

Faculté de santé publique

**Le vécu des femmes issues de
l'immigration marocaine dans le
cadre d'un programme de dépistage
du cancer du sein.**

**Une analyse exploratoire au sein
d'une maison médicale bruxelloise
au forfait**

Mémoire réalisé par
Karima Sab Aouni

Promoteur
Lucía Alvarez

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

CHAPITRE 1. Problématique et délimitation du cadre conceptuel appuyé par la littérature scientifique

1.3. L'immigration

Avant d'aborder la situation migratoire en Belgique, nous souhaitons éclaircir d'autres termes tel que migrants, minorité ethnique, étrangers. *« La principale difficulté lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la migration est la définition du groupe des « étrangers » ou des « migrants ». Malgré l'acquisition de la nationalité du pays de résidence, certaines catégories de personnes restent encore considérées comme « migrant » et sont dès lors désignées sous le vocable de « personnes d'origine immigrée », « personnes d'origine étrangère », « minorités ethniques » ou encore de « groupes ethniques ». La « nationalité » est peu pertinente lorsqu'il s'agit de s'intéresser à la question des migrants en Belgique. D'où le concept de « migrants et minorités ethniques » qui permet de rendre compte de l'origine des individus. »* (Lorant V. & al., 2011, p.6).

La Belgique ne possède pas de recensement quant à l'appartenance ethnique. La seule source à sa disposition est la nationalité ou l'endroit de naissance (Lorant & al, 2010, Myria 2019). Malgré que dans certains quartiers Bruxellois les personnes issues de l'immigration sont majoritaires, *« les membres de ce groupe s'estiment eux-mêmes ou sont considérés par la société dans une position désavantagée vis-à-vis de la majorité de la population suite à cette appartenance »* (Hanquinet & al., 2006 cités par Lorant V. & al., 2011, p.6). *« En Belgique, c'est le cas notamment des populations d'origine marocaine ou turque »* (Lorant V. & al., 2011, p.6).

Plusieurs dizaines d'années après la 2^{ème} guerre mondiale, la Belgique a été un pays d'immigration accueillant majoritairement des travailleurs issus du bassin méditerranéen. En 1964, la Belgique conclut un accord avec le Maroc pour recruter de la main-d'œuvre. Beaucoup de femmes ont également immigré le plus souvent dans le cadre de regroupement familial. Le gouvernement a dès lors resserré la politique d'entrée dans le pays, mais cela n'a pas empêché de manière définitive l'accès. (Martinielle M. & Rea A., 2012). La population immigrée présente en Belgique augmente toujours, notamment par le regroupement familial, la migration matrimoniale et l'entrée d'une nouvelle vague de réfugiés (Schoonvaere, 2014, Lafleur &

Marfouk, 2017). « *Les deux raisons légales de migration les plus souvent rencontrées sont les motivations professionnelles et le regroupement familial* » (Lorant & al, 2011, p.7).

1.4.1. Santé chez les personnes issues de l'immigration marocaine

« *Chez les migrants, un état de santé plus précaire est généralement présent par rapport à la population belge ou autochtone dans le domaine des maladies infectieuses (Zuppinge 2000), de la santé subjective (Lorant et al. 2008), de la santé mentale (Bhugra 2004 ; Derluyn, Broekaert & Schuyten 2008 ; Llouyd 2006) et des affections chroniques* » (Demarest et al. 2006 ; Van der Heyden & al. 2010 cités par Lorant et al, 2011p.8). « *Par ailleurs, de nombreux travaux ont montré des inégalités dans l'accès, l'utilisation et la qualité des soins entre les migrants et la population autochtone* » (Dixon-Woods 2005 ; Lindert 2008 ; Uiters 2007 » cité par Lorant et al., 2011,p.9).

« *Les migrants d'origine marocaine et turque au niveau des soins primaires, ont en comparaison avec la population belge autochtone, moins souvent un généraliste de référence et font moins de dépistage et de vaccinations (Anson 2001), ce qui correspond également à la situation des Pays-Bas (Uiters 2007). Ces groupes ont également moins accès à la médecine de spécialité tant aux Pays-Bas qu'en Belgique (Demarest et al. 2006 ; Stronks et al. 2001)* » (Lorant V. et al., 2011,p.9). « *Ces différences sont en grande partie induites par un contexte socioéconomique plus défavorable pour les migrants (Fossion et al. 2002, 2004 ; Lorant et al. 2008 ; Perrin et al. 2007). Néanmoins, le risque de morbidité reste présent chez quelques cas même après ajustement pour les variables socio-économiques (Vandenhede & De Boossere 2010). Cela indique que d'autres facteurs de risque, comme les expériences traumatisantes, les caractéristiques sociales et sociodémographiques (comme la séparation des parents ou le sexe féminin), le racisme et la discrimination influencent l'état de santé des migrants (Derluyn & Broekaert, 2007, 2008)* » (Lorant et al., 2011,p.9).

4.2. Approche méthodologique

Kohn & Christiaens expliquent dans leur travail que « *les méthodes de recherches qualitatives visent à comprendre les expériences personnelles et à expliquer certains (aspects de) phénomènes sociaux tels que la santé et la maladie. Ces méthodes de recherches peuvent renforcer la capacité à bien comprendre les besoins des usagers et prestataires en soins de*

santé et à les inclure lors de la formulation de recommandations. La recherche qualitative permet de se confronter à la réalité sociale. Ce type de recherche se démarque par l'utilisation de techniques afin d'aboutir à une vision sur les perceptions et les comportements des personnes. Elle permet aussi de refléter de manière plus approfondie qu'un sondage, les opinions des personnes sur un sujet spécifique. On ne vise pas que les bonnes réponses, la recherche qualitative se doit de formuler également des bonnes questions ». (Kohn & Christiaens, 2014, p.68-69).

4.3. Modalités de recueil des données

« Les méthodes de recherches qualitatives couvrent une série de techniques de collecte et d'analyse de données » (Mucchielli, 2011 cité par Kohn & Christiaens, 2014, p.68).

Les entretiens et l'observation sont parmi les plus utilisés en recherche qualitative. Nous avons récolté par l'observation durant les entretiens face à face toutes les formes de réponse de nature non numérique, telles que les mots et les récits, les comportements. La collecte de données qualitatives bien menée réside précisément dans la richesse des données verbales et non verbales collectées. En effet, elle permet de comprendre de façon plus profonde le problème étudié. Elle cible la description, mais aussi permet d'obtenir des explications plus significatives sur un phénomène. « *La recherche qualitative est également utile pour générer des hypothèses* » (Sofaer, 1999, cité par Kohn & Christiaens, 2014, p.69).

LOUVAIN-LA-NEUVE | BRUXELLES | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bis B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp