

# DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : ACTIONS DE TERRAIN AVEC LES ACTEURS LOCAUX

Rapport de la recherche-action  
des Femmes Prévoyantes Socialistes  
et de la Mutualité Socialiste-Solidaris

Ce rapport fait la synthèse du projet de recherche-action sur le dépistage du cancer du sein réalisé en 2010-2011 par les Femmes Prévoyantes Socialistes et la Mutualité Socialiste-Solidaris

Merci à Michel Boutsen, Valérie Fabri et Sylvie Pinchart pour leurs conseils.

Merci aux animatrices FPS qui ont participé au projet.

Rédaction : Sarah Hibo avec la collaboration de Pierre Baldewyns

Conception et graphisme : Synthèse

Cette brochure peut être obtenue auprès du secrétariat général des FPS :  
02/515.04.01  
fps@mutsoc.be  
www.femmesprevoyantes.be

Editrice responsable :  
Dominique Plasman  
Place Saint-Jean, 1-2  
1000 Bruxelles

Année : 2012  
Dépôt légal : D/2012/12.968/1.

Imprimé sur papier 100% recyclé et blanchi sans chlore.

# DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : ACTIONS DE TERRAIN AVEC LES ACTEURS LOCAUX

## Rapport de la recherche-action des Femmes Prévoyantes Socialistes et de la Mutualité Socialiste-Solidaris



# GLOSSAIRE

- **Acteur de terrain/acteur ressource** : toutes les personnes habitant la ZAP ou ayant une bonne connaissance de celle-ci et/ou de la thématique cancer du sein (femme du public-cible, commerçant, médecin, assistant social, etc.).
- **Comité local (FPS)** : les FPS sont composées de 11 régionales. Plusieurs comités locaux sont rattachés aux régionales (au total, environ 200 comités locaux pour l'ensemble des 11 régionales). Ce sont des groupes de femmes militantes, bénévoles qui organisent/participent aux activités dans les domaines d'action des FPS.
- **Public-cible** : affiliées à la Mutualité Socialiste âgées de 50 à 69 ans et habitant la ZAP.
- **Logement de petit confort** : pour mesurer le niveau et la qualité de vie, l'INS a créé quatre catégories de confort de logement : sans confort (logements n'ayant pas le petit confort), petit confort (logements équipés d'eau courante, WC intérieur au logement et salle de bain), moyen confort (petit confort et chauffage central); grand confort (moyen confort, cuisine ( $\geq 4 \text{ m}^2$ ), téléphone et voiture).

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

- AIM** : Agence Inter Mutualiste.  
**BIM** : Bénéficiaire de l'intervention majorée.  
**CLPS** : Centres Locaux de Promotion de la Santé.  
**CSD** : Centrale de Service à Domicile. C'est un service de la Mutualité Socialiste-Solidaris.  
**DP** : Diagnostic partagé.  
**GLEM** : Groupe local d'évaluation médicale.  
**GP** : Groupe de pilotage.  
**MD** : Mammographie diagnostique. C'est le dépistage « classique » du cancer du sein. Il est accessible, sur prescription médicale, à toutes les femmes qui présentent un problème au sein et/ou qui souhaitent faire un dépistage. 80% des MD sont suivies d'une échographie et s'appellent alors bilan sénologique.  
**MM** : Maison médicale.  
**MT** : Mammotest. Examen de dépistage du cancer du sein réalisé, tous les 2 ans, dans le cadre du programme organisé de dépistage du cancer du sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Il est gratuit et à destination des femmes de 50 à 69 ans. Dans ce rapport nous parlerons de programme organisé pour désigner cette filière de dépistage et de dépistage individuel lorsqu'il est fait en dehors du programme.  
**PCS** : Plan de Cohésion Sociale.  
**ZAP** : Zone d'Action Prioritaire.

# TABLE DES MATIÈRES

GLOSSAIRE .....	4
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	11
<b>1. CONTEXTE ET ORIGINE DE LA DÉMARCHE .....</b>	<b>15</b>
1. Constats et questionnements à l'origine du projet .....	16
2. Dépistage du cancer du sein : l'action de la Mutualité Socialiste-Solidaris et des Femmes Prévoyantes Socialistes.....	18
3. Variation géographique du taux de dépistage .....	19
4. Les Femmes Prévoyantes Socialistes et la Mutualité Socialiste-Solidaris : missions et structure.....	20
5. Objectifs du projet .....	22
6. Allier santé publique et éducation permanente.....	23
7. La méthode choisie : pourquoi une recherche-action?.....	25
<b>2. MÉTHODOLOGIE.....</b>	<b>27</b>
1. Encadrement du projet .....	28
2. Formation des animatrices .....	30
3. Choix d'une Zone d'Action Prioritaire.....	31
4. Diagnostic partagé.....	32
5. Analyse des diagnostics partagés et proposition de pistes d'action.....	33
6. Actions.....	35
7. Evaluation.....	35
8. Calendrier du projet .....	36
9. Hétérogénéité des démarches de recherche-action.....	37
<b>3. EXPÉRIENCES LOCALES.....</b>	<b>41</b>
1. Wavre-Centre.....	46
1.1. Description de la ZAP .....	46
1.2. Le diagnostic partagé.....	47
1.3. Les actions .....	51
1.4. À retenir de cette expérience .....	54
2. Evere (De Knoop, Centre, Conscience) - Schaerbeek (Helmet, Guido Gezelle).....	58
2.1. Description de la ZAP.....	58
2.2. Le diagnostic partagé .....	59
2.3. Les actions .....	63
2.4. À retenir de cette expérience .....	65

3. Momignies-Centre .....	68
3.1. Description de la ZAP.....	68
3.2. Le diagnostic partagé .....	69
3.3. Les actions .....	71
3.4. À retenir de cette expérience .....	74
4. La Foulerie, Couvin.....	76
4.1. Description de la ZAP .....	76
4.2. Le diagnostic partagé.....	77
4.3. Les actions.....	82
4.4. À retenir de cette expérience .....	86
5. Sainte-Marguerite, Liège.....	90
5.1. Description de la ZAP .....	90
5.2. Le diagnostic partagé .....	91
5.3. Les actions .....	98
5.4. À retenir de cette expérience .....	100
6. Chaussée de Mons, Ath .....	106
6.1. Description de la ZAP.....	106
6.2. Le diagnostic partagé.....	107
6.3. Les actions .....	109
6.4. À retenir de cette expérience.....	110
7. Mont-à-Leux, Mouscron.....	112
7.1. Description de la ZAP .....	112
7.2. Le diagnostic partagé.....	113
7.3. Les actions.....	116
7.4. À retenir de cette expérience.....	117
8. Trois autres projets .....	120
Saint-Hubert, Nord et Centre .....	120
Carnières-Centre.....	121
Mons-Centre .....	122
<b>4. BILAN DES EXPÉRIENCES .....</b>	<b>125</b>
1. Choix de la Zone d'Action Prioritaire.....	126
2. Diagnostic partagé .....	128
3. Actions .....	139
3.1. Mise en place des actions.....	139
3.2. Promotion des actions.....	141
3.3. Participation du public .....	141
4. Constats et succès des actions.....	145
5. Difficultés rencontrées .....	147
6. Quelle action pour quoi ? .....	149

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS .....	153
Des difficultés au-delà de toute attente.....	155
Avantages d'une recherche-action.....	156
Pistes d'amélioration .....	158
1. Des discours simples mais ne cachant ni la complexité ni les incertitudes .....	159
2. Davantage d'implication des médecins généralistes.....	159
3. Améliorer divers aspects du programme mammothest	160
4. Créativité dans les démarches, inventivité, adaptations locales.....	161
5. Peut-on / doit-on mettre en place des actions spécifiques « dépistage du cancer du sein » à destination de publics vivant des situations de précarité ? .....	162
6. Articulation entre terrain et santé publique .....	164
ANNEXES.....	165
Table des annexes .....	257

# INTRODUCTION

Le cancer du sein constitue chez la femme la première cause de décès par cancer et son traitement est souvent lourd de conséquences, tant physiquement que psychologiquement. Un diagnostic précoce permet dans la majorité des cas un traitement moins agressif et un pronostic plus favorable qu'en cas de prise en charge tardive. Nous disposons de moyens de dépistage intéressants, avant tout la mammographie. La Fédération Wallonie-Bruxelles propose même à toutes les femmes entre 50 et 69 ans de participer gratuitement tous les deux ans à un programme de dépistage systématique, le « Mammotest ».

Les conditions semblent donc réunies pour qu'un maximum de femmes bénéficient d'un suivi régulier et de qualité de la santé de leurs seins.

Pourtant, jusqu'à ce jour, environ 40 % des femmes concernées ne participent à aucune forme de dépistage du cancer du sein ! Le mammotest a lui-même bien du mal à s'imposer, malgré sa gratuité, puisqu'il ne convainc que 10% des femmes ! Le dépistage opportuniste, payant, combinant généralement mammographie et échographie, reste le choix le plus largement posé par les femmes qui se font dépister. Non recommandé scientifiquement pour les femmes sans risque particulier, non contrôlé systématiquement, il est inutilement coûteux pour la sécurité sociale.

En plus de ces données globales, on constate une disparité du taux de couverture principalement liée au facteur socio-économique et à l'âge : dans la pratique, ce sont en effet les femmes des milieux les plus défavorisés ainsi que les femmes les plus âgées qui sont les moins dépistées.

La Mutualité Socialiste-Solidaris soutient la campagne de dépistage du cancer du sein par mammotest depuis son lancement.

Face à ces constats de relatif insuccès du mammothest, du faible taux global de participation des femmes à l'une ou l'autre forme de dépistage et plus encore de l'inégalité sociale de santé que représente le différentiel négatif de participation des milieux précaires, la Mutualité Socialiste a décidé de s'engager d'avantage encore sur cette problématique.

Mouvement féministe poursuivant avant tout des objectifs de justice sociale et d'émancipation des femmes de tous milieux socioéconomiques et culturels, les Femmes Prévoyantes Socialistes mènent aussi des actions dans le domaine de la santé des femmes, dans une approche d'éducation permanente. La problématique de l'accès au dépistage du cancer du sein et les difficultés de participation des femmes vivant l'une ou l'autre forme de précarité rentrent parfaitement dans le cadre de leurs missions.

Le présent rapport relate de manière détaillée la recherche-action menée par la Mutualité Socialiste-Solidaris (Direction Médicale, Direction Etudes et Service Promotion de la Santé) et par les Femmes Prévoyantes Socialistes (secrétariat général et antennes régionales).

Cette action a également pour cadre de renforcer encore le rôle de promoteur de la santé de la Mutualité Socialiste-Solidaris (actions de terrain, empowerment, lutte contre les inégalités sociales de santé, etc.), d'acteur de prévention, d'acteur social et politique (relais des problèmes de terrain, analyse et recommandations) et de gestionnaire de l'assurance maladie-invalidité (promotion du mammothest, dépistage organisé permettant l'évaluation, réduction des coûts pour la sécurité sociale).

La première partie rappelle le contexte et l'origine de la démarche.

La deuxième en explique les grandes étapes méthodologiques, sa structure commune aux expériences régionales et les particularités locales.

La troisième partie, la plus longue, décrit, pour chacune des expériences locales, les caractéristiques de la zone d'action prioritaire (ZAP) choisie, les moyens mis en œuvre pour le diagnostic partagé (recherche participative sur les freins au dépistage et sur les ressources locales mobilisables), les résultats de ce diagnostic, les actions mises en place en cohérence avec le diagnostic et quelques éléments d'évaluation. La partie quatre tente de dresser un bilan globalisé de ces initiatives locales.

Conclusions et recommandations constituent la cinquième partie du présent rapport. Y sont notamment reposées les questions fondamentales suivantes :

- transférabilité des actions du local vers le général ;
- transférabilité de la démarche de recherche-action pour d'autres thématiques ;
- difficultés de toucher et de mobiliser les publics et spécifiques (femmes de 50 à 69 ans, précarité)

Les annexes reprennent les documents utilisés dans les divers projets (lettres d'invitation, publicités, supports de présentation, etc.)



# 1. CONTEXTE ET ORIGINE DE LA DÉMARCHE

# 1. Constats et questionnements à l'origine du projet

Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Une femme sur neuf en est atteinte à un moment de sa vie.

Mais les traitements du cancer du sein ont énormément progressé. S'il est détecté suffisamment tôt, les chances de guérison sont importantes et le traitement peut être moins lourd.

Les causes de cette maladie étant multiples et difficilement isolables, le dépistage reste actuellement un des moyens recommandés de lutte contre le cancer du sein.

## Recommandations et controverse

Les experts de l'Europe contre le cancer recommandent aux Etats-Membres d'organiser un programme de dépistage du cancer du sein à destination des femmes de 50 à 69 ans.

Ils estiment qu'un taux de dépistage de 70% permettrait une réduction de la mortalité par cancer du sein de 30%.

Malgré ces recommandations, le programme de dépistage organisé ne fait pas l'unanimité. Les études à la base des recommandations sont régulièrement remises en cause et les résultats qu'il génère alimentent le débat.

La principale critique adressée actuellement au dépistage de masse (à l'ensemble des programmes, et pas uniquement en Belgique<sup>1</sup>) porte sur le sur-diagnostic et le sur-traitement qu'il engendre. Le dépistage permet de détecter des cellules anormales mais pas de dire si la tumeur évoluera en cancer. Il détecte parfois des tumeurs qui n'auraient jamais eu d'incidence sur la santé de la patiente et engendre donc des traitements inutiles.

<sup>1</sup> Les critiques adressées au programme belge sont par exemple qu'il ne s'adresse qu'aux femmes de 50 à 69 ans, que la radiographie n'est pas suivie automatiquement d'une échographie, etc. Consultez l'argumentaire de la Mutualité Socialiste-Solidaris sur : [www.mutsoc.be/Mutsoc/Theme/mammotest.htm?WBCMODE=chrhmnacdjsse](http://www.mutsoc.be/Mutsoc/Theme/mammotest.htm?WBCMODE=chrhmnacdjsse)

## Le programme du dépistage du cancer du sein en Fédération Wallonie-Bruxelles

La Fédération Wallonie-Bruxelles a mis en place, depuis 2002, un programme de dépistage organisé du cancer du sein à destination des femmes de 50 à 69 ans. Elles sont invitées personnellement par courrier, tous les deux ans, à effectuer gratuitement un dépistage.

Sur base des prescriptions européennes, le programme définit des critères pour assurer la qualité et l'efficacité du dépistage : contrôle de qualité à différents niveaux (procédure, appareils, techniciens, radiologues), double lecture des radiographies, enregistrement du suivi et des résultats pour l'évaluation du programme.

Selon le septième rapport de l'Agence InterMutualiste (AIM), le taux de dépistage (programme organisé et dépistage individuel confondus) en Wallonie reste faible : 56% pour la période 2006-2007 (61% pour l'ensemble de la Belgique, 54% pour Bruxelles et 65% pour la Région flamande). Si l'on se limite à la participation au programme en lui-même (uniquement les dépistages via le mammotest et pas le dépistage individuel), la couverture wallonne baisse à 10% (32% pour la Belgique, 9,6% pour Bruxelles, et 44% pour la Flandre).

Le dépistage organisé du cancer du sein ne remporte donc pas un franc succès en Belgique, surtout en Wallonie et à Bruxelles. L'AIM a également mis en évidence que 24% des Belges (26% pour la Wallonie) n'ont effectué aucun dépistage en 6 ans.



## 2. Dépistage du cancer du sein : l'action de la Mutualité Socialiste- Solidaris et des Femmes Prévoyantes Socialistes

La Mutualité Socialiste-Solidaris et les Femmes Prévoyantes Socialistes soutiennent le programme de dépistage de la Fédération Wallonie-Bruxelles depuis le début. En effet, s'il ne constitue pas LA « solution parfaite » qui résoudrait tous les problèmes, nous sommes convaincus qu'il peut donner à un maximum de femmes un maximum de chances de ne pas être confrontées à une forme trop grave de cancer.

Le fait que le taux de dépistage soit moins important auprès des femmes des milieux populaires et précaires nous incite d'autant plus à soutenir le programme de la Fédération Wallonie-Bruxelles car ce dépistage, par sa gratuité, tente de donner accès à toutes les femmes à cette ressource de santé.

C'est pourquoi nous avons développé dès 2010 un projet sur le dépistage du cancer du sein. La recherche-action présentée dans ce rapport fait partie de ce projet plus large qui comprenait trois volets :

- un colloque intitulé « Dépistage du cancer du sein en Communauté française : quelle participation ? » organisé par les FPS et les Mutualités Socialistes-Solidaris le 5 octobre 2010.<sup>1</sup>
- une étude quantitative sur les freins et leviers au dépistage du cancer du sein menée par les FPS en collaboration avec le CRIOC, la Direction médicale et la Direction Etudes de l'Union Nationale des Mutualités Socialistes. Les résultats de l'enquête ont été présentés au colloque du 5 octobre 2010 et l'étude a été publiée en novembre 2010.<sup>2</sup>
- une recherche-action menée par les FPS et les Mutualités Socialistes-Solidaris. Elle s'est déroulée de janvier 2010 à novembre 2011. C'est le projet présenté dans ce rapport.



<sup>1</sup> Les actes du colloque sont téléchargeables sur le site internet des FPS : [www.femmesprevoyantes.be/SiteCollectionDocuments/Actes\\_colloques\\_depistage\\_cancer.pdf](http://www.femmesprevoyantes.be/SiteCollectionDocuments/Actes_colloques_depistage_cancer.pdf)

<sup>2</sup> L'étude est téléchargeable sur le site internet des FPS : [www.femmesprevoyantes.be/SiteCollectionDocuments/Etude\\_FPS-CRIOC\\_DCS.pdf](http://www.femmesprevoyantes.be/SiteCollectionDocuments/Etude_FPS-CRIOC_DCS.pdf)

Dans le prolongement des deux autres actions du projet plus large sur le cancer du sein, la recherche-action présentée ici avait pour objet de dégager localement les raisons pour lesquelles si peu de femmes se faisaient dépister et de trouver des solutions localement adéquates pour toucher celles qui ne participent à aucun dépistage, afin de leur donner toutes les clés leur permettant de décider d'y participer - ou non - en connaissance de cause.

## 3. Variation géographique du taux de dépistage

La Direction Etudes de l'UNMS a réalisé un travail exploratoire sur la couverture de dépistage du cancer du sein. Les tableaux de bord réalisés par la Direction Etudes permettent de déterminer des quartiers où le nombre de femmes participant au dépistage est anormalement bas.

L'analyse a été réalisée sur base du découpage en quartiers statistiques établi par l'Institut National des Statistiques. Selon la définition de l'INS, un quartier statistique est une unité territoriale fonctionnelle en termes épidémiologiques. Ces quartiers présentent une certaine homogénéité socio-culturelle et regroupent généralement 700 à 1000 personnes.

Sur base de ces quartiers statistiques, le service études de l'UNMS a identifié des Zones d'Action Prioritaires (ZAP) potentielles selon deux critères :

- les quartiers où le dépistage est le moins pratiqué
- et, parmi ceux-ci, ceux dont l'échantillon de femmes de la tranche d'âge concernée et affiliées à la Mutualité Socialiste atteint au moins le nombre de 100 (dans les zones rurales où il était difficile de maintenir cette limite en raison de la faible densité de population, la sélection a été faite sur la base de 50 affiliées).

Le taux de dépistage a été calculé à partir des données des Mutualités Socialistes-Solidaris pour les années 2007-2008. C'est le résultat du nombre d'affiliées âgées de 50 à 69 ans qui ont effectué un dépistage en 2007 ou 2008 sur le nombre de femmes affiliées âgées de 50 à 69 ans.

La Direction Etudes a également mis en évidence que les quartiers à plus faible taux de dépistage sont ceux qui comptent les publics les plus précaires (davantage de BIM et de logements de petit confort).

Parmi la sélection de quartiers à faible taux de dépistage, les dix régionales FPS ont choisi des Zones d'Action Prioritaires sur lesquelles, après une analyse de la situation, elles ont développé des actions à destination du public.

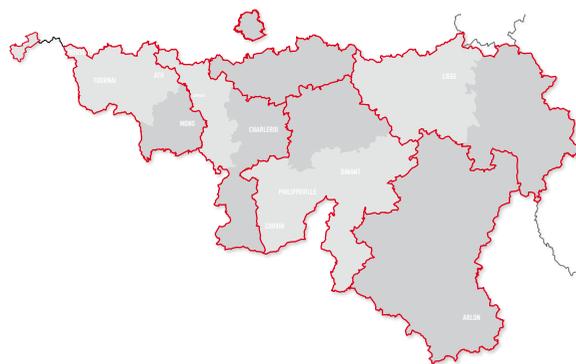
## 4. Les Femmes Prévoyantes Socialistes et la Mutualité Socialiste-Solidaris : missions et structure

Le choix de mettre en place un tel projet est inhérent aux missions des FPS et de la Mutualité Socialiste-Solidaris. Sa conception est également fonction de la structure et du fonctionnement des institutions qui le portent.

