
Intégration socioculturelle						
Pas de discrimination subie	80,0	32,4	14,2*	23,7	29,7	48,0
Discrimination subie	86,2	32,6	13,3**	32,1*	22,0*	60,3
Scolarité						
Aucune/primaire	66,9	33,7*	14,3**	21,0**	31,1**	46,9*
Secondaire/postsecondaire	79,2	33,1	11,7*	28,6	26,5	53,1
Universitaire	89,1	32,7	18,5*	29,0*	19,8*	52,6
Statut d'activité						
Emploi/études	82,1	29,1	14,9*	27,2	28,9	54,2
Maison/sans emploi/retraite	76,2	40,2	11,5**	26,7*	21,6*	47,9

*suite à la page suivante...*

	Connaissance de l'AES	Pratique de l'AES				Façon de pratiquer l'AES
	Oui	1 fois par mois	1 fois par 2-3mois	Moins souvent	Jamais	Systematique
	%					
Emploi						
Oui	82,9	32,0	18,5*	27,8	21,6*	51,9
Non	79,4	33,0	9,2*	27,3	30,5	53,9
Type d'emploi						
Plus qualifié	74,8	34,2**	10,3**	39,4*	16,2**	53,4*
Moins qualifié	87,6	33,2*	17,6**	29,8*	19,4**	54,7*
Également qualifié	83,9	35,3*	23,4**	18,5**	22,9**	44,9*

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau C7.2

**Facteurs associés au dernier examen clinique effectué par un professionnel de la santé selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999**

	Moins de 12 mois	1 ou 2 ans	Plus de 2 ans	Jamais
	%			
<b>Âge</b>				
15-24 ans	16,3*	4,7**	3,3**	75,7
25-44 ans	32,0	18,4	19,2	30,4
45-64 ans	49,8	16,2*	15,8**	18,1*
<b>Statut matrimonial</b>				
Mariée/union libre	34,9	18,9	20,4	25,9
Séparée, divorcée ou veuve	40,0*	14,1**	16,5**	29,4*
Célibataire	19,5*	4,6**	3,8**	72,2
<b>Famille avec enfants mineurs</b>				
Biparentale	27,1	18,0*	16,2*	38,7
Monoparentale	37,2*	9,6**	12,3**	40,9*
Autres	12,7**	9,0**	12,5**	65,8**
<b>Nombre d'enfants mineurs</b>				
0	38,6	12,4*	14,0*	35,1
1	29,1*	17,2*	14,4*	39,3
2	30,1*	12,3**	16,4*	41,1
3 et plus	26,2*	19,6**	14,9**	39,2*
<b>Région d'origine</b>				
Haïti	27,7*	8,2**	13,1**	51,0
Pays hispanophones	37,8	12,8**	16,2*	33,3
Maghreb et Moyen-Orient	32,9	19,3*	14,7*	33,1
Chine	25,8*	12,2**	15,5**	46,5
<b>Maîtrise de la langue</b>				
Français ou anglais	35,6	14,3*	13,1*	37,0
Ni français ni anglais	25,7*	16,5*	18,1*	39,7
<b>Date d'arrivée de la femme</b>				
Moins de 5 ans	28,7*	12,9**	16,0**	42,4*
5 ans et plus	33,0	15,3	14,8	36,9
<b>Statut d'immigrant</b>				
Réfugiée	35,7*	14,7**	15,6**	34,0*
Parrainée	31,8	10,9**	14,1**	43,3
Immigrante indépendante	31,8	17,5*	13,9*	36,8
Autres	21,8**	4,4**	27,9**	45,9**
<b>Intégration socioculturelle</b>				
Pas de discrimination subie	30,1	13,8*	15,9*	40,2
Discrimination subie	39,0	16,4*	12,6**	32,0
<b>Scolarité</b>				
Aucune/primaire	31,1*	15,9**	12,9**	40,1*
Secondaire/postsecondaire	29,2	12,0*	14,5*	44,4
Universitaire	41,7	19,5*	15,5*	23,3*
<b>Statut d'activité</b>				
Emploi/études	30,6	14,3*	12,0*	43,1
Maison/sans emploi/retraite	34,9	16,0*	20,8*	28,4
<b>Emploi</b>				
Oui	35,6	16,8*	14,7*	32,9
Non	31,1	14,0*	15,2*	39,8
<b>Type d'emploi</b>				
Plus qualifié	35,7*	14,8**	12,0**	37,5*
Moins qualifié	41,0*	20,1**	12,3**	26,6*
Également qualifié	34,1*	20,5**	23,7**	21,7**

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau C7.3

**Facteurs associés au fait d'avoir déjà passé un test Pap et au dernier test Pap selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 15 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999**

