

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Band: 12 (1986)

Heft: 2

Artikel: Cancer du sein - maladie et sante : étude de leurs représentations chez les femmes italiennes immigrées. Note de recherche

Autor: Maystre-Agustoni, Giovanna / Wietlisbach, Vincent / Huguenin, Marianne

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-815025>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 09.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

CANCER DU SEIN - MALADIE ET SANTE : ETUDE DE
LEURS REPRESENTATIONS CHEZ LES FEMMES
ITALIENNES IMMIGREES : NOTE DE RECHERCHE

*Giovanna Meystre-Agustoni, Vincent Wietlisbach & Marianne
Huguenin*

Institut universitaire de médecine sociale et préventive,
rue du Bugnon 17, CH - 1005 Lausanne

"Papa m'a expliqué que le marchand d'huile pourrait très bien avoir une camionnette, s'il voulait, il gagne assez de fric pour ça, mais l'odeur d'essence se mettrait dans l'huile et ça ferait des frites dégueulasses. Qué l'oudor de la sense il fa venir il cancro dans les bvayaux. Il cancro, c'est le cancer. On n'en parle qu'à voix basse, en jetant l'oeil à gauche à droite, des fois que la sale bête l'entendrait, - ça la fait venir." (Cavanna, les Ritals, Paris 1978)

1. Introduction

En 1984, l'Institut de médecine sociale et préventive de Lausanne a réalisé dans le canton de Vaud une enquête par interview sur les attitudes et pratiques des femmes dans le domaine de l'auto-examen du sein (AES). Cette étude (Huguenin et al., 1985, 1986) s'inscrivait dans le cadre conceptuel du Health Belief Model qui postule que l'exécution d'un geste préventif dépend dans une large mesure des représentations individuelles de la maladie et du geste lui-même. Ainsi, le questionnaire ne portait pas seulement sur l'AES, mais aussi sur la perception de la santé et de la maladie, du cancer et du cancer du sein en particulier.

L'auteur principal de l'article (GMA) avait la responsabilité de contacter et d'interviewer les femmes de nationalité italienne incluses dans l'échantillon. D'emblée, il est apparu qu'un effort plus important était nécessaire pour obtenir leur participation parce qu'elles manifestaient à l'annonce du thème des réactions de refus et d'angoisse plus fréquentes et plus perceptibles que les Suissesses. Lors des entretiens, les Italiennes se comportèrent souvent à la manière des "Ritals" de Cavanna, baissant la voix pour parler du cancer, évitant le mot autant que possible, le remplaçant par des périphrases telles que "cette maladie", "la maladie du siècle", "la maladie où il n'y a pas d'espoir", "cette méchante maladie qu'on n'ose même pas nommer" ou encore "le mal mauvais". D'autres, qui

ne s'exprimaient par ailleurs que dans leur langue maternelle, énonçaient le mot "cancer" en français. "*Si on pense à ces choses, on meurt !*" : cette phrase d'une Italienne de 60 ans exprime peut-être mieux que toute autre leur angoisse.

Ces attitudes nous ont incité(e)s à comparer de manière plus précise les représentations que les Suissesses et les Italiennes se font de la santé, de la maladie et du cancer. Nous nous sommes attaché(e)s notamment à déterminer dans quelle mesure les différences éventuelles de leurs représentations sont liées à leur appartenance à un milieu socio-économique donné ou à d'autres facteurs plus spécifiquement en relation avec la culture ou l'émigration.

2. Méthode

L'enquête AES s'est basée sur un échantillon aléatoire de population, représentatif des femmes de 20 à 74 ans résidant dans le canton de Vaud. Sur 499 femmes, 33 étaient de nationalité italienne, soit 7 %, ce qui correspond à l'importance relative de cette communauté.

Le taux de réponse brut a été de 77 % pour la totalité de l'échantillon et de 73 % pour les femmes italiennes, ce qui est un bon résultat comparé au taux de réponse des femmes espagnoles et portugaises (50 %) et à celui obtenu auprès des étrangers dans d'autres enquêtes. Sur les 24 femmes de nationalité italienne qui ont répondu, 2 n'ont pas été retenues pour cette étude, ayant acquis leur nationalité par mariage.

Le collectif de notre étude est donc composé de 22 Italiennes, très homogènes sur le plan socio-démographique : 18 sont mariées, 19 n'ont effectué qu'une scolarité primaire, le plus souvent à peine ébauchée (5 ans en moyenne). Toutes ces femmes, de couche sociale modeste, travaillent ou ont cessé de travailler très récemment (1 est à la retraite, 3 ont arrêté pour raison de santé). En outre, elles viennent en majorité de zones rurales de l'Italie méridionale.

Les caractéristiques particulières de ce groupe nous ont amené(e)s à ne pas le comparer à l'ensemble des Suissesses, mais à appairier à chaque femme italienne deux femmes suisses de même classe d'âge, classe sociale, niveau scolaire et état-civil, selon le principe des études cas-témoin. Chaque fois que plus de 2 Suissesses pouvaient être appariées, nous avons procédé à un tirage au sort. Il est clair, cependant, que cette procédure d'appariement n'a pas éliminé toute inégalité socio-démographique entre les deux

collectifs, notamment en ce qui concerne la durée de la scolarisation.

Malgré ce biais potentiel, l'intérêt de la démarche réside dans le fait que les différences de représentations et de pratiques dans le domaine de la santé qui seront mises en évidence entre ces 2 groupes pourront être rattachées plus directement aux différences culturelles ou à celles dues à l'émigration.

3. Résultats

La présentation des résultats va de la pratique de l'AES proprement dite aux représentations de la maladie et de la santé.

3.1. *Pratique de l'auto-examen du sein*

La pratique de l'AES est supérieure chez les Suissesses, mais de manière non significative ; 45 % des Italiennes disent se contrôler les seins et 18 % le font régulièrement, contre respectivement 68% et 32 % des Suissesses.

Pour ce qui concerne l'accès aux différentes sources d'information sur l'AES, on constate que 41 % des Italiennes ont été informées par un médecin (contre 64 % des Suissesses), 27 % par une brochure (contre 34 % des Suissesses) et 82 % par des médias audiovisuels (contre 89 % des Suissesses). Les Italiennes sont également moins nombreuses à avoir bénéficié d'un examen du sein par un médecin dans l'année écoulée : 46 % contre 57 %. Bien que ces tendances soient toujours en faveur des Suissesses, elles restent néanmoins statistiquement non significatives.

Les Italiennes diffèrent plus sensiblement des Suissesses quant à leurs habitudes de consultation médicale. Dans l'année écoulée, elles ont eu plus souvent recours au généraliste (68 % contre 48 %, *p* n.s.) et nettement moins souvent au gynécologue (50 % contre 48 %, *p* n.s.). Cette tendance se manifeste encore plus clairement lorsqu'on leur demande qui elles consulteraient en cas de problème à un sein : alors que 89 % des Suissesses considèrent que c'est l'apanage des gynécologues, seulement 46 % des Italiennes sont de cet avis (*p*=.004).

Lorsqu'on interroge les femmes sur leur connaissance de la technique correcte de l'AES et des signes suspects de cancer du sein, on constate que 73 % des Italiennes commettent une erreur majeure, contre seulement 45 % des Suissesses (*p*=.033). Par con-

tre, on obtient une proportion quasiment égale de Suissesses et d'Italiennes (respectivement 16 et 14 %) qui pratiquent l'AES avec efficacité, c'est-à-dire en sachant ce qu'il s'agit de détecter et comment il faut s'y prendre.

3.2. Attitudes face au cancer du sein

Une question ouverte recherchait les associations spontanées à l'évocation du cancer du sein. Les réactions des femmes italiennes varient sensiblement par rapport à celles des Suissesses. Pour les premières, l'idée dominante est une idée de mort : c'est le cas pour 36 % des femmes italiennes, contre seulement 5 % des Suissesses ($p=.002$). Inversement, aucune Italienne n'envisage spontanément un pronostic favorable, alors que 7 % des femmes suisses le font (p n.s.). La première idée associée au cancer du sein chez les Suissesses est celle de la mutilation causée par la mastectomie : la moitié d'entre elles l'évoquent, contre seulement 9 % des Italiennes ($p=.002$).

Les réponses à une autre question - fermée - relative à la réaction devant la perspective d'une mastectomie confirment nettement cette divergence de préoccupations entre les deux groupes. La réaction est centrée sur le fait d'être atteinte du cancer chez 86% des Italiennes et aucune ne juge prioritaires les problèmes liés à la mutilation (p du chi-carré $=.03$). Si une majorité (57 %) de femmes suisses disent aussi que la présence d'une tumeur les inquiéterait avant tout, 1 sur 5 n'en affirme pas moins d'abord être préoccupée par la perte d'un sein et par la nécessité de devoir vivre avec ce handicap. Les Suissesses sont également plus nombreuses à mettre les deux problèmes sur un même plan de gravité.

Pourtant, malgré la forte angoisse qu'elles expriment lorsqu'on cherche à savoir ce qu'évoque pour elles le cancer, les Italiennes ont tendance à le minimiser, à le mettre à distance dès qu'on commence à en parler en termes plus objectifs. Cette attitude se manifeste quand on leur demande de choisir entre plusieurs incidences du cancer du sein dans la population : les trois quarts des Italiennes estiment, justement d'ailleurs, à moins de 10 % le risque pour une femme d'être atteinte d'un cancer du sein, alors que moins de la moitié des Suissesses sont de cet avis (p du chi-caré $= .01$). Plus que la connaissance de son importance réelle, ces réponses mettent en évidence l'amplification ou la dénégation du phénomène : une femme italienne, hésitant longuement avant de répondre, choisit la réponse "moins de 1 % de risque" et ajoute "*et je trouve que c'est déjà bien trop*".

Quelques questions avaient trait aux réactions que déclencherait chez les femmes l'apparition de certains symptômes traditionnels du cancer du sein. Globalement, il n'existe pas de différences sensibles entre Suissesses et Italiennes : pour tous les signes suspects cités, il existe dans chaque groupe une même proportion de femmes (autour de 80 %) qui consulteraient immédiatement un médecin. Chez les Suissesses comme chez les Italiennes, les signes les moins connus sont l'épaississement de la peau et le mamelon rétracté (qui semble par ailleurs moins inquiéter les femmes immigrées). La "boule" reste le signe le mieux connu des deux groupes.

Le symptôme de la boule était décrit très précisément comme une "boule qui ne gêne pas et ne fait pas mal". De manière assez paradoxale, malgré leur bonne connaissance de ce signe, les Italiennes sont plus nombreuses à méconnaître le fait qu'une maladie grave au sein peut apparaître en l'absence de toute douleur (32 % contre 16 % des Suissesses ; p n.s.). Par contre, alors que la presque totalité (91 %) des Suissesses considèrent à juste titre que la présence d'une boule au sein n'implique pas nécessairement un cancer, seulement 59 % des Italiennes partagent cet avis ($p=.004$).

3.3. Attitudes et opinions face au cancer en général

La hantise du cancer que manifestent les Italiennes est loin de se focaliser sur le seul cancer du sein. En effet, une des premières questions de l'interview, avant même que ne soit abordé le thème du cancer, demandait aux femmes d'exprimer la première chose qui leur venait à l'esprit à l'idée qu'elles puissent être atteintes d'une maladie grave. Si beaucoup de femmes ont évoqué la manière dont elles réagiraient (sentiment de tristesse, volonté de lutter, etc.), 24 % des Italiennes nomment immédiatement le cancer, contre 9 % des Suissesses (p n.s.). Ensuite, lorsqu'on demande aux Italiennes quelles sont les maladies qu'elles redoutent le plus, elles sont de nouveau 86 % à citer le cancer (sans faire référence particulièrement à celui du sein), contre seulement 46 % des Suissesses ($p=.001$). A l'inverse, 50 % de ces dernières déclarent craindre les maladies invalidantes alors qu'elles sont mentionnés par moins de 10 % des Italiennes ($p=.001$).

Il est vraisemblable que la crainte que le cancer inspire aux femmes italiennes provienne du caractère fatal qu'elles lui attribuent. A la question "Le cancer est-il une maladie dont on guérit ?", 23 % seulement répondent par l'affirmative, contre 77 % des Suissesses ($p=.001$). "De toute façon, lorsqu'on a un cancer quelque part, il met tout de suite des racines dans la tête et alors on meurt en très peu de temps". "Même si on enlève le sein, il se

développe à la tête et c'est fini." "Si quelqu'un a une tumeur au sein, elle lui prend dans tout le corps et c'est fini." Ces quelques remarques de femmes italiennes illustrent bien la manière dont elles se représentent l'évolution du cancer : invasive et irréversible.

Confrontée au cancer, une personne peut soit affronter la réalité de la maladie qui la frappe soit chercher à l'esquiver. Devant cette alternative, 93 % des Suissesses prétendent qu'il faut faire face à la situation, contre 68 % des Italiennes ($p=.012$). "La mort doit être une surprise ; si un jour je devais avoir un mal pareil, je voudrais que le médecin garde son secret jusqu'à ma mort." "Si je sais, je meurs." "J'ai toujours vu que le malade ne savait pas ce qu'il avait. La famille oui, mais pas lui. Je crois que je préférerais ne pas savoir. Peut-être on ferait tout pour guérir, mais c'est une vilaine affaire."

3.4. Représentations de la santé et du bien-être

Les représentations de la santé s'avèrent également très différentes entre nos deux collectifs. Les Italiennes ont moins tendance à s'estimer en bonne santé (68 % contre 93 % des Suissesses, $p=.012$) et leur état de santé les inquiète nettement plus (55 % contre 25 %, $p=.019$). Dans le cours de l'interview, les femmes étaient amenées à exprimer leur conception du bien-être lorsqu'on leur demandait de définir ce que signifie pour elles l'expression "être bien dans son corps" et quels sont les moyens d'atteindre ce but. Deux pôles se sont dégagés de l'analyse des réponses, le premier autour de la santé physique et de l'absence d'ennuis corporels, le second autour d'une conception plus psychique du bien-être (être bien dans sa tête, etc.). 55 % des Italiennes, contre 25 % des Suissesses, donnent des réponses du premier type ($p=.019$). A l'opposé, 64 % des Suissesses et seulement 36 % des Italiennes fournissent des réponses du deuxième type ($p=.033$).

Quant aux moyens pour être bien dans son corps, ils peuvent également être répartis en deux catégories prédominantes. La première regroupe les réponses des femmes qui estiment qu'il faut ne pas souffrir et jouir d'une bonne santé ; 50 % des Italiennes et 7 % des Suissesses répondent dans ce sens ($p=.001$). La seconde catégorie réunit les réponses selon lesquelles la pratique d'un sport ou d'une activité physique constitue un moyen d'être mieux dans son corps ; 37 % des Suissesses sont de cet avis, mais seulement 9 % des Italiennes ($p=.016$). A cet égard, on peut signaler que, pour la moitié des Italiennes contre 7 % des Suissesses, la notion même de prévention ne signifie rien du tout ($p=.001$).