### La Mutualité Socialiste-Solidaris

Les missions de base de la Mutualité Socialiste-Solidaris sont le paiement des indemnités d'incapacité de travail et le remboursement des soins de santé, la gestion de l'assurance complémentaire, le conseil aux affiliés ainsi que la prévention et la promotion de la santé.

Dans son projet d'entreprise, l'UNMS, outre sa volonté de rester un gestionnaire incontournable de l'assurance maladie-invalidité, entend mettre l'accent sur son rôle d'acteur social et politique ainsi que renforcer son travail de service et d'information auprès des affiliés.



<sup>1</sup> Depuis le 1/1/2012, les mutualités de Mons-Borinage et du Hainaut-Occidental ont fusionné pour former Solidaris Mons-Wallonie picarde. Les mutualités du Centre et Soignies et de Charleroi ont fusionné pour former Solidaris-Mutualités du Centre, Charleroi et Soignies. Dans les chapitres 1 et 2, nous parlerons de la Mutualité Socialiste-Solidaris qui rassemble toutes les mutualités et l'UNMS. Dans les chapitres 3 et 4, nous utiliserons les noms en vigueur au moment du projet.

<sup>2</sup> Décret relatif au soutien de l'action associative dans le champ de l'éducation permanente du 17 juillet 2003.

Pour la partie francophone du pays, les Mutualités Socialistes-Solidaris comprennent l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) et sept Mutualités (Brabant wallon ; Brabant ; Centre, Charleroi et Soignies ; Mons-Wallonie picarde ; Namur ; Liège et Luxembourg)<sup>1</sup>.

### Les Femmes Prévoyantes Socialistes

Les FPS sont un mouvement féministe qui milite et porte des revendications pour une société plus égalitaire. En tant qu'a.s.b.l. de la Mutualité Socialiste-Solidaris, les FPS mènent des actions et militent contre les inégalités de santé. La mission des FPS se scinde en deux grands pôles : l'égalité entre les femmes et les hommes et plus précisément « structurer un mouvement de promotion des femmes de milieux populaires et en être l'expression politique » et la promotion de la santé.

L'a.s.b.l. est reconnue par la Fédération Wallonie-Bruxelles comme mouvement d'éducation permanente.<sup>2</sup>

L'éducation permanente est fondée sur une visée d'émancipation individuelle et collective : les personnes et groupes vivant des situations de domination sociale (liées à l'origine sociale, au sexe, à l'âge, etc.) sont en capacité d'agir sur ces situations, et, contribuent ainsi à la dynamique de transformation du projet démocratique.

Par la prise de conscience, la connaissance critique des réalités sociales et la mise en œuvre de changements individuels et collectifs, l'éducation permanente vise le renforcement de la citoyenneté active des adultes, citoyenneté étant entendue comme participation pleine et entière à tous les aspects de la vie en société (vie sociale, économique, politique, culturelle, etc.).

Dans leur mission de promotion de la santé, les FPS visent l'amélioration des déterminants de santé. Leurs projets visent d'une part à créer les conditions d'une meilleure prise en charge par les citoyen-ne-s de leur santé en affirmant la santé comme droit fondamental, individuel et collectif ; d'autre part à influencer sur les politiques de santé au plan local ou global et à améliorer par là le bien-être, la qualité de vie et l'égalité sociale.

Le mouvement comprend un secrétariat général et onze régionales (Brabant Wallon ; Centre et Soignies, Charleroi, Namur Antenne Sud, Liège, Luxembourg, Mons-Borinage, Namur, Tournai-Ath-Mouscron, Verviers).

Le secrétariat général est chargé de la coordination des régionales pour ce qui concerne les activités d'éducation permanente. Il dispose également d'un service étude qui traite toutes les questions de fond relatives aux objectifs du mouvement.

Les régionales FPS sont reliées à une Mutualité Socialiste-Solidaris. Chaque régionale emploie un-e ou plusieurs animateur-trices chargé-es de mettre en place des actions de terrain dans le domaine de la citoyenneté, de l'égalité homme-femme et de la santé.

Ces régionales coordonnent plusieurs comités locaux. Ces comités sont à la fois un appui local pour la régionale et en sont la base constituante. Ils regroupent des bénévoles, volontaires et militantes, qui participent aux actions et animations organisées par la régionale (des représentant-e-s de des bénévoles participent à la gestion et à la définition des orientations de la régionale). Au total des onze régionales, les FPS comptent plus de 200 comités locaux ou groupes à projet.



La première phase du projet poursuivait les objectifs opérationnels d'établir, régionalement, avec des femmes, des professionnels du terrain et d'autres ressources des quartiers concernés, des diagnostics partagés tendant à expliquer les freins et leviers localement pertinents à la participation des femmes au Mammotest et à proposer des pistes d'actions localement adaptées pour l'améliorer.

Les objectifs opérationnels de la seconde phase consistaient en la mise en place de ces actions spécifiques.

### *Expérimentation et modélisation d'une méthode d'action*

Au-delà de l'exposition des projets réalisés et de leur intérêt pour contribuer à l'augmentation du taux de dépistage du cancer du sein, ce projet est également une expérience innovante pour les FPS et la Mutualité Socialiste-Solidaris. L'un des objectifs du projet est d'expérimenter une méthodologie et de la formaliser pour l'utiliser dans d'autres projets de santé.

Dans ce rapport nous analyserons donc notre démarche et dégagerons des pistes d'action et des écueils à éviter dans la mise en place de tels projets locaux de santé.

## 5. Objectifs du projet

### *Dépistage du cancer du sein*

Le projet de recherche-action « ZAP - Dépistage du cancer du sein » constituait une des actions mises en œuvre par la Mutualité Socialiste-Solidaris, ses Fédérations et son Secteur Associatif, pour tendre vers l'objectif de santé publique d'une participation d'au moins 70 % des femmes de 50 à 69 ans au dépistage du cancer du sein.

Nous avons souhaité intégrer ce projet dans la démarche d'éducation permanente des FPS et avons formulé en ce sens l'objectif de donner aux femmes concernées par le programme de dépistage du cancer du sein, en particulier de milieux précarisés, un maximum de chances de pouvoir décider, en connaissance de cause, de participer ou non à une forme de dépistage du cancer du sein.

## 6. Allier santé publique et éducation permanente

Cette recherche-action se situe au croisement d'une logique de santé publique, de promotion de la santé et d'éducation permanente. Le choix d'objectifs communs à la Mutualité Socialiste et aux FPS a suscité pas mal de débats lors de la conception du projet pour concilier ces trois aspects.

L'objectif premier de la Mutualité Socialiste-Solidaris était de participer à l'objectif de santé publique d'augmentation du taux de dépistage du cancer du sein.

Les FPS souhaitaient par ailleurs inscrire le projet dans une démarche d'éducation permanente.

Mutualité Socialiste-Solidaris et des FPS, en tant que mouvement mutualiste, ont une mission commune de promotion de la santé qu'elles souhaitaient poursuivre dans ce projet.

La définition des objectifs et la méthodologie du projet a donc tenu compte de ces trois dimensions.

Un des intérêts majeurs de la démarche d'éducation permanente est de proposer une approche qui vise à rendre les personnes actrices de leur vie, de leurs comportements et de leur santé, à les outiller pour comprendre les informations, les réfléchir et les intégrer dans leur façon de penser le monde et pour prendre les décisions qui leur semblent les plus pertinentes en connaissance de cause. L'éducation permanente invite également les publics à agir sur leur environnement pour une meilleure qualité de vie et davantage d'équité.

Cette approche est extrêmement proche de l'« empowerment » - prise en charge de l'individu par lui-même, renforcement du pouvoir de dire et d'agir - qui constitue un des cinq axes stratégiques de la Promotion de la santé (Charte d'Ottawa). Trois autres axes stratégiques (le renforcement de l'action collective, l'amélioration des environnements de vie et l'amélioration des politiques) ont également de nombreuses et amples intersections avec la démarche d'éducation permanente.

L'apparente contradiction entre l'objectif de santé publique de « faire davantage participer les femmes au dépistage » et l'objectif d'éducation permanente de « les outiller pour mieux décider » est relative et porte avant tout sur les moyens et méthodes mis en œuvre.

## 7. La méthode choisie : pourquoi une recherche-action ?

---

Nous avons opté pour une méthodologie que nous qualifions de « recherche-action » : par une démarche de recherche en sciences humaines nous étudions et produisons des connaissances sur une problématique ; sur base de ces connaissances, nous proposons des actions concrètes pour tendre vers nos objectifs ; le suivi et l'évaluation de ces actions de terrain vient « boucler la boucle » en alimentant le volet recherche qui, comme dans un mouvement de spirale, permet de réorienter les actions de terrain...

La dimension incontournable de notre recherche-action est de s'inscrire dans un cadre participatif. En effet, nous avons tenté au maximum de partir des discours et du vécu des acteurs de terrain et des femmes du public-cible pour produire les connaissances sur la problématique. Nous avons également tenté de mettre en place, avec leur appui, des actions répondants à leurs besoins. Cette démarche participative impliquait donc d'associer les divers acteurs, y compris les femmes, au plus tôt dans la conception du projet.

Le choix de ce type de recherche est lié à notre fonctionnement et à notre structure qui nous offrent un ancrage et une certaine légitimité sur le terrain. Les Mutualités Socialistes-Solidaris ont plusieurs bureaux locaux bien identifiés par la population et proches d'elle. Dans chaque fédération, la mutualité dispose d'un Service Social et d'une Centrale de Service à Domicile (CSD : aide familiale, aide-ménagère, infirmière, garde malade, ergothérapeute). Pour les FPS, ce sont les comités locaux mais aussi les centres de planning familial, les OISP, les écoles de promotion sociale, qui remplissent ce rôle de proximité. Tous ces services sont autant de possibilités de partenariats et de relais sur le terrain pour ancrer notre projet dans la réalité locale. Ce réseau nous donne donc un avantage dans la dimension participative de la recherche-action.



## 2. MÉTHODOLOGIE

Structure méthodologique commune  
et adaptations locales

Ce projet de recherche-action est à l'initiative de la Direction médicale, de la Direction Etudes et du Service Promotion de la Santé de l'UNMS et du Secrétariat général des FPS avec la collaboration des Fédérations de la Mutualité Socialiste-Solidaris et des régionales FPS. Il constitue un seul et même projet mais décliné selon les particularités et opportunités locales. Nous avons dès lors opté pour une méthodologie de base commune à tous les projets puis, en fonction des réalités de terrain, des éléments méthodologiques ont pu être adaptés localement.

## 1. Encadrement du projet

### *Comité de réflexion*

Comme nous l'avons mentionné plus haut, cette recherche-action faisait partie d'un projet plus large des FPS et de la Mutualité Socialiste-Solidaris sur le dépistage du cancer du sein pour lequel un comité de réflexion a été constitué. Les membres du comité qui ont encadré l'ensemble des projets étaient :

- Dr. Pierre Baldewyns, Service Promotion de la Santé de l'UNMS
- Dr. Michel Boutsen, Direction Etudes de l'UNMS
- Dr. Valérie Fabri, Direction médicale de l'UNMS
- Sarah Hibo, Service Etudes des FPS
- Sylvie Pinchart, Secteur socio-culturel des FPS
- Dominique Plasman, Directrice du secteur associatif de l'UNMS et Secrétaire générale des FPS
- Inge Robyn, Service Presse Communication de l'UNMS
- Joëlle Sambi Nzeba, Service Communication des FPS

### *Conception du projet et accompagnement méthodologique*

Le projet, son calendrier et sa structure méthodologique ont été définis par le Secrétariat général des FPS et le service

Promotion santé de l'UNMS.

Chaque régionale FPS souhaitant participer au projet a choisi une animatrice qui piloterait le projet pour la régionale. Durant tout le projet, les pilotes régionales ont été encadrées au niveau méthodologique par le comité d'accompagnement national (Dr Pierre Baldewyns, coordinateur du service Promotion de la Santé de l'UNMS; Sarah Hibo, chargée d'études au secrétariat général des FPS et Sylvie Pinchart, responsable du secteur socioculturel des FPS). Cet encadrement s'est effectué à travers le travail mené en groupe de travail national (cf. ci-dessous) et/ou selon les besoins et les étapes du projet, de façon individuelle.

### *Groupe de travail national*

Les animatrices pilotes du projet régional étaient invitées à se réunir environ tous les mois avec le comité d'accompagnement national pour évoluer ensemble dans le projet.

Ce groupe de travail national a réuni :

- Dr. Pierre Baldewyns, coordinateur du service Promotion de la Santé de l'UNMS
- Dominique Baudart, animatrice FPS de Liège (Espace Santé)
- Samira Bouguerra, animatrice FPS de Tournai-Ath-Mouscron
- Christine Duroy, animatrice FPS de Luxembourg
- Anne Gérard, animatrice FPS du Brabant Wallon
- Sarah Hibo, chargée d'études au secrétariat général des FPS
- Natacha Lange, coordinatrice d'Espace Santé, FPS de Liège
- Caroline Lembourg, animatrice FPS de Mons
- Maria Liégeois, coordinatrice des FPS de Tournai-Ath-Mouscron
- Marina Massart, animatrice FPS de Charleroi
- Daphné Meersman, animatrice FPS de Tournai-Ath-Mouscron
- Sandrine Mouthuy, animatrice FPS de Namur Antenne Sud
- Sylvie Pinchart, responsable du secteur socioculturel des FPS
- Patricia Seront, animatrice FPS de Bruxelles

Trois personnes ont également participé au groupe de travail national :

- Alice Lamandé, stagiaire aux FPS, d'avril 2010 à août 2010
- Anne Lemaire, animatrice FPS de Centre et Soignies, jusque juin 2011
- Leslie Lion, animatrice FPS de Centre et Soignies, depuis septembre 2011



## 4. Diagnostic partagé

Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, ce projet a accordé une grande importance à la dimension participative. Nous avons dès lors choisi une méthodologie qui permette au maximum d'associer la population concernée à notre recherche et ce, dès la mise en place du projet.

Tout en gardant un rôle de catalyseur du projet, les animatrices ont tenté d'entrer sur le terrain sans idée préconçue, en cherchant à s'imprégner au maximum de ce qu'elles ont observé sur le terrain, du discours des acteurs, etc. Nous sommes partis du présupposé que les acteurs de terrain détenaient les connaissances sur la problématique, qu'ils étaient les mieux placés pour aider à identifier, comprendre l'objet d'étude et ses enjeux et que c'était également eux qui allaient, ou non, en ouvrir l'accès.

### Rencontres avec les acteurs

Dans la phase de diagnostic, la pilote ou un autre membre du groupe pilote a rencontré individuellement ou collectivement différentes catégories d'acteurs :

- des **acteurs ressources « spécifiques »** : acteurs faisant partie de la population de la ZAP et ayant une expertise spécifique en lien avec le projet. Certains pouvaient éventuellement devenir membres du Groupe de pilotage.  
*Ex : assistante sociale, aide familiale, infirmière, médecin, pharmacien, commerçants, etc.*
- des **acteurs ressources « population »** dont l'expertise est simplement liée à leur appartenance à la population de la ZAP. Certains d'entre eux pouvaient aussi être membres du Groupe de pilotage. *Ex : habitant-e-s.*
- des **actrices ressources concernées** : femmes de 50 à 69 ans habitant la ZAP.
- des **acteurs ressources externes** (hors ZAP).  
*Ex : travailleurs du CLPS, CPAS, guichetier mutualité, etc. ne travaillant pas directement sur la ZAP.*

Le but du diagnostic était de recueillir la parole de ces « acteurs ressources » au sujet des freins au dépistage et/ou plus largement de la vie sur le quartier.

### Constitution d'un groupe de pilotage

Pour que la recherche-action ait un maximum de chances d'avancer comme explications de la faible participation des hypothèses en phase avec les réalités de la ZAP et de dégager des pistes d'actions innovantes et adaptées, il fallait que la pilote du projet puisse compter sur la participation de certains acteurs clés.

Le groupe de pilotage a rassemblé les acteurs qui, sous la coordination de l'animatrice FPS régionale, ont concrètement fait avancer le projet.

Ces membres devaient s'engager dès le début à participer à des réunions relativement fréquentes, à faire des propositions, à prendre des initiatives, à aider à rédiger les rapports, etc. en fonction des besoins et des possibilités de chacun.

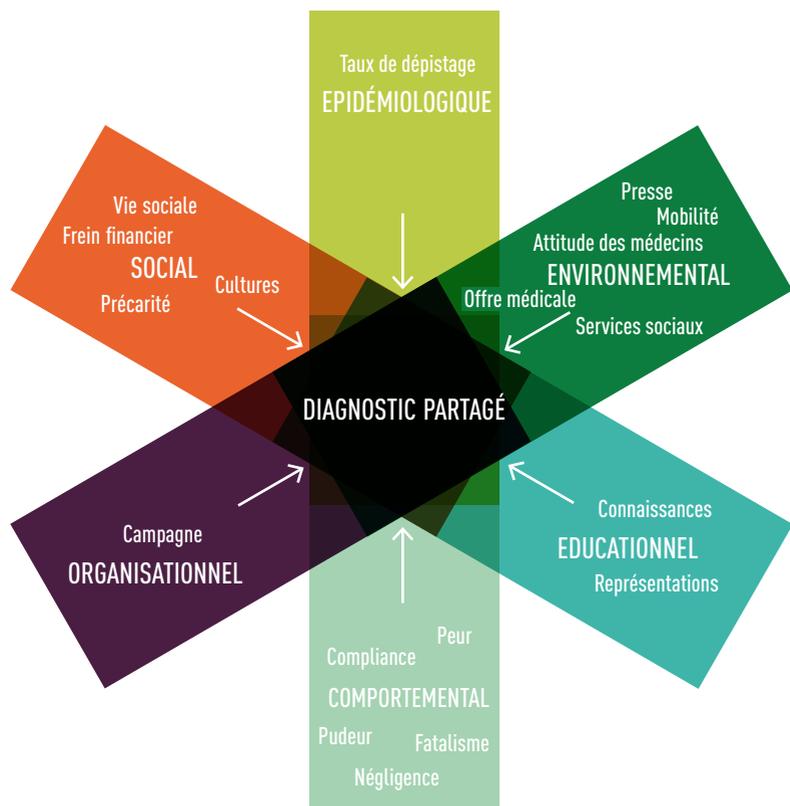
La composition du groupe de pilotage était particulière à chaque projet régional, mais il devait compter au minimum des actrices ressources concernées (femmes d'un comité local, par exemple).

Le groupe de pilotage devait rester constitué jusqu'à la fin du projet (fin 2011). Il avait pour tâche de réaliser le diagnostic partagé, contribuer à la construction des modes d'intervention selon les ZAP ainsi qu'à l'évaluation des actions.

## 5. Analyse des diagnostics partagés et proposition de pistes d'action

Nous nous sommes inspirés de la méthode *precede-proceed*® pour structurer les données récoltées. Ce modèle de planification est basé sur les disciplines de l'épidémiologie, des sciences sociales, comportementales et de l'éducation.

Les comportements, l'éducation, l'environnement, le cadre organisationnel, les variables sociodémographiques et épidémiologiques sont autant de déterminants d'une problématique de santé que cet outil permet de catégoriser.



En fonction des différents diagnostics, des pistes d'actions ont émergé. Elles n'impliquaient pas nécessairement l'ensemble des acteurs. Certaines pistes d'actions pouvaient, par exemple, davantage être mises en place par les pouvoirs publics alors que d'autres étaient plus directement du ressort des animatrices régionales.

Cette approche a permis, à partir d'une analyse de situation la plus exhaustive possible, d'identifier l'ensemble de l'action à mener mais aussi les limites de cette action, dans la mesure où tous les déterminants identifiés ne pouvaient être travaillés de la même manière.

## 6. Actions

Sur base du diagnostic partagé, la pilote régionale a émis des pistes d'actions qui ont permis d'apporter une réponse ou une partie de réponse aux problèmes identifiés dans le diagnostic et de participer, plus ou moins, à l'augmentation du taux de dépistage. Les actions à mettre en œuvre ont dû préalablement être validées par le groupe de pilotage et/ou des acteurs de terrain.

L'action a été créée et mise en place par l'animatrice, idéalement, en collaboration avec les acteurs de terrain.

La méthodologie de cette étape était variable selon les projets au niveau de la formulation des pistes d'action et de la validation des actions choisies.

## 7. Evaluation

Lors de la conception du projet, nous avons prévu trois volets à son évaluation.