	Déjà subi un test Pap	Dernier test Pap		
		Moins de 12 mois	1 ou 2 ans	Plus de 2 ans
%				
<b>Âge</b>				
15-24 ans	15,0*	51,3*	36,2**	12,5**
25-44 ans	60,6	57,9	28,0	14,2*
45-64 ans	63,5	58,8	20,8**	20,4**
<b>Statut matrimonial</b>				
Mariée/union libre	62,4	56,8	31,0	12,2*
Séparée, divorcée ou veuve	64,9	62,1	13,1**	24,8**
Célibataire	11,7**	62,1*	24,8**	13,1**
<b>Famille avec enfants mineurs</b>				
Biparentale	54,9	54,00	32,7	13,3*
Monoparentale	59,5	63,64	20,4**	15,9**
Autres	25,1**	39,3**	34,9**	25,9**
<b>Nombre d'enfants mineurs</b>				
0	43,1	62,1	18,2**	19,8**
1	53,9	56,1	35,5*	8,5**
2	57,8	57,1	23,4*	19,6**
3 et plus	52,5	53,7*	31,7**	14,6**
<b>Région d'origine</b>				
Haïti	42,5	55,6*	25,3**	22,2**
Pays hispanophones	71,1	66,6	19,7*	13,7**
Maghreb et Moyen-Orient	47,6	51,2	34,9	13,9**
Chine	36,8*	59,7*	17,8**	22,5**
<b>Maîtrise de la langue</b>				
Français ou anglais	49,6	63,7	24,1*	12,2*
Ni français ni anglais	55,1	44,4	32,4*	23,3*
<b>Date d'arrivée de la femme</b>				
Moins de 5 ans	43,2*	54,4*	38,0**	7,6**
5 ans et plus	52,5	58,9	24,7	16,4*
<b>Statut d'immigrant</b>				
Réfugiée	56,7	54,1*	31,0**	15,0**
Parrainée	49,1	59,8	21,6**	18,6**
Immigrante indépendante	50,4	55,9	28,7*	15,4*
Autres	43,7**	87,3*	7,8**	4,9**
<b>Intégration socioculturelle</b>				
Pas de discrimination subie	48,0	58,7	29,3	12,0*
Discrimination subie	57,5	54,5	21,6*	23,9*
<b>Scolarité</b>				
Aucune/primaire	37,7*	48,7*	25,8**	25,5**
Secondaire/postsecondaire	47,6	57,7	25,8*	16,5*
Universitaire	65,6	62,3	28,9*	8,9**
<b>Statut d'activité</b>				
Emploi/études	47,5	60,3	24,0*	15,7*
Maison/sans emploi/retraite	58,0	53,2	31,3*	15,5**
<b>Emploi</b>				
Oui	55,7	61,3	21,8*	16,9*
Non	47,3	53,5	31,7*	14,8**
<b>Type d'emploi</b>				
Plus qualifié	46,3*	69,1*	24,9**	6,0**
Moins qualifié	64,6	62,1	22,5**	15,4**
Également qualifié	61,3	56,4*	23,1**	20,6**

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

Tableau C7.4

**Facteurs associés au fait d'avoir déjà passé une mammographie et à la dernière mammographie selon certains paliers du modèle systémique de Santé Québec, population féminine de 40 ans et plus, communautés culturelles 1998-1999**

	Déjà subi une mammographie	Dernière Mammographie		
		Moins de 12 mois %	1 à 2 ans	Plus de 2 ans
Âge				
25-44 ans	40,0 *	43,6 **	22,4 **	34,0 **
45-64 ans	63,5	52,9	31,2 *	15,9 **
Statut matrimonial				
Mariée/union libre	53,1	48,3 *	30,5 *	21,1 **
Séparée, divorcée ou veuve	53,3 *	56,4 *	17,3 **	26,3 **
Célibataire	51,5 **	63,2 **	9,3 **	27,5 **
Famille avec enfants mineurs				
Biparentale	48,0	42,8 *	30,6 **	26,6 **
Monoparentale	52,5 **	69,3 **	20,0 **	10,7 **
Autres	22,0 **	100,0	0,0	0,0
Nombre d'enfants mineurs				
0	60,6	51,0	29,6 *	19,4 **
1	59,4 *	72,4	15,0 **	12,6 **
2	39,4 **	22,7 **	46,8 **	30,5 **
3 et plus	40,4 **	23,1 **	37,9 **	39,0 **
Région d'origine				
Haïti	31,8 **	68,0 **	9,0 **	23,1 **
Pays hispanophones	62,9	51,7 *	31,9 **	16,4 **
Maghreb et Moyen-Orient	62,2	47,6 *	29,7 *	22,7 **
Chine	39,7 **	47,2 **	30,3 **	22,5 **
Maîtrise de la langue				
Français ou anglais	59,0	47,2 *	30,7 *	22,1 **
Ni français ni anglais	46,4	52,7 *	28,0 **	19,3 **
Date d'arrivée de la femme				
Moins de 5 ans	35,2 **	63,9 **	16,8 **	19,3 **
5 ans et plus	57,5	49,5	30,4 *	20,1 *
Statut d'immigrant				
Réfugiée	55,7 *	60,0 *	24,5 **	15,6 **
Parrainée	48,6 *	53,7 **	21,6 **	24,7 **
Immigrante indépendante	57,1	46,4 *	32,6 *	21,0 **
Autres	42,2 **	51,1 **	19,4 **	29,5 **
Intégration socioculturelle				
Pas de discrimination subie	50,3	51,5	26,6 *	22,0 **
Discrimination subie	63,3	48,8 *	26,7 **	24,5 **
Scolarité				
Aucune/primaire	52,2 *	63,6 *	23,0 **	13,4 **
Secondaire/postsecondaire	55,9	50,2 *	23,3 **	26,5 **
Universitaire	55,2	38,3 **	44,0 **	17,7 **
Statut d'activité				
Emploi/études	54,1	53,7 *	29,9 **	16,4 **
Maison/sans emploi/retraite	54,7	45,9 *	28,2 **	25,9 **
Emploi				
Oui	51,8	50,1 *	31,6 **	18,3 **
Non	56,3	50,2 *	26,2 **	23,6 **
Type d'emploi				
Plus qualifié	51,0 **	42,9 **	52,5 **	4,6 **
Moins qualifié	50,8 *	44,7 **	27,1 **	28,1 **
Également qualifié	48,0 **	61,4 **	32,0 **	6,6 **

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999*.