4. Discussion

Moscovici (1976) et plusieurs auteurs se sont attachés à étudier le domaine des représentations sociales. Ce concept recouvre non seulement les connaissances (correctes ou erronées, complètes ou lacunaires) qu'un groupe social possède sur un objet donné, mais aussi toutes les opinions qu'il se forme à ce propos. Ces représentations servent à la fois à orienter et à justifier les comportements individuels, comme l'explique notamment Herzlich (1969) en ce qui concerne les représentations de la santé et de la maladie.

En tant qu'objet de connaissance (au sens des théories piagétienes), les concepts de santé et de maladie, par exemple, ne se prêtent que partiellement à une construction purement individuelle s'opérant à travers une démarche d'assimilation-accommodation. Les expériences personnelles dans le domaine permettent évidemment que se déroule une partie du processus, mais il faut bien admettre que, pour l'essentiel, cette construction ne peut être que médiatisée. Or, les sources d'information disponibles pour la construction de tels objets, même si elles sont multiples, ne sont pas innombrables. Il en résulte un phénomène d'homogénéisation du savoir à l'intérieur des groupes sociaux ; cependant, dans un groupe donné, des différences de représentations peuvent apparaître entre certains sous-groupes en raison d'un degré d'accessibilité variable aux sources d'information.

Conçue dans une optique précise, l'enquête AES ne permet pas de dessiner de manière très nuancée les représentations sociales relatives à la santé, à la maladie, au cancer et au cancer du sein qui sous-tendent les réponses des personnes interrogées. La présence de nombreuses questions fermées avait en effet pour conséquence de leur imposer un cadre conceptuel qui était celui des chercheurs et non le leur propre. Les réponses aux questions ouvertes, elles-mêmes, ont dû être recodifiées selon des critères fatalement réductionnistes. Néanmoins, les renseignements recueillis au moyen de l'enquête AES fournissent des indications intéressantes qui permettent de dégager des différences entre les réponses des Italiennes et celles des Suissesses appariées, différences qui révèlent des représentations dissemblables de la santé et de la maladie.

Lehmann (1984) s'est attaché à décrire les attitudes de la population suisse face à la santé et à la prévention telles qu'elles ressortaient d'une enquête effectuée auprès d'échantillons représentatifs des habitants de deux villes, l'une de Suisse romande, l'autre de Suisse alémanique. Il a réussi notamment à opposer deux modèles de comportement sanitaire liés à l'appartenance sociale. Pour la

classe supérieure, la santé est plutôt perçue comme la conservation d'une certaine juvénilité, d'une jeunesse de corps et d'esprit, alors que pour la classe inférieure, la santé signifie essentiellement préservation de sa force de travail. De même, Buchmann et al. (1985) ont mis en évidence que plus l'on s'élève dans l'échelle sociale, plus la composante psychologique de la santé gagnait en importance sur la composante strictement physiologique et fonctionnelle.

Notre propre étude montre que dans leurs représentations de la santé, les femmes italiennes se comportent plutôt selon le modèle de la classe ouvrière mis en évidence par Lehmann, alors que les Suissesses, pourtant appariées sur la base de mêmes critères socio-démographiques, semblent aspirer au modèle de la classe supérieure. En effet, une proportion élevée d'Italiennes estiment que se sentir bien dans son corps signifie ne pas connaître de problèmes de santé, alors qu'une grande partie des Suissesses associent cet état de bien-être à des causes de nature plutôt psychologique et pensent qu'on peut y parvenir à travers une pratique sportive. Confrontées à l'éventualité d'une mastectomie, ces dernières déclarent redouter avant tout les conséquences esthétiques d'une telle opération, alors que les Italiennes sont plus obsédées par la présence du cancer. Voilà qui traduit, chez les Suissesses, l'émergence d'une nouvelle relation à leur corps.