Une première évaluation de type quantitatif pour mesurer la participation aux actions. Nous avons réalisé un questionnaire que les animatrices devaient remplir ou faire remplir par les participantes. Ce questionnaire permettait d'identifier si la personne appartenait ou non à notre public-cible (adresse, âge) et son parcours de dépistage du cancer du sein.

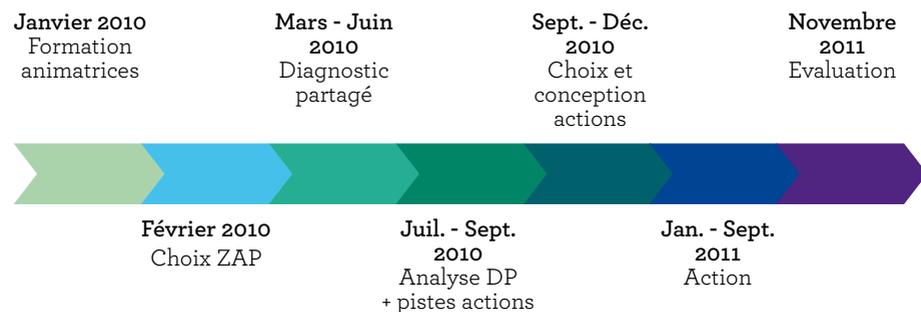
Le deuxième type d'évaluation portait sur le fonctionnement du projet et plus particulièrement, sa méthodologie et les difficultés/opportunités rencontrées par les animatrices dans sa mise en place.

La troisième évaluation avait pour but de mesurer l'impact du projet sur le taux de dépistage du cancer du sein dans les quartiers sur lesquels nous avons travaillé.

Elle sera réalisée en 2013 par la Direction Etudes de l'UNMS. Nous sommes tout à fait conscients qu'une éventuelle augmentation des taux de dépistage ne doit pas automatiquement être imputée à notre projet, que bien d'autres facteurs (par exemple, la campagne de dépistage de la Fédération Wallonie-Bruxelles) peuvent influencer les taux de dépistage ; tout comme une baisse ou un statut quo n'indique pas que le projet n'a eu aucun impact. Mais puisque la Mutualité dispose de ces données et que notre projet s'est, en partie, construit sur base de ses constatations statistiques, il nous semblait intéressant d'observer l'évolution de taux de dépistage de nos ZAP et de les comparer à d'autres quartiers similaires sur le plan socio-économique.

## 8. Calendrier du projet

Cette recherche-action constituait une expérience innovante pour la Mutualité Socialiste-Solidaris et les FPS. Pour mener à bien ce projet et coordonner le travail des différentes régionales participantes, nous avons besoin d'un timing commun. Le projet a débuté en janvier 2010 et s'est clôturé en septembre 2011. L'évaluation du fonctionnement du projet a eu lieu en novembre 2011.



## 9. Hétérogénéité des démarches de recherche-action

Neuf régionales FPS ont participé au projet de recherche-action. La taille des régionales, les moyens dont elles disposent (temps, équipe, ressources, compétences etc.) et les moyens mis en œuvre étaient différents. Les stratégies d'action ont, en partie, été influencées par ces ressources.

A titre d'exemple, la régionale de Bruxelles couvre un territoire très vaste avec deux animateurs qui réalisent des animations sur tous les sujets traités par les FPS. L'animatrice a pu consacrer durant un an et demi, en moyenne, une demi-journée par semaine à la réalisation du projet. A Liège, le projet a été mené par Espace Santé, un service des FPS de Liège qui se consacre uniquement aux questions de santé et dispose de 2 animateurs qui travaillent à temps-plein sur ces questions. De janvier 2010 à juin 2011, l'animatrice en charge du projet, a pu mettre de côté ses autres projets et a travaillé uniquement sur la recherche-action.

## Présentation des équipes régionales en charge du projet ZAP

Régionale FPS	ZAP	Équipe
Brabant wallon	Wavre-Centre	Anne Gérard, Animatrice + aide ponctuelle pour les aspects administratifs
Bruxelles	Evere et Schaerbeek	Patricia Seront, Animatrice
Centre et Soignies	Carnières	Anne Lemaire, Animatrice jusqu'en juin 2011 + Leslie Lion, Animatrice, depuis septembre 2011
Charleroi	Momignies	Marina Massart, Animatrice
Namur Antenne Sud	La Foulérie	Sandrine Mouthuy, Animatrice + supervision par Françoise Dupont, Coordinatrice + aide ponctuelle de Chloé et Aurélie, animatrices FPS
Liège	Ste Marguerite	Dominique Baudart, Animatrice + supervision par Natacha Lange, Coordinatrice + aide ponctuelle pour les aspects administratifs et graphiques
Luxembourg	St Hubert	Christine Duroy, Animatrice
Mons	Mons-Centre	Caroline Lembourg, Animatrice
Tournai-Ath-Mouscron	2 projets : Mont-à-Leux Chaussée de Mons	Samira Bouguerra, Animatrice Daphné Meersman, Animatrice + supervision par Maria Liégeois, Coordinatrice + réalisation d'une partie du diagnostic par Alice Lamandé, stagiaire

### 3. EXPÉRIENCES LOCALES



Ce chapitre a été rédigé sur base des documents compilés par les animatrices tout au long du projet : PV de réunions, PV des rencontres d'acteurs ressources, entretiens avec les femmes, planning de travail, cartes descriptives du quartier, etc.

Nous avons décrit, pour chaque projet, les différentes étapes mises en œuvre par l'animatrice dans la réalisation du projet. Plus particulièrement, nous avons identifié ce qui a conduit au choix de la ZAP en question, nous sommes revenu sur les démarches effectuées pour mener à bien le diagnostic partagé, nous avons repris les principaux éléments dégagés par le diagnostic partagé, et nous avons décrit ce qui a conduit au choix de l'action, comment elle a été mise en place et comment elle s'est déroulée.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, (re)précisons que le temps et les moyens consacrés par la régionale au projet ont varié fortement. Ainsi, nous avons eu des projets plus « importants » parce que la priorité accordée par la régionale au projet et les moyens à disposition ont été supérieurs à certains endroits ; d'autres étaient de plus petite envergure parce que les moyens étaient moindres.

Cette diversité est aussi une richesse car elle permet de pointer la réalité du travail de terrain : lors de la mise en place de projets similaires toutes les conditions sont rarement optimales. Nous aurons dès lors l'opportunité de voir que, malgré l'investissement de la chargée de projet, la réalité de terrain ne correspond pas toujours aux attentes et qu'elle influence les résultats d'une telle démarche.

Les zones d'actions présentées ci-après ont été choisies parmi l'ensemble des quartiers statistiques identifiés par la Direction Etudes de l'UNMS comme ayant un faible taux de dépistage. Toutes les ZAP ont un plus faible taux de dépistage (MT et MD confondus) que la moyenne wallonne. Le taux de dépistage par mammothest est par contre souvent plus élevé que pour la Wallonie. Le tableau ci-dessous présente les taux de dépistage (général, mammothest, mammographie) des zones d'action en 2007-2008.

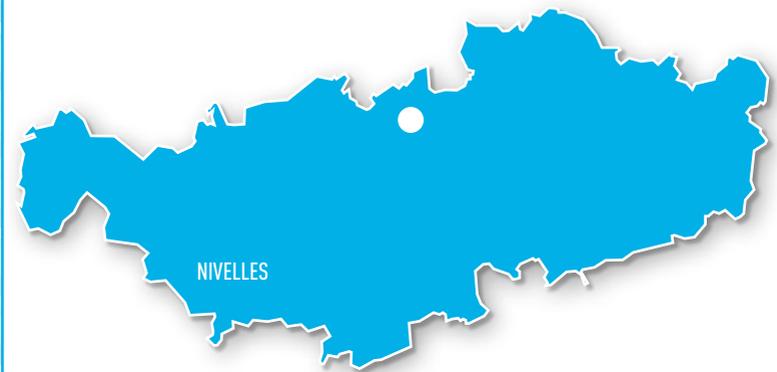
	Affiliées 50-69	Dépistées (MT & MD)		MT	MD		% MT / dépistées	
Belgique <sup>1</sup>	---	61%		30%	31%		49%	
Wallonie <sup>1</sup>	---	56%		9%	47%		16%	
Wavre-Centre <sup>2</sup>	43	19	44%	5	12%	14	32%	26%
Evere & Schaerb. <sup>2</sup>	449	227	50%	47	10%	180	40%	20%
Momignies <sup>2</sup>	59	29	49%	10	17%	19	27%	34%
La Foulerie <sup>2</sup>	64	26	41%	7	11%	19	30%	27%
Ste Marguerite <sup>2</sup>	161	84	52%	13	8%	71	44%	15%
Mont-à-Leux <sup>2</sup>	158	66	41%	25	15%	41	26%	38%
Chée de Mons <sup>2</sup>	196	91	46%	22	11%	69	35%	24%
St Hubert <sup>2</sup>	119	47	39%	20	17%	27	23%	42%
Carnières <sup>2</sup>	80	37	46%	4	5%	33	41%	11%
Mons-Centre <sup>2</sup>	127	60	47%	22	17%	69	54%	36%

<sup>1</sup> Source : 7<sup>ème</sup> rapport de l'AIM, dépistage effectué durant les années 2006 et 2007.

<sup>2</sup> Source : données l'UNMS, dépistage effectué durant les années 2007 et 2008.

Les données présentées ci-dessus (et celles des points « données statistiques » dans les expériences locales qui vont suivre) sont les données de l'UNMS du début du projet. D'autres données seront citées dans ce chapitre. Ce sont celles obtenues par les animatrices FPS via les fédérations de la mutualité pour contacter/inviter les femmes aux actions. Elles diffèrent parfois fortement des données ci-dessus parce que la délimitation du quartier statistique n'est pas toujours identique et/ou que les choses ont changé entre 2006-2007, les données disponibles à l'UNMS au début du projet, et, 2010-2011, la situation au moment des actions (déménagement, changement de mutualité, etc.).

# WAVRE-CENTRE



# 1. Wavre-Centre

## 1.1. Description de la ZAP

La zone d'action choisie pour le Brabant-Wallon est le centre de Wavre. Ce quartier compte de nombreux commerces (vêtements, alimentation, etc.), des banques, divers restaurants, des pharmacies, plusieurs médecins, des associations, des services administratifs, etc.

Les habitants disposent de toutes les facilités au sein du quartier.

Une partie des habitations se trouve au-dessus des vitrines de magasins. Les portes d'entrée de ces logements passent souvent inaperçues. Les immeubles au-dessus des magasins semblent abandonnés.

Les rues sont de styles divers : petite rue de type provençal avec terrasses de restaurants, rue commerçante, mini-ruelles sombres ou rues plus conventionnelles.

Wavre-Centre est un quartier de passage pour beaucoup de personnes de la région désirant faire du shopping ou se restaurer. La journée, le quartier est assez dynamique mais une fois les magasins fermés, le calme prend le relais.

Le centre de Wavre est perçu par les gens de passage comme une ville riche, calme, où il fait bon vivre. Mais ce n'est pas l'avis des habitants qui estiment qu'une fois l'agitation de la journée passée la ville est trop calme et il y a peu de contacts entre les personnes.



<sup>1</sup> Données l'UNMS, dépistage effectué durant les années 2007 et 2008.

<sup>2</sup> 7<sup>ème</sup> rapport de l'AIM, dépistage effectué durant les années 2006 et 2007.



## 1.1.1. Données statistiques

	Wavre-Centre <sup>1</sup>	Wallonie <sup>2</sup>	Belgique <sup>2</sup>
Affiliées 50-69 ans	N = 43	---	---
Dépistées	19 44%	56%	61%
Mammotest	5 44%	9%	30%
Mammo diagn.	14 44%	47%	31%
% MT parmi dépistées	-- 26%	16%	49%

## 1.1.2. Pourquoi cette ZAP?

La régionale a choisi de travailler sur ce quartier parce que le centre de Wavre est une zone un peu atypique. Il est fréquenté par la population aisée en journée (dans les commerces principalement) mais habité majoritairement par des personnes en situation de précarité.

Cette zone d'action a aussi été choisie pour une question de facilité : les bureaux de la régionale FPS se situent à cet endroit, ce qui évite les longs déplacements vers la ZAP. Mais bien que les locaux des FPS se situent sur ce territoire, le mouvement est peu connu de la population et n'a pas de projet en cours sur le quartier. Il apparaissait dès lors important pour la régionale de se faire connaître et pouvoir développer une activité à cet endroit.

## 1.2. Le diagnostic partagé

### 1.2.1. La démarche

En janvier 2011 l'animatrice a rencontré le CLPS de Wavre comme partenaire potentiel du projet et pour créer un répertoire des associations présentes à Wavre et susceptibles d'être partenaires du projet.

Elle a ensuite pris contact individuellement avec les associations du quartier pour leur expliquer le projet et récolter des informations sur la ZAP en vue d'enrichir le diagnostic.

Elle a rencontré : le CPAS, le Centre d'Action Laïque, le Plan de Cohésion Sociale de la ville de Wavre, la maison de l'associatif, Wavre Solidarité, Entraide et Fraternité, Atout santé, Infor Famille, la Ligue des Familles, le Centre de planning et de consultations familiales, la maison médicale.

Il paraissait également important de collaborer avec la CSD, dans la mesure où les aides ménagères et familiales qui se rendent dans ce quartier auraient pu servir de relais auprès des affiliées.

En collaboration avec le CLPS l'animatrice a invité la CSD et les partenaires potentiels du milieu associatif du quartier pour aider à établir un diagnostic partagé et éventuellement recueillir leur adhésion au projet à plus long terme.

La réunion a eu lieu le 9 mai 2011 sur le temps de midi dans les locaux de la CSD. Y ont participé : le CLPS, Wavre Solidarité, Infor Famille, une assistante sociale du CPAS de Wavre et quatre aides familiales de la CSD. Une synthèse du travail réalisé lors de cette séance leur a été envoyée pour validation.

### *Les acteurs impliqués*

L'animatrice n'a pas pu recueillir la participation des associations de Wavre sur le long terme. Leur collaboration s'est limitée à la réalisation du diagnostic partagé.

Le CPAS de Wavre et Infor-Famille, ont collaboré à la réalisation du diagnostic partagé car ils souhaitaient découvrir comment l'associatif du quartier percevait la population. Mais ils n'ont pas souhaité s'investir davantage dans le projet par manque de temps et parce que la thématique ne rentrait pas dans leurs missions.

La collaboration avec les aides familiales de la CSD n'a pas pu être poursuivie car elles ne se rendaient que chez une seule personne du quartier faisant partie de notre public-cible.



Wavre Solidarité (association d'aide aux personnes défavorisées au niveau alimentaire, coût des soins de santé, etc.) a souhaité collaborer davantage. L'animatrice FPS a rencontré la responsable de l'association mais, à l'instar du problème rencontré avec la CSD, il s'est avéré que les personnes ayant recours à leurs services ne correspondaient pas à la tranche d'âge souhaitée. Le partenariat ne s'est donc pas poursuivi.

## 1.2.2. Compte-rendu du diagnostic partagé

### *Diagnostic social*

Il semblerait que l'isolement social soit prépondérant dans ce quartier. La population se sent enfermée.

Cette population est socialement et économiquement défavorisée. Elle se sent étranglée par les loyers élevés et par le fait qu'il n'y a pas suffisamment de logements sociaux.

Les habitants sont en grande partie : des isolés, des primo-arrivants, des personnes âgées, ou des personnes au chômage ou en incapacité de travail.

Parmi le public-cible, 64% habitent un logement de petit confort et 35% ont le statut de BIM.

Wavre-Centre compte plus de femmes que d'hommes et l'on dénombre une importante part de population d'origine étrangère.

Les habitants ne sortent pas beaucoup de chez eux à l'exception de manifestations gratuites ou bien du marché hebdomadaire (le mercredi matin).

### *Diagnostic comportemental*

Beaucoup d'habitants avec des difficultés financières se rendent à la maison médicale « Atout Santé » car les soins sont gratuits.

Les personnes en situation précaire ont tendance à oublier la maladie et à ne pas faire de leur santé une priorité.

Certains habitants éprouvent des difficultés à dépendre des services sociaux : ils ne souhaitent pas faire appel aux aides familiales, c'est parfois la famille qui doit les obliger à accepter cette aide.

## Diagnostic épidémiologique

Le taux de dépistage (MT & MD confondus) est plus faible que la moyenne wallonne (56%) mais les femmes de la ZAP effectuent, en moyenne, plus de mammothest que leurs homologues wallonnes (26% contre 16%).

Parmi notre public-cible (42 affiliées de la Mutualité Socialiste du Brabant wallon âgées de 50 à 69 ans), deux personnes sur trois vivent dans un logement de petit confort, une personne sur trois bénéficie du BIM, une personne sur quatre se trouve en mauvaise santé et la même proportion a un faible niveau de scolarité. Une partie du groupe-cible semble donc vivre dans des conditions précaires.

## Diagnostic éducationnel

Les femmes de la ZAP font plus de mammographies que de mammothests. Elles ne connaissent pas la différence entre les deux examens.

## Diagnostic environnemental

Wavre dispose de toutes les commodités : l'administration communale, la poste, les banques, le CPAS, les divers commerces et restaurants se situent dans le quartier et sont facilement accessibles par la population.

C'est un quartier très fréquenté pour ses commerces par les habitants des villes et villages voisins.

La ZAP dispose également sur son territoire d'une unité agréée de mammographie, de plusieurs médecins (généralistes et gynécologues), de deux maisons médicale, de pharmacies. À proximité de la zone d'action se trouve deux centres de planning familial et un centre de radiographie privé.

En général, les médecins du centre médical de Wavre ne conseillent pas la mammographie. Ils estiment que le mammothest est suffisant. Ils proposent la mammographie si la personne est anxieuse et/ou veut les résultats de suite.

## Diagnostic organisationnel

Il y a une unité de mammographie agréée sur la ZAP mais seul un jour par semaine est réservé au mammothest. Les autres jours sont consacrés à la mammographie.

La maison médicale de Wavre diffuse peu d'informations sur la campagne de dépistage.

### Diagnostic partagé

### Pistes d'action

#### SOCIAL

Peu d'activités à destination de la population et de lieux de rencontre.  
Isolement social et précarité.

*Aller à la rencontre des femmes.  
Donner des pistes pour se soigner moins cher.*

#### COMPORTEMENTAL

La santé n'est pas une priorité.  
Pas envie de dépendre des services sociaux.

---

#### EPIDÉMIOLOGIQUE

Faible taux de dépistage.

*Inciter à se faire dépister.*

#### ENVIRONNEMENTAL

Quartier de passage la journée.  
Centre médical en faveur du mammothest.

---

#### ÉDUCATIONNEL

Manque d'informations sur le dépistage.

*Donner des informations sur le dépistage*

#### ORGANISATIONNEL

Unité de mammographie agréée sur la ZAP.

*La faire connaître*

## 1.3. Les actions

### Choix

Le diagnostic partagé a mis en évidence la précarité et l'isolement social qui règne dans le centre de Wavre. Ce constat couplé à la difficulté de conclure des partenariats pour avancer dans le projet ainsi qu'à la difficulté rencontrée dans les autres projets régionaux d'atteindre les femmes du public-cible, a incité la régionale à choisir d'entrer directement en contact avec les femmes en se rendant à leur domicile.

L'action retenue consistait donc à rencontrer chaque affiliée concernée par le programme de dépistage du cancer du sein pour échanger avec chacune sur ce dépistage et répondre à leurs questions à ce sujet et/ou sur la santé de façon plus large.

La régionale a également choisi de créer une brochure informative reprenant des informations sur le cancer du sein et le dépistage ainsi que les contacts utiles (adresses, téléphones, services, etc.) spécifiques au centre de Wavre dans le champ du dépistage et de la santé. Cette brochure a été remise aux femmes rencontrées. Cela leur a permis de garder une trace des informations transmises lors de l'entretien.

### Construction

L'animatrice a également mis en place un guide d'entretien pour la rencontre avec les femmes, un photo-langage et une grille de questions-réponses pour anticiper les questions des femmes au sujet du dépistage.

Le guide d'entretien et les questions-réponses ont été validés par le CLPS de Wavre.

La régionale a prévu de collaborer avec la CSD pour rencontrer les femmes et d'organiser une formation à destination des aides familiales pour les aiguiller dans la sensibilisation des femmes du groupe-cible chez qui elles se rendent habituellement. Malheureusement, après comparaison du listing du groupe-cible et des femmes bénéficiant de l'aide de la CSD, l'animatrice a constaté qu'une seule aide familiale se rendait chez une seule femme du groupe-cible.

Après discussion avec le CLPS, la régionale a choisi d'abandonner la collaboration avec la CSD et a décidé que, vu le peu de temps qui restait pour terminer l'action dans les délais, il était plus opportun que l'animatrice FPS, seule, rencontre les femmes.



### Déroulement de l'action

Du 30 juin 2011 au 13 juillet 2011 l'animatrice FPS s'est rendue chez les femmes de 50 à 69 ans affiliées à la Mutualité Socialistes et domiciliées dans le quartier Wavre-Centre, durant l'après-midi ou fin de journée.

Elle a obtenu la liste des affiliées de 50 à 69 ans habitant la ZAP (soit 25 femmes). Sur ces 25 femmes, 11 ont reçu l'animatrice, 2 ont refusé de la recevoir, 6 n'habitaient plus à l'adresse renseignée ou la maison était en vente et 6 n'ont pas répondu après plusieurs passages à leur domicile.

La rencontre s'est déroulée comme suit : l'animatrice s'est présentée en tant que travailleuse de « la Mutualité Socialiste se trouvant à la place Bosch » (pour faire référence à un lieu familier) et a demandé pour discuter avec la personne au motif qu'une enquête a été effectuée sur Wavre et a mis en évidence que peu de femmes effectuaient le dépistage du cancer du sein.

Lorsque la personne acceptait de recevoir l'animatrice, elle l'écoutait et/ou abordait le cancer du sein et le dépistage à l'aide d'un photo-langage, posait les questions « Qu'est-ce qui vous fait penser au dépistage ? » et « Selon vous, qu'est-ce que le cancer du sein ? ».

L'animatrice complétait ensuite l'information et répondait aux éventuelles questions de la personne au sujet du dépistage, de la santé en général et des services que peuvent lui rendre la Mutualité. L'entretien se terminait par la remise de la brochure.

Les femmes qui ont reçu l'animatrice paraissaient très réceptives aux informations. Certaines étaient très contentes de recevoir de la visite et, si elle l'avait souhaité, l'animatrice aurait pu rester plus longtemps chez plusieurs personnes. Les affiliées qui ont accepté l'entretien ont reçu la brochure d'information et ont pu poser des questions sur le cancer du sein, le dépistage ou d'autres problèmes de santé qui les concernent. Le photo-langage n'a pas été nécessaire pour approcher le sujet « cancer du sein » car les femmes ont abordé la question d'emblée. Après la discussion sur le

dépistage du cancer du sein, elles ont spontanément posé des questions ou demandé des compléments d'informations quant aux services que propose la Mutualité Socialiste (renseignement sur le DMG, sur les services de la CSD ou bien sur des problématiques de remboursements de consultations), ce qui semblait refléter un certain besoin d'information à ce sujet.

Toutes les personnes rencontrées ont accepté de donner leur numéro de téléphone afin d'être rappelées pour participer à d'autres actions et pour recevoir d'autres informations de la part des FPS et de la Mutualité Socialiste-Solidaris.

#### 1.4. À retenir de cette expérience

Au niveau de la concrétisation du projet, la difficulté majeure a été la rencontre de partenaires potentiels et la mise en place de collaborations. Bien que les bureaux de la Régionale soient situés sur le quartier, aucun projet FPS n'avait encore été mené à cet endroit. L'animatrice a dès lors dû se faire connaître et faire connaissance avec les associations du quartier.

La thématique « dépistage du cancer » du sein a recueilli très peu d'adhésion de la part des partenaires potentiels. La santé n'est pas une thématique d'action traitée par les associations contactées. On peut également penser que les controverses au sujet du dépistage n'ont pas joué en notre faveur. Puisque même à l'unité de mammographie agréée située sur la ZAP, c'est la mammographie qui est privilégiée par rapport au mammothest.

Dans le temps qui était imparti, la régionale n'a pas pu constituer un groupe de pilotage qui soit d'accord de suivre le projet à long terme. Le diagnostic partagé a tout de même pu être construit avec des acteurs de terrain tandis que les actions ont été validées par le CLPS et le groupe de travail national.

Le choix de faire du porte-à-porte découle directement de l'isolement social dont souffre une grande partie des habitants de Wavre.

Le nombre de personnes rencontrées peut paraître insignifiant en terme quantitatif mais la façon dont l'animatrice a été accueillie par les femmes et l'intérêt que ces dernières ont porté à l'entrevue avec l'animatrice nous paraît révélateur de l'impact qu'a pu avoir un tel contact personnel et privilégié avec le public-cible.

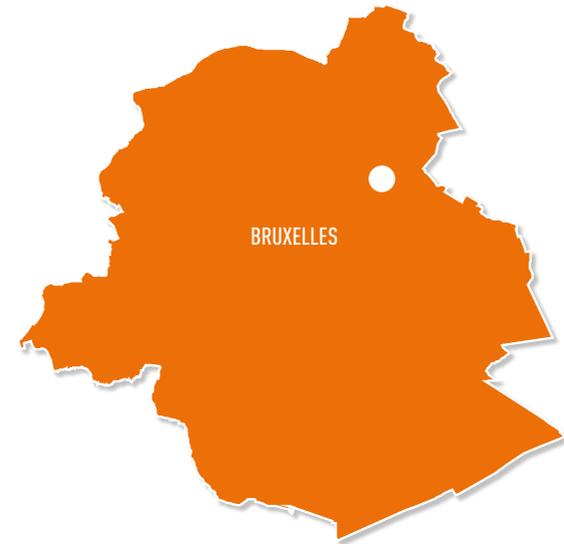
De manière concrète, le fait de se présenter comme travailleuse de la Mutualité Socialiste a facilité l'entrée en contact avec les femmes. Comme elles y sont affiliées elles ont été plus réceptives aux informations transmises.

C'est entre 15h30 et 18h que l'animatrice a eu l'occasion de toucher le plus de femmes. Pour un plus grand succès, une telle action demande de tenir compte de l'emploi du temps des personnes visées, ici, en l'occurrence, il faut être disponible en fin de journée.

Il semble que le type de logement « appartement avec parlophone » ait parfois été un frein pour convaincre les femmes de recevoir l'animatrice.

Nous devons également mentionner la difficulté rencontrée par l'animatrice de pouvoir répondre directement aux questions que les personnes se posent sur le cancer du sein et également sur les autres sujets abordés tels que la santé à d'autres niveaux, les demandes d'aide sociale etc.. Une telle action nécessite une très bonne connaissance de la thématique abordée, et dans notre cas, de tout ce qui est traité de près ou de loin par la Mutualité Socialiste du Brabant Wallon car il n'est pas aisé, lors de l'entretien, d'aller consulter ses notes pour répondre aux questions. La personne qui rencontre les femmes doit dès lors être bien informée.

# EVERE ET SCHAERBEEK



## 2. Evere (De Knoop, Centre, Conscience) - Schaerbeek (Helmet, Guido Gezelle)

### 2.1. Description de la ZAP

Les quartiers d'Evere et de Schaerbeek choisis par la régionale de Bruxelles sont situés en zone urbaine. Les types de logements sont divers : maisons attenantes, maisons ouvrières, appartements, peu de logements récents et très peu de buildings.

La population est également diversifiée : population ouvrière, classe moyenne, de tous âges et d'origine culturelle variée.

Ce sont des quartiers à forte densité de population qui comptent également de nombreux petits commerces de proximité.

#### Données statistiques

	Schaerbeek & Evere <sup>1</sup>	Wallonie <sup>2</sup>	Belgique <sup>3</sup>
Affiliées 50-69 ans	N = 449	---	
Dépistées	227 50%	56%	61%
Mammotest	47 10%	9%	30%
Mammo diagn.	180 40%	47%	31%
% MT parmi dépistées	-- 20%	16%	49%

<sup>1</sup> Données l'UNMS, dépistage effectué durant les années 2007 et 2008.

<sup>2</sup> 7<sup>ème</sup> rapport de l'AIM, dépistage effectué durant les années 2006 et 2007.

<sup>3</sup> Idem.

#### Pourquoi cette ZAP ?

La régionale FPS de Bruxelles a choisi plusieurs ZAP sur les communes d'Evere et Schaerbeek car les FPS disposent, dans ces communes, de deux comités locaux très actifs. Le choix s'est porté sur un ensemble de quartiers statistiques limitrophes dont une moitié est située à Evere et l'autre à Schaerbeek.

Ce sont des quartiers multiculturels et qui comptent aussi un grand nombre de personnes en situation précaire.

Cette zone d'action a également été choisie parce que l'animatrice en charge du projet habite à proximité du quartier et le connaît bien.

### 2.2. Le diagnostic partagé

#### 2.2.1. La démarche

##### Groupe de pilotage

L'animatrice FPS a opté pour un travail de suivi du projet avec les Comités locaux FPS d'Evere et de Schaerbeek qui comptent des femmes qui connaissent bien les réalités des quartiers choisis et/ou des femmes de la tranche d'âge concernée par le mammotest. Sept femmes ont participé régulièrement aux réunions de travail (Joanne Boulvin, Sanae Bendahman, Véronique Levieux, Christiane Catherin, Claudette Dufranne-Fiori, Dominique Clajot, Jacqueline Delaet, Chantal Leclair, Josette Duchaine, Sonia Kilani), d'autres sont venues plus ponctuellement (Bernadette Gennotte, Dominique Pire, Eliane Daels).

Encadré par l'animatrice, ce groupe de pilotage a pris une part très active dans la mise en place du projet. Il a déterminé les personnes à consulter pour alimenter le diagnostic partagé, aidé l'animatrice à recueillir l'avis de ces personnes, proposé des pistes d'actions sur base du diagnostic partagé et aidé à la mise en place de l'action.

## Rencontre d'acteurs locaux

L'animatrice, aidée par Claudette Dufranne du groupe de pilotage/comité local a organisé trois rencontres de femmes dans des associations du quartier pour identifier quels sont les freins et les leviers au dépistage du cancer du sein.

Un contact a été pris avec l'assistante sociale de la Mutualité Socialiste qui travaille sur la ZAP mais elle n'a pas pu dégager de temps pour s'investir dans le projet.

L'animatrice a également pris rendez-vous avec un médecin du quartier pour connaître sa position par rapport au dépistage et ses représentations sur la population du quartier et les réalités auxquelles elle est confrontée.

Pour recueillir l'avis de davantage de femmes au sujet du dépistage, le groupe de pilotage a opté pour la réalisation d'un questionnaire qu'elles rempliraient avec le public-cible lors de manifestations organisées dans les quartiers (la braderie de Schaerbeek et « Evere en fête »).

## Réalisation du diagnostic partagé

L'animatrice a compilé les informations et les paroles de femmes pour les soumettre à la discussion du groupe de pilotage. Ensemble, elles ont mis en évidence les éléments caractéristiques de la ZAP et ont proposé diverses pistes d'action.

### 2.2.2. Compte-rendu du diagnostic partagé

#### Social

Une partie de la population de la ZAP vit en situation plutôt précaire (parmi notre groupe-cible, environ 30% sont des BIM et 65% vivent dans un logement de petit confort). Ces personnes ont souvent des besoins plus « urgents » que la santé et lorsqu'elles s'attardent sur cette dernière, c'est généralement dans une logique curative.

Il ressort également du diagnostic que certaines femmes ne peuvent pas sortir de chez elles et/ou ne peuvent fréquenter que des endroits réservés aux femmes

#### Comportemental

Au niveau du comportement, le diagnostic a mis en évidence les craintes liées au dépistage (avoir mal lors de l'examen, ne pas se sentir malade mais le devenir, etc.), au cancer (maladie qui ne se soigne pas, cancer = mort, etc.) et au traitement.

De nombreuses femmes ont fait part de leur pudeur par rapport à l'examen : ne pas avoir envie de montrer leurs seins, ne pas aimer se faire examiner par un homme, etc.

Le fait de ne pas avoir envie de savoir si on est malade est revenu plusieurs fois. Les femmes préfèrent continuer leur vie sans rien savoir si elles se sentent bien pour le moment. Les femmes qui n'ont pas de problèmes de santé consultent rarement le médecin et/ou le gynécologue. Elles ne sont donc pas sensibilisées par ce biais. Plusieurs ont également rapporté qu'il n'était pas nécessaire de se faire dépister si on ne sentait rien.

#### Epidémiologique

Les femmes effectuent plus de dépistages par mammographie que par mammothest.

#### Environnemental

Le médecin a un rôle important dans le dépistage. Pour de nombreuses femmes c'est le seul endroit où elles peuvent recevoir des informations sur la santé. D'autres femmes, même si elles connaissent le dépistage, attendront que la demande vienne de leur médecin pour se sentir concernées. Plusieurs femmes d'origine marocaine disent recevoir des informations via les chaînes de télé marocaines où une campagne de dépistage existe également.

De nombreuses informations circulent par le bouche-à-oreille. Les femmes parlent de connaissances décédées du cancer, de leur expérience de dépistage – elles en parlent d'ailleurs plus souvent lorsqu'elle est négative (technicien désagréable, examen inutile car connaissances dépistées mais chez qui on a décelé un cancer juste après, etc.) que lorsqu'elle est positive.

## Educational

Il y a un manque d'information sur le cancer du sein (cancer = mort, mutilation) et le dépistage (utilité, ne protège pas comme un vaccin...). Et l'information véhiculée sur le mammotest par les médecins, centres de santé, connaissances, médias est parfois divergente (notamment en ce qui concerne l'efficacité mais par rapport à la gratuité qui peut inciter à considérer l'examen comme « au rabais »). Toutes les femmes du public-cible ne comprennent pas le français et/ou ne savent pas lire. Mais elles peuvent faire appel à quelqu'un qui peut lire et traduire leur courrier (conjoint, enfant, etc.).

## Organizational

Les femmes ont rapporté qu'il y a moins de possibilités de rendez-vous pour un mammotest dans les centres de radiologie des environs. Le délai d'attente pour un rendez-vous (toutes filières confondues) est également long. La régionale a aussi constaté des problèmes au niveau de la réception du courrier d'invitation au mammotest. Les femmes ne le reçoivent pas ou ne l'identifient pas comme tel.

## Diagnostic partagé

## Pistes d'action

### SOCIAL

Précarité → autres problèmes plus urgents.  
Peu de moyens financiers.  
Alphabétisation, langue, culture = problème pour comprendre le message.

*Mettre en évidence la gratuité de l'examen.  
S'adresser dans une autre langue, passer par des relais.*

### COMPORTEMENTAL

Peur, pudeur, méconnaissance, ne veut pas savoir.  
Pas de problèmes de santé → pas gynéco/MG.

*Déconstruire les peurs.  
Expliquer utilité de la prévention.*

### EPIDÉMIOLOGIQUE

Faible taux de dépistage par MT surtout dans la partie de la ZAP la plus précarisée.

*Promotion du MT.*

### ENVIRONNEMENTAL

Influence du médecin.  
Influence campagne au Maroc.  
Information circule par le bouche à oreille, boule de neige.

*Impliquer les médecins.  
Message au Maroc identique ?  
Toucher leaders des groupes formés pour en faire des relais.*

### EDUCATIONNEL

Information divergente sur le MT.  
Méconnaissance du cancer.

*Donner une information claire et accessible.*

### ORGANISATIONNEL

Délai de RV, place pour le MT limitée.  
Problème de réception/visibilité du courrier.

*Invitation via la commune, la mutualité.*

## 2.3. Les actions

De février à juin 2011, les actions ont été conçues et menées par l'animatrice FPS en collaboration avec le groupe de pilotage.

### Choix

Le choix de l'animatrice et du groupe de pilotage s'est porté sur :

- Une séance d'information sur le cancer du sein et le dépistage à destination du public-cible avec remise d'un cadeau aux participantes.
- La réalisation et la distribution de brochures informatives sur le cancer du sein et le dépistage et reprenant la liste

des unités de mammographie agréées les plus proches de la ZAP (pharmacies, clubs sportifs, piscine, aquagym, passage fitness, boucherie, permanences de la mutualité, marché, sortie des écoles).

- Des animations-discussions au sujet du cancer du sein et du dépistage dans les associations présentes sur le quartier.
- Des mini-animations-discussions dans les salles d'attente (CPAS, médecins, bureaux de la mutualité).

Ces actions ont été retenues par le groupe de pilotage parce qu'elles répondent au diagnostic de manque d'informations sur le cancer du sein et le dépistage, parce qu'elles peuvent être directement mises en œuvre par l'animatrice et le groupe de pilotage et également parce qu'elles permettent de toucher les femmes qui sortent peu via les lieux qu'elles fréquentent régulièrement (ex : pharmacies, salles d'attente diverses, etc.).

La séance d'information avec remise d'un cadeau a été suggérée par le groupe de pilotage qui participe depuis plusieurs années au « Noël Rouge » organisé par les Mutualités Socialistes du Brabant : c'est un goûter-spectacle à destination des familles où les enfants de moins de 14 ans reçoivent un colis cadeau à la fin de la séance. Cette action a chaque année un énorme succès. Le groupe de pilotage a pensé que la remise d'un cadeau pourrait être un incitant à participer à une manifestation. Elles ont proposé de mettre en place une action similaire à destination des femmes. Chaque affiliée de 50 à 69 ans a été invitée à une séance d'information sur le dépistage du cancer du sein lors de laquelle elle a reçu un colis cadeau.

### *Construction et déroulement de l'action*

L'animatrice régionale a sollicité l'aide du groupe d'accompagnement méthodologique national pour la rédaction de la brochure d'information. Elle a ensuite été soumise au groupe de pilotage pour validation.

Les 1000 exemplaires de la brochure ont été répartis entre les membres du groupe de pilotage qui se sont engagées à les distribuer aux divers endroits où les femmes du public-cible se rendent (salles d'attente des médecins, pharmacies, permanence de la Mutualité Socialiste, etc.)



Le groupe de pilotage et l'animatrice se sont réparti les tâches d'organisation pour la séance d'information, principalement : rédiger un courrier d'invitation, obtenir des produits de beauté à distribuer aux participantes, contacter un intervenant pour la séance d'information, réserver la salle, confectionner les colis cadeau et accueillir les participantes.

Les 650 affiliées à la Mutualité Socialiste-Solidaris âgées de 50 à 69 ans et habitant la ZAP ont reçu un courrier d'invitation personnalisé précisant la date de la séance d'information et la possibilité de recevoir un colis cadeau composé de produits de beauté DOVE (d'une valeur de 10€).

La séance d'information a eu lieu le dimanche 15 mai 2011 de 14h à 16h dans une salle située au centre de la ZAP.

vingt femmes étaient présentes. L'animation a touché des femmes déjà sensibilisées à la problématique. Seulement deux d'entre-elles n'ont jamais réalisé de dépistage du cancer du sein. Les questions posées en fin de séance concernaient le cancer et son traitement plutôt que le dépistage.

L'organisation de la séance d'information a mobilisé l'ensemble du groupe de pilotage et l'animatrice en charge du projet et a nécessité davantage de temps que prévu. L'équipe a donc choisi d'annuler les actions « Animation-discussion » au sujet du cancer du sein et du dépistage dans les associations présentes sur le quartier et « Mini-animation-discussion » dans les salles d'attente (CPAS, médecins, bureaux de la mutualité) pour s'investir davantage dans l'organisation de la séance d'information.

## **2.4. À retenir de cette expérience**

L'action mise en place par la Régionale de Bruxelles répondait au manque d'information identifié comme frein au dépistage dans le diagnostic partagé. Adressée aux habitantes de 50 à 69 ans (une invitation personnalisée a été envoyée au 650 femmes de notre public-cible), la séance d'information n'a pas connu le succès escompté. 20 femmes y ont participé. Mais la majorité d'entre-elles avaient déjà entendu parler de dépistage, ou se faisaient dépister régulièrement, ou elles-mêmes ou un proche avaient vécu un cancer du sein.

Il semble plus difficile de toucher les gens à grande échelle, en tout cas, sur une telle thématique. Les contacts individuels ou dans les groupes constitués tels qu'ils ont été réalisés dans la phase de diagnostic ont permis de sensibiliser davantage de femmes que la séance d'information. Le problème reste toujours de toucher encore d'autres femmes que celles qui sont présentes à ces endroits.

À l'issue de ce projet, l'animatrice et le groupe de travail national ont réfléchi aux éléments qui auraient pu freiner la participation à l'action. Ces quelques pistes n'ont pas pu être vérifiées mais il nous semble intéressant de les partager.

D'abord très simplement (et c'est valable pour les autres projets de ce type) la thématique cancer du sein rebute. Le diagnostic a mis en évidence que la plupart des femmes préfèrent ne pas savoir qu'elles ont un cancer et la formulation positive de la lettre ne fait peut-être pas le poids face à l'image négative du cancer du sein.

La lettre d'invitation à la séance d'information reprenait un petit questionnaire d'identification qui a pu sembler intrusif pour les femmes souhaitant participer.

Le « colis-cadeau » n'est peut-être pas un incitant suffisant à la participation. À la différence de la manifestation qui a inspiré cette action (« Le Noël rouge », est à destination des enfants et avec un contenu ludique) une rencontre pour les femmes sur le sujet plus austère qu'est le cancer du sein est, à coup sûr, moins attrayante.