Cette différence de représentation découle peut-être du statut d'immigrée propre aux femmes italiennes et de la valeur particulière qu'elles attachent au travail. Issues d'un milieu campagnard dans lequel la notion de loisirs semble presque inconnue, venues en Suisse pour faire fructifier leur force de travail, ces femmes trouvent souvent leur raison d'être, leur part d'autonomie et leurs uniques relations extra-familiales dans l'exercice de leur profession (Ley, 1981). Ainsi, le bon fonctionnement de leur corps est-il perçu par elles comme une sorte de nécessité vitale et toute maladie pouvant causer une interruption de leur activité professionnelle ressentie comme une dégradation. On retrouve là une représentation de la maladie proche de celle qu'Herzlich nomme la "maladie destructrice", celle qui contraint le sujet à l'inactivité, à l'abandon de son rôle et à l'isolement. Le rapport étroit que les Italiens du Sud entretiennent avec le travail a été notamment décrit par Pasquarelli (1966), un médecin australien fort de 30 ans de pratique dans une communauté d'immigrants italiens. Il montre comment leur acharnement à consacrer la totalité de leur temps à des activités productives (activité rémunérée accessoire, entretien de la maison, d'un jardin exclusivement potager, etc.) les conduit souvent à un état d'épuisement physique et nerveux. Dans une telle ambiance de stress, tout symptôme d'une maladie quelconque est aussitôt dramatisé.

Par contraste, les Suissesses de même niveau socio-économique entretiennent d'autres rapports avec leur travail, même si, souvent, elles sont également contraintes de travailler pour des raisons économiques. Elles semblent aspirer à un mode d'existence différent, à cette "civilisation des loisirs" calquée sur le modèle des classes supérieures. Ce décalage des représentations sociales vers le haut est peut-être induit par le processus même de l'immigration des travailleurs en Suisse qui s'effectue par insertion au bas de l'échelle sociale et poussée progressive de l'ancienne classe inférieure vers des niveaux plus élevés. Certains auteurs ont parlé à ce propos d'"Unterschichtung" (Hutmacher, 1981).

Un autre facteur explicatif de ce phénomène est que Suissesses et Italiennes, à niveau social égal, n'ont pas le même degré d'accessibilité aux diverses sources d'information existantes en raison de la langue et des autres facteurs culturels. Les Suissesses sont donc en principe plus perméables aux normes sociales et idéologiques dominantes véhiculées par les médias (télévision, presse féminine, etc.). En ce qui concerne l'AES, les Italiennes ont moins bénéficié d'une information, que ce soit par le médecin, par une brochure explicative ou par les autres médias. Boltansky (1971), qui s'est intéressé au processus d'acquisition des connaissances médicales, souligne une autre difficulté. Les personnes peu familiarisées avec les "taxonomies morbides et symptomatiques d'origine savante" se retrouvent doublement désavantagées lorsqu'elles consultent un médecin, d'abord pour décrire et localiser le mal dont elles souffrent, ensuite pour faire pression sur le médecin et obtenir de lui des explications claires. Une enquête américaine sur l'AES (Sheley, 1983) confirme que seules les femmes d'une couche sociale supérieure, qui n'hésitent pas à "questionner agressivement" leur médecin, ont obtenu de lui les informations suffisantes pour réaliser efficacement ce geste préventif.

S'ils justifient pour une part les représentations des Italiennes quant au bien-être et à la santé, le statut d'immigrée et l'accès limité à l'information ne permettent pas d'expliquer l'importante angoisse que suscite chez elles l'évocation du cancer. Leurs réactions sont indépendantes de leur plus ou moins bonne connaissance de la réalité du cancer et constituent un trait culturel qu'on ne retrouve pas chez les Suissesses. Alors que celles-ci redoutent plutôt les maladies invalidantes, les Italiennes affirment craindre avant tout le cancer, qu'elles sont nombreuses à juger incurable et qu'elles associent fréquemment à la mort. La mise à distance (voir à ce sujet leur estimation de l'incidence du cancer), le silence, la répugnance à s'exprimer à ce propos ("*Je n'y pense pas, je n'ai jamais eu de discussions pareilles sur ces choses ; mieux vaut ne pas en parler.*" "*Ces maladies, quand elles arrivent, elles arrivent et*