Les personnes invitées à la séance d'information ne sont pas dans la même tranche d'âge que les participants au « Noël Rouge ».

Le jour et l'heure choisis pour l'activité (un dimanche à 14h) ne collent peut-être pas avec les contraintes familiales des femmes concernées.

## MOMIGNIES-CENTRE



## 3. Momignies-Centre

### 3.1. 3.1. Description de la ZAP

Momignies est situé au Sud de la Province du Hainaut. Le quartier de Momignies-Centre est une zone rurale et transfrontalière avec un tissu associatif important. La commune fait l'objet d'un Plan de Cohésion Sociale. En terme de logement, Momignies-Centre compte deux cités, et plusieurs nouveaux logements. On y trouve également un supermarché et sept médecins généralistes. Deux mutualités (socialiste et chrétienne) tiennent une permanence dans un bâtiment de la rue principale de Momignies.

#### 3.1.1. Données statistiques

	Momignies <sup>1</sup>	Wallonie <sup>2</sup>	Belgique <sup>3</sup>
Affiliées 50-69 ans	N = 59	---	---
Dépistées	29 49%	56%	61%
Mammotest	10 17%	9%	30%
Mammo diagn.	19 32%	47%	31%
% MT parmi dépistées	-- 34%	16%	49%

<sup>1</sup> Données l'UNMS, dépistage effectué durant les années 2007 et 2008.

<sup>2</sup> 7<sup>ème</sup> rapport de l'AIM, dépistage effectué durant les années 2006 et 2007.

<sup>3</sup> Idem.

#### 3.1.2. Pourquoi cette ZAP?

La régionale de Charleroi a choisi de travailler sur le quartier de Momignies-Centre parce que les FPS disposent d'un comité local très actif qui pouvait être impliqué dans le projet. Elle dispose dans les environs d'un petit réseau et de nombreuses associations avec lesquelles il est possible de collaborer - et qui peut ouvrir des portes dans la démarche participative. On y trouve également une permanence de la Mutualité Socialiste du Bassin de Charleroi, c'est-à-dire un lieu de rencontre potentiel et identifié par les habitants pour les éventuelles actions. Momignies-Centre est une zone rurale et transfrontalière qui compte deux cités, le tissu social y est important mais une partie des habitants des cités ne sont pas bien intégrés au reste du village.

La plupart des habitants de Momignies y sont nés et les personnes qui n'y sont pas nées sont considérées comme «étrangères». Les habitants des cités viennent, pour la plupart, d'une autre commune voire d'une autre région.

## 3.2. Le diagnostic partagé

### 3.2.1. La démarche

#### Groupe de pilotage

Pour la constitution du groupe de pilotage, la régionale a choisi de travailler avec le comité local FPS. Ce comité compte 17 femmes dont 9 sont dans la tranche d'âge ciblée par le dépistage organisé. Elles habitent Momignies, dans la ZAP ou à proximité. Les membres du comité local constituent un public relativement privilégié, impliqué dans la vie de la commune et avec un bon niveau d'instruction. Elles ont travaillé avec l'animatrice et l'assistante sociale de la Mutualité sur le diagnostic partagé, la mise en place des actions et l'évaluation du projet.

#### Réalisation du diagnostic partagé

L'animatrice régionale a organisé un focus groupe avec le comité local de Momignies pour identifier les freins au dépistage du cancer du sein sur la ZAP et donner des pistes pour inciter les habitantes concernées à se faire dépister. A la même période, l'animatrice a rencontré une experte de l'asbl Carolo Prévention Santé pour voir si des actions ou des recherches en santé ont déjà été effectuées à Momignies. L'animatrice a participé à la réunion de coordination sociale de Momignies (coordonnée par le Centre Culturel de Momignies) pour rencontrer les associations locales (CLPS, PMS, PSE, Repis, accueil extrascolaire, Plan d'Action Sociale, comité local FPS) et leur exposer le projet mais aucune d'entre elles n'a souhaité y collaborer car la thématique n'était pas dans leurs priorités. Conjointement à ces démarches, elle a rencontré individuellement divers acteurs de la ZAP : le directeur du CLPS, une assistante sociale de la Mutualité (également coordinatrice du PCS et échevine des affaires sociales) et un médecin généraliste de la ZAP.

### 3.2.2. Compte-rendu du diagnostic partagé

#### Diagnostic partagé

#### Pistes d'action

##### SOCIAL

Population de plus en plus précaire.  
Importance du lien et du groupe →  
solidarité pour rompre l'isolement social

*Toucher les femmes des cités.  
Organiser une rencontre type « fête des voisins ».*

##### COMPORTEMENTAL

Influence du médecin généraliste/gynécologue dans la décision de se faire dépister ou non. Les femmes ne se font pas dépister par négligence / fatalisme / peurs diverses.

*Donner une information sur le cancer et créer un espace de confiance, d'échange où toutes les questions sont les bienvenues.*

##### EPIDÉMIOLOGIQUE

Taux de dépistage plus bas que la moyenne wallonne mais 34% des dépistages sont faits par mammothest ce qui est bien mieux que la moyenne wallonne.

##### ENVIRONNEMENTAL

Zone rurale isolée, transfrontalière.  
Nouveau logements → nouveaux habitants.  
Centre culturel dynamique.  
Sept médecins généralistes présents sur la ZAP.  
Tentative d'améliorer les choses au niveau social : plan de cohésion sociale.

##### EDUCATIONNEL

Mauvaise connaissance du dépistage organisé, difficulté de différencier les 2.  
Croyances et représentations fausses au sujet du cancer. Ex : pas de symptômes = pas de cancer.  
Incompréhension des limites d'âge.  
Renforce stigmatisation des femmes à partir de 50 ans → problèmes de santé, vieillesse.

*Informar les femmes sur le cancer du sein et le dépistage au moyen du jeu Gynoquid.*

##### ORGANISATIONNEL

Manque/inadéquation de l'information.  
Difficultés pour trouver un centre agréé.  
Gratuité = qualité ?  
Problème dans la transmission des résultats.  
Mauvaise compréhension du courrier : publicité ? pourquoi nominatif ? (intrusif, stigmatisant).

*Aller à la rencontre des femmes.  
Information de proximité, directe.  
Donner des infos claires et simples mais non simplistes.*

### 3.3. Les actions

#### Choix

Sur base du diagnostic établi avec les acteurs de terrain, l'animatrice a retenu 4 axes d'intervention qui semblent déterminants pour la ZAP :

- le manque d'information,
- les peurs,
- l'isolement de la population,
- le rôle du médecin.

La régionale a choisi d'organiser une rencontre conviviale à destination des habitantes de 50 à 69 ans sur la thématique de la prévention des cancers féminins et a choisi d'annoncer d'entrée de jeu le thème du cancer, le groupe de pilotage ayant identifié comme problème principal la méconnaissance du mammothest et les peurs engendrées par les messages de prévention. De cette façon, les femmes savaient, qu'elles pouvaient trouver des réponses à leurs questions lors de cette rencontre.

#### Objectifs

L'objectif visé par la régionale était d'initier une réflexion auprès des femmes sur l'importance de la prise en charge de leur santé en général et sur la prévention des cancers féminins en particulier, en ce inclus le dépistage.

Pour cela elle a souhaité outiller les femmes dans leur réflexion et leur approche de la santé par des informations claires, objectives et fiables.

Le but de l'action était de permettre aux femmes d'échanger leurs expériences, d'exprimer leurs peurs éventuelles, leurs questionnements face aux cancers féminins, à leur prévention et au dépistage. Mais également de leur permettre de se construire leur propre opinion par rapport au dépistage et de faire leurs propres choix quant à leur santé.

## Construction de l'action

Le constat de la méconnaissance du mammotest et des peurs engendrées par les messages de prévention, ont incité l'animatrice et le groupe de pilotage à construire une action où les femmes pourraient trouver des réponses et/ou des éclaircissements par rapport au mammotest et d'annoncer la thématique dès le départ, plutôt que d'annoncer une animation sur la santé en général puis de l'orienter vers le dépistage du cancer du sein. Ce choix a été validé par le groupe de pilotage qui a fait le pari de la transparence.

La rencontre a été préparée par l'animatrice avec le Comité local FPS de Momignies, tant au niveau de l'organisation pratique qu'au niveau de la préparation de l'argumentation concernant le mammotest.

Elle a été organisée à la permanence de la Mutualité Socialiste (lieu identifié et reconnu) un mercredi matin de 9h à 12h, afin de permettre aux mamans, mamys etc. de déposer et reprendre les enfants à l'école.

La rencontre intitulée « Petit déjeuner d'information et de débat sur les cancers féminins et leur prévention » a été animée par deux animatrices FPS sur base du jeu Gynoquid<sup>1</sup>. Le Comité local était présent en appui logistique mais surtout, en tant que femmes concernées par le dépistage organisé, pour initier le débat et favoriser les échanges.

À la fin de la rencontre, l'animatrice a proposé aux femmes d'organiser d'autres animations autour de la prévention des cancers féminins : animations sur base de l'outil Gynoquid®, visite d'un centre agréé, rencontre avec un médecin sur des questions plus médicales et/ou de traitement, rencontre avec un service social sur les questions financières de prise en charge du traitement.

La régionale a réalisé également un dépliant qui a été distribué aux participantes lors de la rencontre. Ce dépliant reprenait des informations concernant le mammotest et proposait de s'inscrire à des animations sur la prévention des cancers féminins.

*<sup>1</sup> « Gynoquid » a été imaginé par l'ASBL Carolo Prévention Santé en partenariat avec des organismes de terrain dont les FPS touchant un public dit fragilisé. Il s'agit d'un jeu de société sur la thématique des cancers en général, des cancers du sein et du col de l'utérus en particulier et des facteurs de risque ou de protection que peuvent être l'alimentation, le tabac et l'activité physique. Gynoquid se veut un outil pédagogique pour aider les animatrices de groupe à sensibiliser et démystifier les cancers et promouvoir leur dépistage : [www.cricharleroi.be/Gynoquid-un-jeu-cooperatif.html](http://www.cricharleroi.be/Gynoquid-un-jeu-cooperatif.html)*

## Comment atteindre le public-cible ?

L'invitation des habitantes de la ZAP à la séance d'information a fait l'objet d'une attention particulière. Le diagnostic a mis au jour que les personnes visées sont des isolées qui participent peu à la vie du quartier et qu'il est donc très difficile de toucher.

Chaque affiliée de la Mutualité Socialiste âgée de 50 à 69 ans a reçu un courrier d'invitation personnalisé et nominatif à tête de la Mutualité Socialiste.

Les membres du Comité local (qui jouissent d'une bonne notoriété au sein du quartier) ont joué le rôle de relais pour motiver les femmes à participer à la rencontre.

La conseillère mutualiste et l'assistante sociale de la mutualité ont également aidé à diffuser l'information auprès de leurs bénéficiaires et pouvaient répondre aux éventuelles questions concernant la rencontre. Elles n'ont pas eu de questions spontanées de la part des femmes invitées mais l'assistante sociale en a parlé à ses bénéficiaires qui étaient dans la tranche d'âge visée.

Des dépliants et des affiches ont été apposés et distribués, selon la pertinence, par les membres du Comité. Des affiches et des cartons d'invitation se trouvaient également à disposition à la permanence de la Mutualité Socialiste.

Une présentation du projet a été faite aux autres associations de la zone via la coordination sociale afin de relayer l'information.

## Déroulement de l'action

Le jour de l'action, le mercredi 6 avril de 9h à 12h, 25 femmes étaient présentes.

Les femmes ont apprécié l'information et le caractère « discussion informelle » de la rencontre. La non présence d'un médecin au discours trop médical a facilité les questions plus pratico-pratiques comme : Comment prendre un RDV ? Comment s'habiller ?

L'information véhiculée par d'autres femmes, par des pairs, était un atout majeur qui a mis à l'aise.

Par contre, peu de femmes invitées personnellement étaient présentes. La thématique n'a pas suscité de questionnements ou interrogations. Personne ne s'est présenté à la permanence pour demander des informations sur la rencontre.

Aucune femme présente n'était intéressée par poursuivre les actions. Beaucoup ont souligné le caractère lourd de la thématique et le recours plus évident au médecin en cas d'interrogation.

### 3.4. A retenir de cette expérience

L'action mise en place à Momignies était en adéquation avec le manque d'information révélé par le diagnostic partagé et a également été construite pour travailler sur les peurs (peur du cancer, peur de l'examen etc.). L'animatrice a tenté de multiplier les canaux de diffusion pour faire la promotion de la rencontre afin de pallier l'isolement social.

Vingt-cinq femmes ont participé à la rencontre. Les participantes étaient majoritairement des personnes qui participaient régulièrement à nos actions. Malgré les tentatives pour toucher les femmes (qui sortent peu de chez elles) via le voisinage et les lieux qu'elles fréquentaient, les participantes étaient surtout des femmes « actives ». Nous avons atteint peu de femmes directement touchées par le programme de dépistage. La thématique a suscité peu de questionnement. Les échanges n'ont pas débouché sur une suite au projet.

Des difficultés ont été rencontrées dans la mise en place du projet. Les partenaires potentiels ne semblaient pas avoir d'intérêt pour la thématique dépistage du cancer du sein. La collaboration avec le centre agréé n'a pas été possible au moment de la mise en place du projet parce qu'il était en restructuration.

Même si l'on peut considérer que l'activité n'a pas eu l'effet escompté, il semblerait qu'elle ait tout de même eu plus d'impact que la participation effective. En effet, depuis ce projet, des femmes s'adressent régulièrement aux animatrices FPS pour des questions relatives au cancer du sein. Le projet a peut-être permis aux FPS d'être identifiées comme interlocutrices potentielles pour cette thématique.

## LA FOULERIE, COUVIN



## 4. La Foulerie, Couvin

### 4.1. Description de la ZAP

Couvin est une ville rurale, située au sud-est de la Belgique dans la Province de Namur. La Foulerie est un quartier résidentiel, dont une partie est plus connue sous le nom de « Résidence Emile Donnay ». Il est situé à un peu plus d'un kilomètre du centre-ville de Couvin et compte principalement des habitations sociales.

#### 4.1.1. Données statistiques

	La Foulerie <sup>1</sup>		Wallonie <sup>2</sup>	Belgique <sup>2</sup>
Affiliées 50-69 ans	N = 64		---	---
Dépiستées	26	41%	56%	61%
Mammotest	7	11%	9%	30%
Mammo diagn.	19	30%	47%	31%
% MT parmi dépiستées	--	27%	16%	49%

#### 4.1.2. Pourquoi cette ZAP?

Le choix de la régionale de Namur Antenne Sud s'est porté sur le quartier « La Foulerie » de Couvin parce que la régionale FPS est implantée dans le quartier : elle dispose d'un Comité local dynamique, d'un réseau, d'une bonne connaissance du terrain. La Mutualité a également des locaux à proximité de la ZAP où une permanence est organisée, des consultations sociales et plusieurs activités à destination des affiliés.

Ce quartier a également été choisi pour sa situation géographique et le fait qu'il se démarque d'autres zones d'action potentielles par son caractère rural.



<sup>1</sup> Données l'UNMS, dépistage effectué durant les années 2007 et 2008.

<sup>2</sup> 7<sup>ème</sup> rapport de l'AIM, dépistage effectué durant les années 2006 et 2007.



## 4.2. Le diagnostic partagé

### 4.2.1. La démarche

La phase de diagnostic partagé s'est déroulée de mars à août 2010. L'animatrice a rencontré individuellement plusieurs acteurs ressources du quartier afin de leur présenter le projet, de récolter des informations sur le quartier, de connaître leur opinion au sujet du dépistage du cancer du sein et de solliciter leur implication dans le projet.

Elle a rencontré : la Présidente FPS, membre du CL FPS et Echevine des Affaires Sociales et de l'Enseignement à Couvin ; l'assistante sociale de la société de logements sociaux « Habitations de l'Eau Noire » (HEN) et membre du comité local FPS ; le comité local FPS de Couvin ; l'assistante sociale qui tient une permanence dans le bâtiment Solidaris Mutualité à Couvin ; une ancienne habitante (qui connaît bien le quartier, qui a eu un cancer du sein et dont la mère habite la ZAP) ; l'ASBL Vie nouvelle de Couvin ; le CLPS de Namur ; le PCS de Couvin ; le CPF des FPS de Couvin (mais personne n'est venu au rendez-vous) ; la Présidente de la société de logements sociaux HEN ; la maison de jeunes « Le 404 » ; l'équipe d'aides familiales de la CSD actives sur Couvin et le Dr Coupé, gynécologue au centre de santé à Couvin et Philippeville.

Pour recueillir l'avis des habitants, l'animatrice a présenté le projet lors d'une séance du K'fé alternatif, lieu de rencontre pour les Couvinois créé par le PCS et animé par un ensemble d'associations actives sur Couvin. Via la présentation au K'fé alternatif, les associations sur la ZAP et le comité local FPS, elle a rencontré, à leur domicile, onze femmes de la ZAP. Grâce à la participation bénévole de l'assistante sociale des HEN, sept locataires de la société des logements sociaux ont accepté de recevoir l'animatrice pour discuter du dépistage du cancer du sein et partager leurs connaissances sur le quartier.

L'animatrice a également rencontré les aides familiales de la CSD pour qu'elles « enquêtent » auprès des familles couvinoises et relaient les informations sur les actions mises en place dans le cadre du projet auprès de leurs bénéficiaires mais cette collaboration s'est arrêtée.

## Groupe de pilotage

Durant la phase de diagnostic partagé, l'animatrice a rencontré régulièrement et individuellement plusieurs acteurs susceptibles de devenir membres du groupe de pilotage.

Une première réunion du groupe de pilotage était prévue en novembre. Sept personnes étaient invitées : l'assistante sociale de la société de logements sociaux, l'assistante sociale de la Solidarité mutualité, un représentant du CLPS, un représentant de la maison de jeunes le 404, le PCS, une femme du public-cible. Seuls deux d'entre-eux étaient présents.

Devant le peu d'adhésion et de conviction qu'a suscité la thématique dans une réalité rurale avec un tissu associatif limité, la régionale a choisi de ne pas fonctionner avec un groupe de pilotage, mais de continuer à rencontrer individuellement les acteurs clés pour valider ses actions et son cheminement dans le projet.

### 4.2.2. Compte-rendu du diagnostic partagé

#### Diagnostic social

Le quartier de la Foulérie compte environ 80% de logements sociaux. Plus de la moitié de la population vit dans une situation proche de la précarité. Parmi les affiliées à la Solidarité mutualité âgées de 50 à 69 ans, 77% vivent dans un logement de petit confort et 53% sont des bénéficiaires de l'intervention majorée. Lorsque les personnes ne rencontrent pas de problèmes de santé, la prévention et le dépistage sont souvent loin des préoccupations quotidiennes. La démarche préventive est également accessoire pour les personnes souffrantes qui se préoccupent des problèmes de santé immédiats (démarche curative).

La ZAP est caractérisée par peu d'animation sociale et peu de contacts entre les habitants.

Le Kfé alternatif, lieu de rencontre pour les Couvinois créé à l'initiative du PCS pour pallier au manque de vie sociale, est situé au centre de Couvin et plutôt éloigné de notre ZAP. S'il peut contribuer à créer/renforcer les liens sociaux entre la population, ce n'est pas un lieu de rencontre réservé spécifiquement aux habitants de la Foulérie.



#### Diagnostic épidémiologique

Faible taux de dépistage : 41% contre 56%, en moyenne, en Wallonie.

#### Diagnostic comportemental

Le comportement du public-cible est influencé par des facteurs très divers :

- Le médecin (les femmes se font dépister sur demande du médecin. L'examen qu'elles font dépend aussi de ce dernier ; un médecin femme facilite les confidences ; la sénologue de Philippeville recontacte les femmes qui ne vont pas au rendez-vous et leur en propose un autre)
- La place accordée à la santé parmi les autres « obligations » (certaines femmes ne vont pas chez le gynécologue/ne font pas de mammographie par manque de temps, par négligence, par oubli, parce qu'elles ont d'autres priorités. Plusieurs femmes rapportent qu'elles font déjà assez d'examens médicaux ; d'autres ne se font pas dépister parce qu'elles se sentent bien)
- L'âge (certaines femmes de la tranche d'âge ne vont plus chez le gynéco ; d'autres se sentent trop vieilles)
- La peur de l'examen mais surtout des résultats.
- La peur du cancer qui peut être un incitant mais aussi un frein (on ne veut pas savoir, on parle peu du cancer du sein et du dépistage, les femmes n'aiment pas aborder le sujet)

#### Diagnostic éducationnel

Le diagnostic a révélé une méconnaissance du programme : les femmes ne savent pas où se faire dépister, le prix de l'examen, en quoi cela consiste (s'il y a une échographie ou non), mais aussi les facteurs de risque du cancer du sein.

Le cancer du sein et son dépistage sont également considérés comme un sujet morose, moralisateur, certaines personnes n'ont pas envie de recevoir d'informations à ce sujet. L'apparente modernité des machines (celles du CHR de Chimay paraissent plus modernes que celles du centre de Philippeville) influence la confiance accordée au dépistage. L'efficacité du dépistage par MT/MG est remise en question lorsque certaines personnes relatent des « dépistages » effectués grâce à la palpation (« peu de temps après une mammographie ») ou des cancers d'intervalle.

De nombreuses femmes estiment que 50 ans c'est trop tard pour se faire dépister, qu'il faudrait commencer à 30 ou 40 ans car elles connaissent des femmes plus jeunes qui en sont décédées, elles accordent dès lors peu de crédit au programme de dépistage organisé.

### Diagnostic organisationnel

Le diagnostic organisationnel a permis de mettre en lumière des interrogations et freins qui sont liés au programme de dépistage organisé et à la campagne d'information.

Une grande partie des personnes rencontrées ont soulevés l'absence d'unité de mammographie agréée à proximité de la ZAP. Les femmes ont également rapporté des problèmes au niveau du courrier d'invitation : elles ne se souviennent pas l'avoir reçu, ne l'ont pas compris, ne l'ont pas trouvé stimulant. Quelques personnes ont soulevé des problèmes lors de la prise de rendez-vous : peu de plages de rendez-vous pour le mammothest ; délai d'attente plus long pour un rendez-vous ; pas d'examen si on a oublié/perdu la lettre d'invitation et le MT n'est pas réellement « gratuit » car si on n'a pas/plus de lettre d'invitation il faut payer une consultation pour avoir une prescription.

### Diagnostic environnemental

Comme nous l'avons mentionné dans le diagnostic comportemental, les femmes se font souvent dépister sur demande du médecin (généraliste, gynécologue). Mais il y a peu de généralistes et pas de gynécologues à proximité de la ZAP. Les généralistes sont débordés et ont peu de temps pour les patients et encore moins pour parler de prévention.

L'équipe des services sociaux de la Solidarité mutualité en charge de la zone d'action a été réduite et ne fait plus de visites à domicile. Ils ont peu de temps pour parler de prévention lors des entrevues et le déplacement à la permanence est un frein à la consultation.

Le quartier de la Foulérie est situé en dehors du centre-ville et est mal desservi par les transports en commun (un arrêt de bus est situé à 15 minutes à pied de la ZAP et les horaires ne semblent pas correspondre aux besoins des habitants). Peu d'habitants disposent d'un véhicule. Les rapports de voisinage ne sont pas suffisamment bons que pour demander service aux personnes qui ont un véhicule.

La Solidarité mutualité est bien identifiée parmi la population de la ZAP. Elle est considérée comme un référent pour toutes les questions de santé. De plus, un centre de santé Solidarité se trouve à environ 800m de la ZAP. Dans ce même bâtiment se trouve un guichet de la Solidarité mutualité, des consultations sociales, un service d'information pour les travailleurs transfrontaliers et plusieurs activités du secteur associatif Solidarité s'y déroulent régulièrement. Le Centre de Planning Familial des FPS est situé à proximité, dans le centre de Couvin.

## Diagnostic partagé

## Pistes d'action

### SOCIAL

Peu de lien social, pas de contact entre les habitants.  
Précarité → autre priorités.

*Agir sur les priorités.  
Favoriser le lien social.*

### COMPORTEMENTAL

Influence du médecin, peur, pudeur, autres priorités.

*Contact humain, marrainage.*

### EPIDÉMIOLOGIQUE

Très faible taux de dépistage mais plus de MT que la moyenne wallonne

*Privilégier le MT.*

### ENVIRONNEMENTAL

Problèmes de mobilité.  
Peu d'appui du service social et des infirmières.  
Pas de gynéco sur la ZAP.

*Obtenir l'appui du service social et des infirmières.  
Organiser un déplacement en car.*

### EDUCATIONNEL

Les professionnels de la santé mettent en avant les controverses au sujet du dépistage et s'interrogent sur son utilité.  
Les femmes ne comprennent pas bien la différence entre MT et MD, pourquoi cette tranche d'âge, pourquoi pas d'écho...

*Informier sur le dépistage et le programme.*

### ORGANISATIONNEL

Pas d'unité agréée à Couvin (ni à Philippeville au début du projet mais Philippeville a retrouvé son agrégation par la suite).  
Manque d'informations sur le dépistage.

*Discuter au domicile des femmes.  
Réhabiliter le mammo-bus.  
Multiplier les sources d'information : salles d'attente, CSD, toute-boîte, etc.  
Lettre de la mutualité (>CCR)*

## 4.3. Les actions

La mise en place des actions a débuté en septembre 2010 et les actions ont pris fin en mai 2011.

### Choix

Suite au diagnostic partagé, certains éléments ont été mis en évidence par la régionale et plusieurs acteurs locaux, et sont à l'origine des actions choisies :

- **Absence de lien social** : les gens se connaissent peu, ne se parlent pas. Il n'y a pas/peu d'espace communautaire dans le quartier et il y a un manque de liens sociaux.
- **Problème de mobilité** : quartier décentré où les gens ont besoin d'une voiture pour beaucoup de choses. La gare et les arrêts de bus se trouvent à +/- 20 minutes de marche des habitations. Plusieurs femmes dépendent de quelqu'un qui possède un véhicule. Certaines vont en train et ne se déplacent que si c'est inévitable car la zone est mal desservie par les transports en commun.
- La **Mutualité** est bien **identifiée** : c'est une des associations/services présents dans le quartier.
- **Manque d'information** : méconnaissance du mammothest, quelle différence avec la mammographie « classique » ?, pourquoi seulement à partir de 50 ans ?, etc.
- L'existence d'autres priorités, la situation de précarité.
- Le courrier de la Fédération Wallonie-Bruxelles est mal compris et peu efficace en terme d'incitant au dépistage (d'où ça vient ?, pourquoi je le reçois alors que je fais déjà la mammographie ?, etc.).
- Les personnes sensibilisées le sont souvent parce que touchées par une autre personne (un proche ou une connaissance qui a le cancer, qui les a encouragé à, qui va avec, etc.).

La régionale a dès lors choisi de mettre en place 3 actions différentes :

### Petits déjeuners santé

Ce projet faisait suite au constat d'absence de liens sociaux dans le quartier et de méconnaissance des structures de soins de santé.



Il a été initié à titre pilote durant la phase diagnostique et a permis de confirmer certaines hypothèses : la mutuelle est bien identifiée dans le quartier (selon une dizaine de femmes du quartier présentes), le problème de mobilité est confirmé et approfondi, méconnaissance du fonctionnement du système de santé, besoin d'un espace de parole en lien avec la santé.

La maison des jeunes s'est impliquée dans le projet en participant et en amenant des participantes à plusieurs petits déjeuners.

### « En route vers la mammo »

C'était un projet en partenariat avec le PCS de Couvin et la Maison des Jeunes. Il répondait directement au problème de mobilité et de manque d'information, et s'appuyait sur le constat que la mutualité est bien reconnue comme partenaire santé dans ce quartier et que le courrier du Centre de Référence contre les Cancers n'était pas identifié comme tel.

### « Vivons la vie il fera beau demain ! »

La régionale a profité d'une initiative du comité local FPS de Couvin, d'organiser une journée sur l'après cancer du sein. Au départ uniquement centrée sur le cancer et le curatif, l'animatrice a suggéré au comité local d'ajouter un aspect préventif à la journée d'information.

Cette action entendait pallier la méconnaissance du dépistage. Elle s'est également appuyée sur les constats que les personnes sensibilisées l'étaient essentiellement par liens « affectifs » ou par bouche-à-oreille (on se fait dépister parce qu'un tel a un cancer, parce qu'une telle a conseillé d'aller au dépistage, etc.). Parler de dépistage durant une telle journée pouvait inciter les personnes touchées de près ou de loin par le cancer du sein à véhiculer un message de prévention dans leur entourage.

### Objectifs

#### Petits déjeuners santé

- Favoriser une réappropriation de sa santé, être acteur de sa santé
- Remettre les gens dans une dimension collective par rapport à leur santé

- Permettre aux gens d'acquérir une meilleure connaissance du système de santé et de l'accessibilité aux soins de santé
- Indirectement, recréer du lien social dans/pour le quartier
- Donner des informations claires sur le fonctionnement de la sécurité sociale et le système de santé (basé sur le module d'animation « Destination santé »)
- Donner une information complète sur les services offerts par la mutualité et sur le full service
- Recueillir leurs problèmes, réactions, revendications, etc. afin de rebondir pour un éventuel autre projet

#### « En route vers la mammo »

- Permettre une accessibilité géographique à la mammographie ou au mammothest
- Favoriser un lien de proximité entre les habitantes et les services (mutuelle, centre de dépistage, PCS) sur la question du dépistage
- Donner une information sur le dépistage, le mammothest, ses enjeux, etc.

#### « Vivons la vie il fera beau demain ! »

- Donner une information sur la prévention et le dépistage
- Permettre aux gens de faire le lien entre curatif et préventif
- Sensibiliser à la prévention par l'entremise de « pairs »

### Mise en place et déroulement des actions

#### Petits déjeuners santé

Plusieurs petits déjeuners ont été organisés sur différents thèmes de santé (la santé en général et la sécurité sociale, le coût de la santé, les médicaments génériques, l'hospitalisation et les frais de déplacement, la relation patient-médecin et le droit des patients). La publicité des petits déjeuners était visible aux guichets de la mutualité. L'information a également été relayée par l'animatrice de la Maison de Jeunes et le K'fé alternatif. Les femmes ayant participé à l'enquête menée lors de la phase de diagnostic partagé ont reçu un courrier d'invitation pour le premier petit déjeuner et étaient invitées à parler de l'activité à leur entourage.

Les petits déjeuners ont été programmés de décembre 2010 à mai 2011 le dernier jeudi du mois, de 9h30 à 11h30 dans les locaux de la mutualité à Couvin.



Cinq à neuf personnes étaient présentes à chaque petit déjeuner. Le groupe n'était pas fixe : chaque séance a réuni de nouvelles personnes, certaines sont venues à plusieurs séances, d'autres ne sont venues qu'une fois. À la fin de chaque séance, l'animatrice a demandé aux participantes si elles avaient des questions sur certains sujets, si elles souhaitaient que certaines choses soient abordées à la séance suivante. Les demandes et questions étaient tout à fait en adéquation avec la thématique santé (statut omnio, médicaments moins chers, comprendre une facture d'hôpital, etc.) et confirmaient le besoin d'information des personnes en matière de santé.

#### « En route vers la mammo »

L'idée de ce projet était de mettre régulièrement à disposition des femmes du groupe-cible un minibus qui effectue le trajet Couvin (quartier de la Résidence E. Donnay) - Philippeville (unité de mammographie agréée la plus proche) pour aller faire le mammothest.

La régionale a envoyé à chaque femme âgée de 50 à 69 ans et habitant la ZAP une invitation personnalisée de la part de la Solidarité mutualité pour effectuer un Mammothest à Philippeville et informant de la possibilité de faire le trajet avec le minibus du PCS (au total 96 femmes).

L'invitation précisait également qu'un accueil café était organisé à Philippeville et qu'une information/discussion sur le mammothest était prévue, avant d'effectuer l'examen, pour les personnes qui prendraient le bus.

Pour relayer l'information, des affiches ont été diffusées dans les lieux publics de la ZAP. Un article est paru dans la Nouvelle Gazette (entre Sambre et Meuse) et un courrier a été envoyé aux médecins généralistes.

A titre d'essai, un trajet a été organisé les 1<sup>ers</sup> jeudis du mois, de mars à juin.

Deux femmes se sont présentées au total des 4 trajets proposés. Ces deux femmes se faisaient déjà dépister et connaissaient bien le MT. D'après l'animatrice, c'était des personnes vivant seules qui ont profité de l'initiative pour répondre à un besoin de contact social plutôt qu'à un problème de mobilité ou de manque d'information.

### « Vivons la vie il fera beau demain ! »

Durant une journée organisée par le comité local de Couvin et consacrée à l'après cancer « Vivons la vie il fera beau demain », la régionale a saisi l'occasion pour diffuser un message de prévention et a décidé d'inclure un exposé (critique et déculpabilisant) sur la mammographie et le dépistage. Trente-cinq personnes étaient présentes lors de cette journée et de nombreuses remarques positives ont été formulées. Les participants étaient malgré tout plus intéressés par les aspects accompagnement des personnes malades que par la prévention.

## 4.4. A retenir de cette expérience

### Construction des partenariats

Malgré la difficulté de mettre en place un groupe de pilotage, l'animatrice a pu collaborer très efficacement avec le Plan de Cohésion Sociale, le comité local FPS de Couvin et la maison de jeunes «le 404» pour la mise en place des diverses actions.

Elle a également conclu un partenariat avec l'unité de mammographie agréée située à la polyclinique de Philippeville pour organiser un dépistage en groupe (cf. 4.3).

Un travail d'information et de mise en projet a été effectué au sein de Solidaris mutualité à Philippeville afin de faire connaître le projet et de solliciter leur implication dans l'envoi du courrier d'invitation pour l'action « En route vers la mammo ». L'assistante sociale du quartier a été contactée et a collaboré au diagnostic partagé.

Les aides familiales de la CSD ont aussi été impliquées. La régionale leur a présenté le projet et a tenté de mettre en place un partenariat pour qu'elles servent de relais pour le MT auprès des familles. Une restructuration interne a malheureusement interrompu ce partenariat en début de projet. L'animatrice aurait malgré tout espéré pouvoir compter davantage sur le soutien et l'investissement des différents partenaires de la Mutualité. La contrainte de temps et les agendas bien remplis de chaque service ont été les principaux obstacles à cette collaboration.

Il faudra songer à l'avenir, lorsqu'une telle collaboration interne est souhaitable, de la prévoir longtemps à l'avance et d'inclure les partenaires potentiels au temps zéro du projet pour qu'elle puisse être prise en compte dans les plannings de chacun.

### Résultats de l'action

On retient notamment de cette expérience que le dépistage du cancer du sein apparaît vraiment très loin des préoccupations de la majorité des habitantes ciblées par le projet. Nous avons également constaté un scepticisme général vis-à-vis du dépistage et/ou du mammothest de la part des partenaires - effectifs et potentiels - du projet. Même l'unité de mammographie agréée (pourtant partenaire très dynamique de notre projet et partisane du dépistage) n'est pas convaincue de l'intérêt du mammothest.

La journée « Vivons la vie il fera beau demain » a mobilisé des personnes touchées de près ou loin par le cancer (ce qui était l'objectif premier de cette mobilisation). Mais les participants n'ont visiblement pas porté d'intérêt spécifique à la partie dépistage, aucune demande n'ayant été formulée suite à cette manifestation.

Les petits déjeuners santé ont eu plus de succès et ont confirmé le manque d'informations en tout genre sur la santé mais avec un intérêt particulier pour toutes les questions pratiques et peu d'intérêt pour la prévention et le dépistage du cancer du sein ni la prévention de manière générale.

Si les « Petits déjeuners santé » et la journée « Vivons la vie il fera beau demain » ont recueilli la participation attendue, ce n'est pas le cas pour l'action « En route vers la mammo ». Le diagnostic partagé avait permis d'identifier la mobilité comme un obstacle important au dépistage du cancer et à la prise en charge de la santé de manière plus large. Malgré une action répondant directement à ce problème de mobilité, elle n'a pas recueilli la participation attendue. Le déplacement en bus était pourtant adressé aux habitantes du quartier et relayé par des acteurs locaux.

Seules deux femmes sur les 64 invitées y ont participé. Nous avons formulé quelques hypothèses à l'insuccès de l'activité. Quatre dates étaient prévues et étalées sur quatre mois : ce n'était peut-être pas un délai suffisant pour que les femmes décident de se faire dépister, quelques-unes avaient peut-être fait un dépistage récemment, la tranche horaire ne convenait peut-être pas à toutes. Plusieurs habitantes ont été contactées par l'animatrice dans la phase de diagnostic partagé et ont pu discuter du dépistage du cancer de sein, de son utilité et des réticences vis-à-vis de la démarche. Mais toutes les femmes invitées n'ont pas eu cet échange. Un travail de sensibilisation au dépistage ou une brochure d'information distribuée au préalable permettrait peut-être de replacer l'activité dans le contexte de dépistage.

Suite à ces constats, la régionale a prévu de poursuivre l'activité de façon régulière mais à une moindre fréquence (deux trajets par an, dont l'un durant le mois d'octobre, mois du cancer du sein). Les modalités de l'action (information préalable, invitation, horaire, publicité etc.) n'ont pas encore été définies mais tiendront compte de cette première expérience et pourront évoluer en fonction du succès et de la perception de l'action par le public-cible.

En évaluant le projet quelque temps après sa clôture, l'équipe FPS en charge de cette ZAP s'est rendu compte que plusieurs personnes ont interpellé la régionale avec l'envie de faire quelque chose par rapport au cancer du sein ou au dépistage. Ces demandes étaient plutôt floues et émanaient de personnes qui ont eu un cancer du sein. Mais la régionale FPS a songé mettre en place un groupe de travail sur le cancer du sein pour voir s'il est possible de mobiliser ces personnes sur une action qui rencontrerait leurs préoccupations et qui pourrait peut-être contribuer à améliorer les connaissances de la population par rapport au cancer du sein et à son dépistage.

## LIÈGE, QUARTIER SAINTE-MARGUERITE



## 5. Sainte-Marguerite, Liège

### 5.1. Description de la ZAP

Autrefois le « faubourg Sainte-Marguerite » constituait la porte d'entrée de la ville de Liège et l'activité commerciale était importante au vu des nombreux passages dans le quartier. En 1975, une nouvelle liaison à l'autoroute E5 coupe le quartier en deux, le « haut » et « bas ».

Aujourd'hui, le quartier Sainte-Marguerite est un quartier résidentiel organisé autour d'une rue commerçante. Le quartier « bas » est plus animé que le « haut ». C'est dans le bas que se trouvent la majorité des commerces, des associations, etc. et c'est là qu'ont lieu la plupart des fêtes. Sainte-Marguerite est caractérisée par un isolement urbain depuis la construction de la voie rapide mais également par un isolement social et économique dû au déplacement des populations dans la périphérie de la ville. C'est devenu un quartier enclavé, par lequel on passe peu, situé hors du centre-ville mais pas encore dans la périphérie qui, elle, se développe économiquement. Les bus ne passent plus non plus par le quartier.

En 30 ans, 5000 habitants de la classe moyenne ont quitté le quartier laissant la place à des vagues successives de population immigrée attirées par le logement à prix réduit mais dans un état de délabrement.

En 1999, une équipe de chercheurs fait le constat d'une déqualification immobilière importante : taudification des immeubles, multiplication des cellules commerciales vides. Depuis, le quartier a fait l'objet de plusieurs plans de développement et des améliorations sont constatées à ce sujet. Actuellement, la moitié de la population qui y vit est une population précarisée, mais Sainte-Marguerite compte aussi des habitants à revenus moyens voire élevés.



<sup>1</sup> Qui est en réalité composé de deux « quartiers statistiques » : Sainte-Marguerite et Delin-Hesbaye.



<sup>2</sup> Données l'UNMS, dépistage effectué durant les années 2007 et 2008.  
<sup>3</sup> 7<sup>ème</sup> rapport de l'AIM, dépistage effectué durant les années 2006 et 2007.



#### 5.1.1. Pourquoi cette ZAP ?

La Régionale de Liège a choisi de travailler sur le quartier de Sainte-Marguerite<sup>1</sup> notamment parce que c'est un quartier culturellement diversifié, une dizaine de nationalités différentes s'y côtoient. Sainte-Marguerite possède également un réseau associatif très fourni et très actif.

En termes de facilitateur à l'implantation du projet, Espace M, une extension du planning familial des FPS, se trouve sur le quartier, ce qui donne un lieu de rencontre proche des habitants.

De plus, l'animatrice en charge du projet habite le quartier et le connaît plutôt bien.

#### 5.1.2. Données statistiques

	Sainte-Marguerite <sup>2</sup>	Wallonie <sup>3</sup>	Belgique <sup>3</sup>
Affiliées 50-69 ans	N = 161	---	---
Dépistées	84 52%	56%	61%
Mammotest	13 8%	9%	30%
Mammo diagn.	71 44%	47%	31%
% MT parmi dépistées	-- 15%	16%	49%

## 5.2. Le diagnostic partagé

### 5.2.1. La démarche

#### Réalisation du diagnostic partagé

La phase de diagnostic partagé a duré quatre mois. Dès le mois de mars 2010 l'animatrice a entamé la récolte d'informations sur le quartier : visite du quartier, cartographie, rencontre des habitants, des commerçants et de divers acteurs locaux.