pauvre qui l'aura ; mais il ne faut pas en parler." "*Si on pense à ces choses, on meurt.*") s'expliquent probablement par la mise en rapport du cancer avec des croyances, des superstitions et des traditions encore vivaces dans les zones rurales de l'Italie méridionale, d'où sont originaires la plupart des femmes immigrées de notre collectif. Mais les seuls renseignements de l'enquête AES sont insuffisants pour étayer cette hypothèse et les allusions faites au "mauvais oeil" et à la "main de Dieu" dispensant le cancer ne constituent à cet égard que des indices.

Un autre trait culturel souvent cité à propos des Italiens est l'importance de la douleur en tant que symptôme. En interrogeant des patients d'origine italienne et irlandaise dans la salle d'attente de plusieurs polycliniques américaines, Zola (1966) a constaté que les premiers avaient plus tendance à se plaindre de douleurs pour un même type de maladie que les seconds. Pasquarelli (op.cit.) remarque également que le fameux "stiff upper lip" anglo-saxon est incompatible avec l'émotivité latine, mais ajoute que, chez les Italiens, même si le seuil d'expression de la douleur est relativement bas, cela n'implique pas pour autant une faible capacité de résistance. Dans l'enquête AES, il est intéressant de noter à ce sujet que beaucoup d'Italiennes ne peuvent imaginer qu'une maladie grave du sein puisse se manifester sans être accompagnée de douleurs. Tamburini et coll. (1981), à la suite d'une enquête effectuée dans un centre de dépistage milanais, expriment à ce propos la crainte qu'en Italie, les nodules indolores ne passent par trop souvent inaperçus.

5. Conclusion

Nos résultats permettent de montrer qu'il existe en Suisse, entre les femmes immigrées d'origine italienne et les Suissesses de même niveau socio-démographique, d'importantes différences dans les représentations de thèmes relatifs à la santé et à la maladie. Pour ce qui se rapporte au cancer, ces différences semblent être essentiellement de nature culturelle et peuvent vraisemblablement s'expliquer par une moindre pénétration des connaissances médicales chez les Italiennes (venant presque toutes des zones rurales du Sud), ainsi que par la survivance en elles de schémas explicatifs plongeant leurs racines dans la tradition, en lieu et place de représentations inspirées de la médecine "savante".

Cette étude permet également de mesurer une des conséquences concrètes de ce phénomène : les connaissances objectives des Italiennes à propos du cancer du sein, des possibilités de la préven-

tion et de l'auto-examen lui-même sont inférieures à celles des Suissesses, ce qui se répercute dans un taux de pratique plus faible. Comme les femmes immigrées attribuent souvent le cancer à des puissances occultes que, selon elles, on ne peut pas combattre - le mauvais oeil, Dieu punissant des comportements immoraux ("*D'une mère qui n'a jamais fréquenté avant son mariage et d'un père sain, il ne peut naître qu'un enfant sain.*") - elles ne sont de ce fait guère disposées à adopter un comportement préventif élaboré en fonction d'un modèle "scientifique" de la maladie. Elles préféreront vraisemblablement chercher à échapper à cette affection tant redoutée par des manoeuvres que la médecine moderne jugera irrationnelles, mais qui sont parfaitement adéquates et éprouvées dans l'optique de leur propre culture et des valeurs qui la régissent. En cas d'échec, il ne leur reste plus qu'à se plier au caractère inéluctable de la volonté divine ou de la malédiction qui les frappe.

Néanmoins, il convient de remarquer que les immigrées italiennes en Suisse sont 46 % à déclarer pratiquer l'AES de manière régulière ou irrégulière. Ce taux est nettement supérieur à celui de 35 % qu'ont enregistré Tamburini et coll. (op.cit.) auprès de leurs compatriotes vivant à Milan, pourtant en principe plus "motivées" puisqu'elles venaient se présenter d'elles-mêmes à un centre de prévention. Ce résultat encourageant indique qu'une partie au moins du message préventif est parvenu jusque dans le milieu des travailleurs étrangers et qu'il y a été "assimilé", l'adoption de nouvelles normes de comportement correspondant souvent à un phénomène progressif d'acculturation.