Elle a rencontré plus particulièrement : le Service d'Activités Citoyenne (SAC), une généraliste de la Maison médicale « Le Cadran », l'asbl Centre Liégeois d'Aide aux Jeunes, Espace M, le CLPS de Liège, l'asbl la Marguerite, la Maison de la citoyenneté, l'asbl l'Orchidée rose, l'asbl Santé Nord-Sud, un médecin généraliste, le Service social Liège Ouest. Fin avril 2010, l'animatrice a présenté le projet à la réunion plénière des associations du quartier.

Les personnes rencontrées ont aidé à enrichir les connaissances sur le terrain, à formuler des hypothèses sur les raisons qui incitaient les habitantes de 50 à 69 ans à ne pas se faire dépister et à donner quelques pistes d'actions. L'animatrice en a également profité pour conclure des partenariats plus longs avec certaines personnes/associations et pour former le groupe de pilotage.

Lors des réunions de suivi du projet par la régionale, il est souvent revenu que les femmes ne lisaient pas le courrier d'invitation de la Fédération Wallonie-Bruxelles et/ou ne se souvenaient pas l'avoir reçu. La régionale a donc émis l'hypothèse que cela pouvait être lié au fait que le courrier est en français. Elle a profité de la phase de diagnostic pour envoyer un questionnaire sur le dépistage du cancer du sein aux femmes de 50 à 69 ans habitant Sainte-Marguerite en ayant pris soin de le traduire en plusieurs langues (Italien - espagnol - turc - arabe). La récolte de questionnaires a été peu fructueuse. La régionale a pu mettre en évidence que le public était peu scolarisé et ne savait donc pas bien lire, même dans sa langue maternelle.

La régionale a également opté pour l'envoi d'un questionnaire dans le but de récolter l'avis des médecins au sujet du dépistage. Environ 100 médecins ont reçu un questionnaire mais seule une dizaine de médecins ont pris le temps de le compléter. Pour obtenir de façon plus détaillée l'avis des médecins de la ZAP au sujet du dépistage du cancer du sein, la régionale a donc choisi de les rencontrer individuellement. Quatre généralistes du quartier Sainte-Marguerite ont accepté de recevoir l'animatrice.

La ZAP disposant sur son territoire d'un hôpital possédant une clinique du sein et une unité de mammographie agréée, l'animatrice a pris rendez-vous avec une sénologue et une infirmière de l'hôpital pour récolter leur avis au sujet du dépistage du cancer du sein et voir quelles sont les particularités du centre.

Dès le mois de juin 2010, l'animatrice a réalisé des rencontres-débat dans 6 associations du quartier pour recueillir des données sur l'expérience et les croyances des femmes par rapport au dépistage du cancer du sein. Cette rencontre a été organisée autour d'un photo-langage où l'on a demandé aux participant-e-s quelle image leur faisait penser au cancer. Une discussion a ensuite été engagée avec le groupe au sujet des diverses représentations liées au cancer et au cancer du sein en particulier et s'est terminée par des questions et un débat sur ce qu'est le dépistage du cancer du sein, son utilité, les pratiques de chacune et les freins et incitants à se faire dépister. Au total, l'animatrice a pu discuter avec 71 femmes et onze hommes habitants la ZAP.

### *Le groupe de pilotage*

Huit personnes ont répondu présentes pour participer régulièrement aux réunions du groupe de pilotage animées par l'animatrice régionale : Mme Chantal Bils (asbl L'orchidée rose) et Mme Nezahat, participante aux activités de l'Orchidée Rose ; Dr. Dominique Filée (maison médicale) ; Mme Sarah Graindorge (assistante sociale du service social Liège Ouest) ; Mme Sarah Hibo (du Service étude des FPS) ; Dr. Arsène Lames (asbl Santé Nord-Sud) ; Mme Chantal Leva (directrice du CLPS de Liège) et Mme Evelyne Seret (bénévole du service social Liège Ouest).

Le groupe de pilotage a été amené à construire un diagnostic partagé sur base des informations récoltées par l'animatrice, à établir des pistes d'action sur base de ce diagnostic puis à choisir quelles seraient les actions à mettre en place sur le quartier pour répondre au diagnostic partagé.

## 5.2.2. Compte-rendu du diagnostic partagé

### Diagnostic social

Comme nous l'avons déjà décrit plus haut, Sainte-Marguerite a une vie sociale et associative très riche surtout dans le bas du quartier.

La proximité est importante. Les habitants quittent peu le quartier, ils privilégient, par exemple, les petits commerces du coin. C'est un quartier multiculturel qui comprend une grande partie de population à faible revenu dont environ la moitié des femmes. Celles ayant au-delà de 50 ans sont assez isolées.

Pour ces personnes, la santé passe après les préoccupations liées au logement, à la nourriture et au travail. La maison médicale apparaît comme une solution pour démocratiser les soins. Parmi notre public-cible, 54% vivent dans un logement de petit confort et 40% sont des BIM.

Beaucoup d'habitants éprouvent des difficultés pour lire et écrire, en particulier les femmes de notre public-cible. Elles ont besoin que quelqu'un leur lise leur courrier.

### Diagnostic épidémiologique

La ZAP que nous avons choisie obtient un taux de dépistage très proche de la moyenne wallonne (52% contre 56%). Le taux de dépistage par mammotest est de 8% pour Sainte-Marguerite. On peut donc le considérer comme similaire à la moyenne wallonne de 9%, bien que la Province de Liège organise un dépistage pour les femmes dès 40 ans via des cars itinérants et que, depuis 2009, une unité de mammographie agréée est située au centre de Sainte-Marguerite. Ces éléments associés au fait qu'une grande partie de la population vit dans la précarité et quitte peu le quartier devraient théoriquement favoriser le recours au dépistage organisé plutôt qu'au bilan sénologique, mais ce n'est pas le cas.

### Diagnostic comportemental

Le médecin est important dans le recours au dépistage. Beaucoup de femmes disent qu'elles ne se font dépister que si le médecin le leur a demandé.

Les médecins n'ont pas toujours l'occasion de rappeler les divers dépistages, ils ont souvent peu de temps et traitent ce qui est urgent. De plus, ils n'ont pas tous de programme de rappel et ne peuvent retenir les échéances des divers dépistages pour chaque patient-e.

À la maison médicale, les généralistes consacrent plus de temps à la prévention. Ils ont également un programme informatique qui leur rappelle les dépistages que la patiente doit effectuer. Ils invitent donc régulièrement les patientes à effectuer un mammotest. Mais même dans ces cas-là, la moitié des femmes n'y va pas.

Les médecins généralistes du quartier, de la maison médicale et les médecins de l'hôpital collaborent seulement entre eux de façon informelle. L'avis des médecins du quartier au sujet du mammotest est mitigé : certains sont pour, d'autres conseillent de recourir au bilan sénologique. Il semblerait que ce soit le cas à l'hôpital Saint-Joseph bien qu'il soit également une unité de mammographie agréée.

Une enquête de la maison médicale a révélé que la santé n'était pas la 1<sup>ère</sup> priorité des patients.

C'est aussi ce qui ressort des rencontres avec les habitants. Se nourrir chaque jour, avoir un emploi, avoir un logement sont les préoccupations premières. La santé vient après tout cela et ce sont les soins urgents, le curatif, qui priment sur la prévention.

De nombreuses femmes de notre public-cible consacrent beaucoup de temps à s'occuper des autres (enfants, petits-enfants, parents, etc.) mais s'occupent peu d'elles-mêmes. Cela s'observe dans leur comportement par rapport à la santé : elles font de la prévention lorsqu'elles sont enceintes, s'occupent de la santé de leur conjoint et de leurs enfants mais la leur passe après, s'il reste du temps et/ou de l'argent. Les femmes plus âgées sortent peu de chez elles. Pour certaines femmes, c'est également difficile d'aller « sur l'autre rive »<sup>1</sup>, elles restent plus volontiers dans le quartier.

La peur du cancer, de la mort, de l'examen, d'un résultat positif sont des freins au dépistage couramment évoqués.

Les femmes qui ne se sentent pas malades ne vont pas chez le médecin, ne font pas le dépistage.

<sup>1</sup> Liège est traversée par la Meuse. Une partie des habitants d'une rive vont rarement sur l'autre rive.

## Diagnostic éducationnel

Il y a une méconnaissance du programme de dépistage organisé, de sa gratuité. Les femmes le confondent avec le programme de la Province de Liège qui s'adresse aux femmes à partir de 40 ans.

Les médecins et professionnels de la santé estiment que les désaccords au sujet de la façon de dépister le cancer du sein décrédibilisent le dépistage aux yeux des femmes.

Le cancer suscite des émotions négatives : peur, tristesse, désolation, solitude.

Le mot « dépistage » est mal connu.

Les facteurs de risque du cancer sont peu connus.

## Diagnostic organisationnel

Depuis 2009, la ZAP dispose d'une unité de mammographie agréée sur son territoire. Le mammobile de la Province (unité mobile de dépistage, car) ne se rend dès lors plus dans le quartier car c'est trop proche de l'unité agréée.

Les médecins généralistes ainsi que la population disent manquer d'informations sur le programme de dépistage.

Les professionnels de la santé et acteurs sociaux estiment qu'il y a un problème de communication dans la promotion du dépistage du cancer du sein : il y a une confusion des messages Fédération Wallonie-Bruxelles - Province de Liège qui peuvent décrédibiliser le dépistage aux yeux des femmes. Il peut également y avoir interférence avec la campagne du pays d'origine pour les femmes immigrées. De plus, si le médecin généraliste ou le gynécologue n'est pas pour le programme organisé cela peut aussi déformer le message. 5 à 10% des femmes rencontrées se souviennent avoir reçu un courrier d'invitation au mammothest.

## Diagnostic environnemental

Le quartier est riche d'associations et divers services sociaux. Il est également bien fourni en structures médicales : médecins, maison médicale, ONE, hôpital, paramédicaux, etc. Ce quartier a fait l'objet de plusieurs plans de développement sociaux.

L'activité socioculturelle est concentrée dans le bas du quartier. Certains habitants évoquent l'insécurité dans cette même partie du quartier le soir.

En terme de mobilité, Sainte-Marguerite est scindée en 2 par un axe autoroutier. Les bus ne passent plus dans le quartier mais une gare des bus se trouve juste à côté avec un aménagement piéton vers la rue Sainte-Marguerite.

## Diagnostic partagé

## Pistes d'action

### SOCIAL

Très bon réseau social / Quartier multiculturel  
Beaucoup d'habitants en situation précaire : la santé n'est pas leur priorité.

*Relais acteurs sociaux interdisciplinaires.  
Prendre soin de sa santé malgré la précarité.*

### COMPORTEMENTAL

Femmes s'occupent des autres mais pas d'elles-mêmes.  
Pas malade → pas médecin.  
Pudeur/Peur examen, diagnostic positif.  
Influence du médecin dans la décision de dépistage.

*Sensibiliser à la prévention.  
Influencer positivement le comportement face à la santé.  
Sensibiliser les médecins.*

### ENVIRONNEMENTAL

Quartier scindé en Haut/Bas / mauvaise mobilité / trafic = danger pour piétons/ femmes 50-69 sortent peu de chez elles.

*Aller où les femmes se trouvent.  
Action vers les femmes isolées.*

### EPIDÉMIOLOGIQUE

Faible taux de dép. par MT sur le quartier.

*Informers sur le MT.*

### EDUCATIONNEL

Méconnaissance du corps, méconnaissance du programme de dépistage, méconnaissance du cancer.  
Croyance largement partagée que le cancer est une maladie toujours mortelle.

*Augmenter les connaissances de la population sur le corps humain, le dépistage, le cancer du sein.*

### ORGANISATIONNEL

Peu de femmes se souviennent avoir reçu une lettre d'invitation au mammothest.  
Confusion sur l'âge auquel le MT est gratuit et conseillé (MT/Province de Liège).  
Les médecins généralistes et la population manquent d'informations sur le dépistage.

*Améliorer la diffusion des informations sur le MT.  
Harmoniser les messages sur le MT.*

## 5.3. Les actions

### Choix

#### Information à destination du public cible

Pour répondre aux problèmes identifiés dans les diagnostics épidémiologique, social, éducationnel et organisationnel, la régionale a choisi de créer, avec l'aide des femmes du quartier, une animation en deux parties, à leur intention et à celle de leurs pairs.

La première séance d'animation était conçue pour gagner la confiance des femmes. Elle était consacrée à la santé globale de la femme. La seconde séance – lorsque les femmes étaient plus à l'aise – était consacrée plus spécifiquement à la santé des seins. L'objectif était de les informer pour qu'elles aient moins peur du cancer.

Ces séances d'animation étaient destinées dans un premier temps à des groupes de femmes déjà constitués. Puis, sur le principe des réunions « Tupperware », l'idée était d'inciter les femmes à réunir d'autres femmes du groupe-cible pour effectuer d'autres séances d'animation. Les animations auraient également été proposées par divers relais sur le quartier (médecins, pharmacies, assistants sociaux, etc.).

Après la participation à ces séances d'animation, les femmes régulièrement dépistées sont devenues des relais auprès des femmes non dépistées pour discuter du dépistage et des peurs en tout genre, les aider dans les démarches de prise de rendez-vous, les accompagner, etc.

#### En parallèle, information à destination des médecins

Le diagnostic organisationnel a permis de mettre en avant l'influence du médecin dans la décision de se faire dépister. Au niveau organisationnel, le manque d'informations dont souffrent les médecins à propos du dépistage a également été mis en évidence. Puisque les médecins ont ce rôle clé à jouer auprès des patientes, il semblait nécessaire, pour le groupe de pilotage et la régionale, d'agir également à leur rencontre.



### Objectifs

Les objectifs de l'action identifiés par la régionale sont :

- Augmenter les connaissances des femmes au point de vue de leur santé globale et plus spécifiquement du dépistage du cancer du sein.
- Sensibiliser de manière plus spécifique au dépistage du cancer du sein, le plus de femmes précarisées et/ou isolées, de l'âge de 50 à 69 ans, et habitant le quartier Ste Marguerite.
- Améliorer la diffusion de l'information relative au Mammotest sur le quartier Ste Marguerite.
- Sensibiliser à l'importance de créer des relais population interdisciplinaires dans le quartier Ste Marguerite en vue d'agir en autonomie et à long terme, sur la participation des femmes au dépistage du cancer du sein.

### Construction de l'animation avec les femmes

En décembre 2010, l'animatrice FPS a rencontré les animatrices de deux asbl (l'Orchidée Rose et le CLAJ) pour avoir quelques idées d'animation et solliciter la collaboration des femmes fréquentant leur asbl pour construire l'animation.

De janvier à mars 2011, l'animatrice a construit l'animation et l'a prétestée auprès des femmes fréquentant l'Orchidée rose et le CLAJ. Elle a également choisi avec l'aide des femmes un nom pour l'animation ainsi qu'un visuel pour le flyer.

L'animatrice a inséré une page de présentation de l'animation dans le journal du quartier (Salut Maurice !) du mois de février, une édition spéciale « Journée des femmes » *Salut Maurice...tte !*

### Déroulement

#### Information à destination du public cible

D'avril à juin, l'animation a été donnée à cinq groupes de femmes existants : l'asbl La Marguerite, l'asbl le CLAJ (Centre Liégeois d'Aide aux Jeunes), l'asbl l'Orchidée rose, le CPAS d'Oupeye et la Maison des Femmes d'ici et d'ailleurs (les deux derniers groupes ne sont pas dans la ZAP).

L'animatrice a également exploré la piste des relais-santé qui accompagneraient les femmes pour se faire dépister. Le groupe de pilotage a soulevé les problèmes éthiques que la mise en place de relais pourrait engendrer : comment gérer l'angoisse des femmes? Que faire si une femme se fait dépister et que son examen est positif? Quel encadrement doit-on éthiquement prévoir si nous incitons les femmes à se faire dépister et/ou nous les accompagnons pour passer le mammothest?

La Fondation contre le cancer disposait de bénévoles formés mais pas suffisamment pour collaborer à notre projet. L'idée a donc été abandonnée.

### En parallèle, information à destination des médecins

Durant le mois de juin, l'animatrice a présenté le projet « ZAP-dépistage du cancer du sein » au GLEM. Douze médecins généralistes du quartier Sainte-Marguerite étaient présents et ont fait part de leur intérêt pour une formation ou une table-ronde à destination des médecins. Mais cette demande n'a pas pu être rencontrée en tant que telle dans les délais du projet.

## 5.4. A retenir de cette expérience

L'action choisie pour le quartier Ste Marguerite a permis de répondre au besoin d'information sur le cancer du sein et son dépistage mais aussi de déconstruire les peurs et autres freins éducationnels qui émergent lorsque l'on parle de dépistage du cancer du sein.

L'approche se veut également intime, conviviale, proche des gens, un moment pour exprimer leur ressenti vis-à-vis de la thématique.

Lors de la conception du projet et du diagnostic partagé l'animatrice a mis en évidence qu'il était difficile de toucher le public-cible. Cette animation s'adressait à des groupes de femmes divers et déjà constitués (ex. groupes d'alphabétisation) mais avec l'objectif d'avoir un effet boule de neige et de pouvoir toucher, à moyen terme, des personnes plus isolées. La création d'une telle action en collaboration avec des repré-



sentants du public-cible nécessitait des ressources telles que : bon ancrage sur le terrain pour faciliter la collaboration avec le public-cible, temps (démarche sur le long terme, temps pour construire les partenariats etc.) et compétences d'animations.

La régionale a reçu peu de réponses aux questionnaires adressés aux femmes et médecins dans la phase de diagnostic. L'hypothèse de la langue maternelle comme barrière à la compréhension de l'invitation au mammothest semble pouvoir être rejetée.

Lors du diagnostic, il est apparu que la traduction du courrier dans la langue maternelle pour les personnes d'origine étrangère n'améliorait pas la réception d'information. Selon les femmes rencontrées lors du diagnostic, il semble que la plupart des femmes d'origine étrangère parlent la langue maternelle mais ne la lisent pas.

Cette expérience nous a conduit à nous interroger sur l'utilité de l'écrit pour diffuser/récolter des informations sur ce thème.

### Résultats de l'action

L'animation a été présentée à cinq groupes de femmes soit un total de 39 femmes.

La création de l'animation et sa validation auprès du public-cible a pris plus de temps que prévu. Il restait alors peu de temps pour bien faire connaître l'animation, toucher suffisamment de groupes de femmes pour obtenir un effet boule de neige et atteindre des personnes plus isolées.

La régionale n'a pas abandonné la thématique ni la démarche. Elle a intégré l'animation dans le répertoire d'Espace Santé et a continué à la proposer au sein du quartier et, plus largement qu'à la ZAP, à toutes les personnes intéressées.

Pour les personnes qui ont suivi l'animation, l'impact a été plutôt positif. Toutes les participantes se sont exprimées et ont posé des questions sur le dépistage du cancer du sein. L'animatrice a quelques fois ressenti une légère gêne pour certaines femmes en présence de photos de femmes dénudées dans le photo-langage et lors de la projection du film.

Mais elles ont participé à la seconde séance et ont pu exprimer leur malaise à travers d'autres images. L'animatrice a aussi ressenti la difficulté pour les participantes d'ouvrir le débat et de prendre la parole en "public" sur des thématiques "intimes". Mais avec une animation en deux séances, elle a également constaté que les femmes étaient plus à l'aise pour parler à la seconde séance. La confiance paraît importante dans ce type de démarche.

L'ensemble des partenaires s'accordent pour dire que les femmes au-delà de 50 ans sont difficiles à toucher, qu'elles sortent peu de chez elles, qu'elles vont peu dans les associations. Les associations comptent des personnes plus jeunes, qui ont souvent moins de 50 ans. Les partenaires et l'animatrice régionale entendent donc persévérer dans la sensibilisation de ces personnes.

Le succès d'une animation telle que celle conçue dans ce projet et sa diffusion idéale nécessite que l'animateur-trice soit bien connu-e sur le terrain, de gagner la confiance des femmes pour qu'elles en parlent autour d'elles et puissent faire bouger celles qui ne sortent pas. L'effet boule de neige demande un long travail d'insertion sur le terrain pour acquérir une certaine reconnaissance/légitimité dans une thématique donnée. C'est un processus lent qui nous paraît difficilement réalisable dans le timing du projet.