Les professionnels de la santé chargés de la promotion de mesures préventives et de leur mise en pratique au sein de la population savent par expérience qu'un effort plus intense d'information doit être fait auprès des classes sociales modestes, moins favorisées par le système d'éducation. Il faut être pleinement conscient que des barrières subjectives (par opposition aux barrières objectives que sont les inégalités socio-économiques) risquent également de limiter l'application effective des nouvelles pratiques sanitaires qu'ils préconisent, dans la mesure où celles-ci doivent s'intégrer dans le contexte des représentations que les gens se font de la maladie et de la santé. Comme nous l'avons montré pour les immigrées italiennes en Suisse, ces représentations peuvent être fortement conditionnées par un milieu culturel qui, par la force des choses, nous reste largement étranger.

BIBLIOGRAPHIE

BOLTANSKI LUC (1971), "Les usages sociaux du corps", *Annales* 26/1, 205-233.

- BUCHMANN Marlis, KARRER Dieter & MEIER Rose-Marie (1985), *Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Alltag* (Publikation der Schweizerischen Nationalfonds aus den Nationalen Forschungsprogrammen, Bd 27), Haupt, Berne-Stuttgart, 196 pp.
- HERZLICH Claudine (1969), *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale*, Mouton, Paris-La Haye.
- HUGUENIN Marianne, WIETLISBACH Vincent, MARTIN Jean & MEYSTRE-AGUSTONI Giovanna (1985), "Attitudes et pratiques des femmes vaudoises vis-à-vis de l'auto-examen du sein", *Soz. Präventivmed.*, 30, 157-161.
- HUGUENIN Marianne & WIETLISBACH Vincent (1985), "Facteurs associés à la pratique de l'auto-examen du sein dans le cadre d'une enquête de population", *Soz. Präventivmed.* 30, 211-213.
- HUGUENIN Marianne & WIETLISBACH Vincent (1986), "Pratique et qualité de l'auto-examen du sein : le rôle des médecins", *Med. Hyg.* 44, 345-352.
- HUTMACHER Walo (1981), "Migrations, production et reproduction de la société", in GRETTLER Anita, GURNY Ruth & PERRET-CLEMENT Anne-Nelly, Eds, *Approches des problèmes socio-culturels et linguistiques des enfants migrants en Suisse*, Peter Lang, Berne-Francfort.
- LEHMANN Philippe (1984), "Attitudes face à la santé et la prévention", *Méd. Hyg.* 42, 424-429.
- LEY Katharina (1981), "Migrant Women : is Migration a Blessing or a Handicap ? Situation of Migrant Women in Switzerland", *Migrations Int.* 19/1-2, 83-93.
- MOSCOVICI Serge (1976), *La psychanalyse, son image et son public*, PUF, Paris.
- PASQUARELLI G. (1966), "The General Medical Problem and Associated Problems of the Italian Migrant Family", *Med.J.Austr.* 53, 64-70.
- SHELEY Joseph F. (1983), "Inadequate Transfer of Breast Cancer Self-Detection Technology", *Am.J.Public Health* 73, 1318-1320.
- TAMBURINI Marcello, MASSARA Giovanna, BERTARIO Lucio, RE Alberto, & DI PIETRO Sergio (1981), "Usefulness of Breast Self-Examination for an Early Detection of Breast Cancer. Results of a Study on 500 Breast Cancer Patients and 652 Controls", *Tumori* 67, 219-224.
- ZOLA Irving K. (1966), "Culture and Symptoms : an Analysis of Patients Presenting Complaints", *Am.Sociol.Rev.* 31, 615-630.