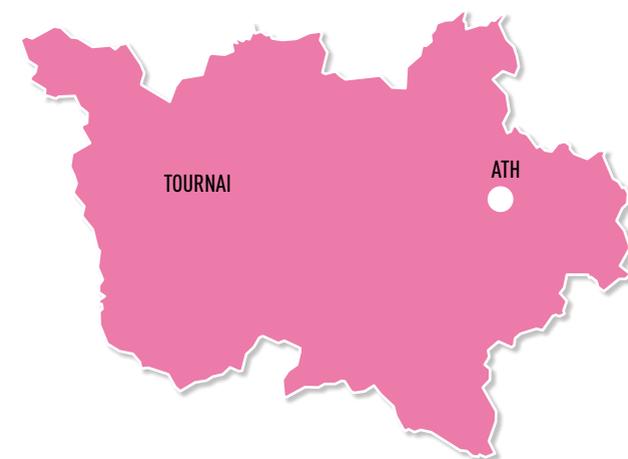
Le diagnostic partagé avait mis en évidence l'importance du rôle des médecins en matière de prévention. Ils sont le référent privilégié en matière de santé pour la plupart des personnes. La mise en place de l'action a encore souligné l'importance de ce rôle. Dans la mesure où une grande partie du public-cible est difficile à toucher, il nous paraît toujours important de les impliquer. Pour certaines femmes, le médecin est l'une des rares personnes qu'elles côtoient en dehors de leurs proches. C'est un précieux allié pour atteindre ces femmes. Les délais du projet n'ont pas permis à la régionale de renforcer l'action à leur égard.

## Prolongement du projet

Dans le cadre du mois du cancer du sein (octobre 2011), en collaboration avec la Fondation Réseau Solidaris, Espace Santé a mis en place trois projets de sensibilisation au dépistage du cancer du sein à destination des médecins et des affiliées concernées par ce dépistage :

- « **Dépistage du cancer du sein, pistes et réflexions pour améliorer les messages destinés aux femmes de la région liégeoise** » : table ronde sur le dépistage du cancer du sein où ont été invités 1000 médecins généralistes et gynécologues de Liège et des communes voisines. La table ronde a été annulée faute de participants.
- « **Mammotest : allez, je me lance...** » : affiche de sensibilisation au dépistage du cancer du sein envoyée aux 1000 médecins généralistes et gynécologues invités à la table ronde.
- « **Santé des seins / mode d'emploi** » : brochure à destination des femmes concernées par le dépistage du cancer du sein. Elle a été envoyée à 8617 affiliées Solidaris âgées de 50 à 69 ans et habitant Liège et ses environs. 10.000 autres affiliées de la même tranche d'âge ont reçu une lettre de sensibilisation au dépistage du cancer du sein et annonçant la disponibilité de la brochure.

## CHAUSSÉE DE MONS, ATH



## 6. Chaussée de Mons, Ath

### 6.1. Description de la ZAP

Le quartier choisi se trouve à Ath, c'est une longue zone traversée par la Chaussée de Mons, une voie rapide, bordée de commerces et d'écoles.

La chaussée de Mons, qui relie Mons à Ath, est un lieu très fréquenté pour ses commerces par les gens de passage.

Cette ZAP comprend un quartier avec une grande partie d'habitations sociales et un quartier résidentiel plus « huppé », que l'on pourrait qualifier de « quartier dortoir ». Il est principalement habité par les travailleurs de la capitale qui sont peu présents la journée.

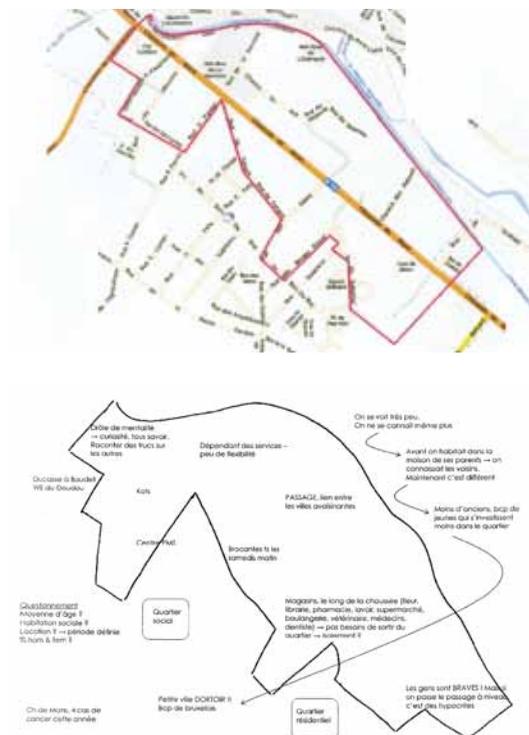
Une grande partie des personnes vivant dans le quartier des habitats sociaux sont en situation de précarité et d'isolement. Ils sortent peu de chez eux et n'ont pas besoin de sortir du quartier pour faire leurs courses, aller chez le médecin etc. car tout se trouve à proximité.

#### 6.1.1. Données statistiques

	Chaussée de Mons <sup>1</sup>		Wallonie <sup>2</sup>	Belgique <sup>3</sup>
Affiliées 50-69 ans	N = 196		---	---
Dépistées	91	46%	56%	61%
Mammotest	22	11%	9%	30%
Mammo diagn.	69	35%	47%	31%
% MT parmi dépistées	--	24%	16%	49%

#### 6.1.2. Pourquoi cette ZAP ?

Cette ZAP a été choisie par la régionale car c'est une zone qu'elle connaît peu et où elle n'a pas d'activité. Elle voulait profiter du projet pour créer des partenariats et se faire connaître des habitants.



<sup>1</sup> Données l'UNMS, dépistage effectué durant les années 2007 et 2008.

<sup>2</sup> 7<sup>ème</sup> rapport de l'AIM, dépistage effectué durant les années 2006 et 2007.

<sup>3</sup> Idem.

## 6.2. Le diagnostic partagé

### 6.2.1. La démarche

#### Gruppe de pilotage

La régionale a opté pour la mise sur pied d'un Groupe de pilotage rassemblant des professionnels : un Médecin-Conseil pensionné de la Mutualité Socialiste ; deux infirmières de la CSD ; un animateur du PCS.

Ce groupe de pilotage a accompagné la partie diagnostic partagé du projet. Suite aux changements d'attributions de ses membres, ce groupe s'est dissous en mars 2011.

#### Réalisation du diagnostic partagé

C'est sur base de l'expertise des membres du groupe de pilotage que le diagnostic partagé a été construit.

Lors de deux réunions de travail, les participants ont été invités à échanger autour de leurs représentations du quartier et autour du cancer et du dépistage puis à proposer des pistes d'actions pour faire changer les choses sur le quartier.

Parallèlement au travail de diagnostic partagé mené par l'animatrice auprès des acteurs sociaux de la ZAP, une stagiaire a réalisé des entretiens approfondi auprès de dix femmes du groupe cible dans le but d'identifier leur attitude par rapport au dépistage.

## 6.2.2. Compte-rendu du diagnostic partagé

Diagnostic partagé	Pistes d'action
<b>SOCIAL</b>	
Quartier dortoir, lieu de passage. Isolement. Les jeunes ne s'investissent pas. Peu de lien social.	<i>Créer un lieu de rencontre, lieu d'échange. Amener un car de dépistage.</i>
<b>COMPORTEMENTAL</b>	
Mentalité : curiosité, espionnage des voisins. Les personnes privilégient le curatif. Jeunes seniors actives qui ont autre chose à penser que se faire dépister.	<i>Donner des informations sur la santé de façon plus large, pas uniquement sur le dépistage du cancer du sein.</i>
<b>EPIDÉMIOLOGIQUE</b>	
Taux de dépistage par mammothest un peu supérieur à la moyenne wallonne.	<i>Privilégier le dépistage par mammothest.</i>
<b>ENVIRONNEMENTAL</b>	
Plusieurs fêtes locales qui réunissent les habitants. Les femmes suivent l'avis du médecin généraliste. Beaucoup de magasins.	<i>Sensibiliser les médecins généralistes à la prévention.</i>
<b>EDUCATIONNEL</b>	
Croyances diverses : forcer le destin, déni, fatalité. Peur du médical : entrer dans la spirale de soins, « quand on cherche, on trouve ». Peur du diagnostic : être vu comme malade, atteinte à la féminité. Dépistage = mode. Trop d'infos contradictoires.	<i>Stand d'information avec réflexion autour du cancer (gratuit, etc.). Information personnelle, orale, via le guichet mutuelle ou les assistantes sociales, à la sortie des magasins.</i>
<b>ORGANISATIONNEL</b>	
Clinique du sein sur la ZAP. 2 médecins spécialistes, CSD. Dépendance du service social, peu de flexibilité.	

## 6.3. Les actions

### Choix

Le choix de l'action mise en place reposait sur les éléments du diagnostic partagé de lien social quasi inexistant, de lieu de passage, de quartier dortoir, d'habitants qui sortaient peu de chez eux et d'absence de lieu de rassemblement.

Sur cette base, la régionale a conclu qu'il fallait aller trouver les personnes du groupe-cible chez elles pour les toucher et a choisi d'agir par le biais des aides familiales et des assistantes sociales qui se rendaient régulièrement chez les habitants du quartier.

L'action mise en place par la régionale consistait à former les professionnels présents sur le quartier (aide soignantes et infirmières -CSD, SAFTAM, CPAS) en tant que Relais-population-cancers féminins. La régionale a également envisagé un accompagnement des relais sur le long terme afin de dynamiser le réseau constitué et de maintenir la motivation.

Via la formation de relais-population, l'objectif visé par la régionale était d'adopter une démarche de sensibilisation et de communication appropriée aux différents publics féminins rencontrés et à leur contexte environnemental et socio-culturel.

### Construction et déroulement de l'action

Pour être davantage outillée dans la conception de la formation des relais, l'animatrice régionale a suivi la formation « Relais-population cancers féminins » organisée par l'ASBL Carolo Prévention Santé.

C'est sur base de cette formation que l'animatrice a conçu celle qui serait dispensée aux acteurs ressources de la ZAP. La formation tenait en quatre séances conduites par l'animatrice. Elle a été suivie par les assistantes sociales et les aides familiales de la CSD.

Lors des quatre séances, le groupe a abordé : les représentations liées aux cancers féminins, les freins et leviers au dépistage de ces cancers, le rôle d'un relais-population et l'écoute active. Un radiologue, une sexologue et un médecin généraliste ont été invités aux diverses séances pour aborder : les représentations des femmes par rapport au cancer ; la sexualité ; ce qu'est le can-

cer du sein et comment le dépister ; et les méthodes et moyens de prévention des cancers féminins par le médecin généraliste.

Avec cette formation, les personnes-relais disposaient d'une meilleure connaissance des cancers féminins et étaient capables de répondre aux éventuelles questions qui leur seraient posées sur ce sujet.

La régionale a choisi de laisser les relais libres de l'utilisation qui serait faite des connaissances acquises, c'est-à-dire de leur laisser le choix d'aborder elles-mêmes le dépistage du cancer du sein lorsqu'elle rencontraient les femmes concernées ou d'attendre une demande de ces dernières.

### *Suivi de l'action*

La régionale a choisi de poursuivre son action sur le dépistage du cancer du sein après la fin du projet commun.

Suite à une demande émanant des participantes à la formation, elle a prévu d'inviter en 2012 les relais-population à une visite de la clinique du sein.

Lors de la rencontre de nouveaux groupes de femmes dans le cadre des activités de tout type des FPS, l'animatrice a prévu de leur donner une mini-information sur le dépistage du cancer du sein.

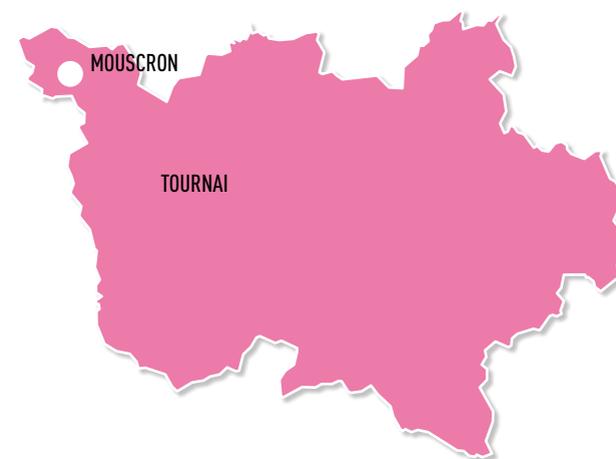
La formation d'un nouveau groupe de personnes-relais a également été prévue pour le second semestre 2013.

## 6.4. A retenir de cette expérience

L'action mise en place par la régionale FPS de TAM était en adéquation avec le manque de lieux de rencontre sur la ZAP et l'isolement social des personnes. Elle entendait y apporter une solution en formant les professionnels qui étaient en contact direct avec les femmes du public-cible.

La difficulté dans cette démarche était de pouvoir s'assurer de la démarche proactive des relais. La formation de personnes-relais doit donner l'envie aux futurs relais d'adopter une démarche proactive vis-à-vis du public. Idéalement, il faudrait prévoir dans la formation un module d'écoute active pour outiller les relais dans leurs interactions avec le public.

## MONT-À-LEUX, MOUSCRON



## 7. Mont-à-Leux, Mouscron

### 7.1. Description de la ZAP

Le quartier du Mont-à-Leux à Mouscron se situe à côté de la frontière française. C'est un quartier de transit, avec une grande partie de population d'origine française. Le Mont-à-Leux est considéré comme un quartier d'immigration.

Il comporte des logements sociaux et de nombreuses habitations insalubres. C'est un quartier avec mauvaise réputation mais qui, selon les habitants, est en réalité agréable à vivre.

On y trouve des écoles, des crèches, de nombreux commerces, un guichet de la Mutualité Socialiste du Hainaut Occidental, quelques associations ainsi que plusieurs médecins et paramédicaux.

#### 7.1.1. Données statistiques

	Mont-à-Leux <sup>1</sup>		Wallonie <sup>2</sup>	Belgique <sup>3</sup>
Affiliées 50-69 ans	N = 158		---	---
Dépistées	66	41%	56%	61%
Mammothest	25	15%	9%	30%
Mammo diagn.	41	26%	47%	31%
% MT parmi dépistées	--	38%	16%	49%

<sup>1</sup> Données l'UNMS, dépistage effectué durant les années 2007 et 2008.

<sup>2</sup> 7<sup>ème</sup> rapport de l'AIM, dépistage effectué durant les années 2006 et 2007.

<sup>3</sup> Idem.



#### 7.1.2. Pourquoi cette ZAP ?

La régionale a choisi de mettre en place un projet sur ce quartier car une permanence de la Mutualité Socialiste s'y trouve. Le quartier compte également un groupe à projets qui organise chaque année une fête des voisins. Le choix s'est également porté sur ce quartier car l'animatrice en charge du projet connaît bien le quartier. Elle a donc une connaissance préalable du terrain qui peut faciliter la mise en place de partenariats.

## 7.2. Le diagnostic partagé

### 7.2.1. La démarche

#### Groupe de pilotage

Pour la constitution du groupe de pilotage, la régionale a choisi de privilégier le réseau direct de la Mutualité Socialiste et a sollicité toute une série d'acteurs ayant une bonne connaissance de la ZAP et de ses habitantes. Le groupe de pilotage était composé : du conseiller d'agence de la mutualité, de l'assistante sociale du Service social de la Mutualité Socialiste qui travaille dans le quartier, d'une infirmière de la CSD, d'une aide familiale de la CSD et de deux habitantes du quartier qui prenaient activement part à la vie de celui-ci.

#### Réalisation du diagnostic partagé

L'animatrice régionale a invité les membres du groupe de pilotage à deux séances de travail pour récolter leur expertise sur le quartier et plus particulièrement leurs informations sur l'attitude du public-cible vis-à-vis du dépistage du cancer du sein.

Lors de ces réunions, les participant-e-s ont été invité-e-s à répondre aux questions « le quartier du Mont-à-Leux vous fait penser à quoi ? », « c'est quoi pour vous le cancer ? », « c'est quoi pour vous le dépistage ? », « quels pourraient être les freins au dépistage du cancer du sein ? », « quelles sont les actions à mettre en place dans le quartier ? ».

Parallèlement au travail de diagnostic partagé mené par l'animatrice auprès des personnes ressources de la ZAP, une stagiaire a réalisé des entretiens approfondis auprès de dix femmes du groupe cible dans le but d'identifier l'attitude de ces femmes par rapport au dépistage.

## 7.2.2. Compte-rendu du diagnostic partagé

### Social

Précarité sociale : violence conjugale, alcoolisme, illettrisme, consommation et trafic de drogues.

Précarité économique : 32% de BIM dans le public-cible, important taux de chômage (femmes : 20,5 %, population totale : 17,5 %), plus faible que dans la Province du Hainaut mais plus élevé que la moyenne nationale.

### Epidémiologique

La ZAP présente un taux de dépistage plus faible que dans les quartiers limitrophes.

Le taux de dépistage total est faible mais le taux de dépistage par mammothest est meilleur qu'en Wallonie (15% contre 11%).

### Comportemental

Pas de comportement de prévention, la majorité des personnes se rendent chez le médecin lorsqu'elles sont malades.

### Environnemental

Problèmes de mobilité pour les piétons et cyclistes : les rues sont étroites, peu de lignes de bus.

### Educationnel

Peurs et croyances diverses par rapport au cancer (maladie grave, traitement lourd, mutilation, mort, sujet tabou, progression dans le traitement) et au dépistage (ca fait mal, ca écrase les seins, etc.).

Pas envie de remettre en question sa santé.

### Organisationnel

Plusieurs femmes disent ne pas avoir reçu de lettre d'invitation au dépistage. D'autres ont fait part de la lenteur pour obtenir les résultats d'examen.

## Diagnostic partagé

## Pistes d'action

### SOCIAL

Quartier frontalier, mauvaise réputation.  
Précarité sociale aigue (illettrisme, violence conjugale).  
75% de logements de petit confort.

*Travailler sur d'autres thématiques que le cancer du sein.  
Aider à la compréhension du courrier.*

### COMPORTEMENTAL

Courrier par reçu, pas reçu résultats → méfiance  
Mauvais accueil par les infirmières.  
Médecin généraliste conseille la mammographie.  
Pas de comportement préventif en matière de santé.

*Système de motivation, d'accompagnement avec des personnes de confiance pour aller faire le dépistage.  
Inviter une femme qui raconte son vécu pour dédramatiser.  
Travailler sur les représentations et mieux informer.*

### EPIDÉMIOLOGIQUE

41% de taux de dépistage.  
Mais 40% de mammothest parmi les dépistées.

*Augmenter le dépistage.*

### ENVIRONNEMENTAL

Quartier frontalier.  
Bons liens sociaux entre les anciens du quartier.  
Problèmes de mobilité.

### EDUCATIONNEL

Peur de l'examen.  
Dépistage = remettre en question sa santé.  
Cancer = mort, sujet tabou, mutilation.

*Créer des relations de proximité avec : services sociaux, médecins, infirmières, aides-soignantes.  
Avoir une personne de référence « dépistage du cancer du sein » dans le quartier.*

### ORGANISATIONNEL

Problème de réception du courrier d'invitation.  
Long délai de réception des résultats.

*Améliorer la diffusion du courrier d'invitation et le retour des résultats des mammothests.*

## 7.3. Les actions

### Choix

Les éléments clé du diagnostic, ont conduit le groupe de pilotage à retenir 3 pistes d'action :

- Travailler sur les représentations et mieux informer.
- Avoir une personne de référence dépistage du cancer du sein sur le quartier.
- Inviter une femme qui raconte son vécu par rapport au cancer pour dédramatiser.

La régionale a choisi d'organiser une séance d'information sur le mammothest à destination des femmes qui ont été contactées en 2011 dans le cadre du programme de dépistage. Les objectifs de l'action étaient de donner aux femmes concernées un maximum de chances de participer au dépistage en toute connaissance de cause, de travailler sur les représentations et également de fidéliser les femmes effectuant déjà le dépistage.

### Construction et déroulement de l'action

En 2011, 80 habitantes<sup>1</sup> ont reçu l'invitation de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour effectuer un mammothest. La régionale et le groupe de pilotage ont choisi d'inviter ces femmes à la séance d'information via un courrier à en-tête de la Mutualité Socialiste. Le courrier rédigé par l'animatrice a été relu par un groupe de « Lire et écrire » pour en vérifier la compréhension par les femmes.

L'information a également été relayée par les membres du groupe de pilotage, particulièrement par le conseiller de la Mutualité Socialiste du quartier qui disposait du listing des femmes concernées pour rappeler l'invitation à celles qu'il recevait au guichet.

C'est l'animatrice régionale qui a conçu la séance d'information et qui l'a animée. Le contenu de l'animation a été validé par le groupe de pilotage. Un médecin du quartier a été invité à participer à l'animation pour répondre aux éventuelles questions plus précises des femmes.

<sup>1</sup> Selon les données de la Mutualité Socialiste du Hainaut Occidental.

L'animatrice a contacté par téléphone environ 15 femmes invitées à la séance d'information pour savoir si elles avaient bien reçu l'invitation et si elles participaient à la séance d'information. Les réponses reçues étaient qu'elles participaient déjà au dépistage, qu'elles n'avaient pas besoin d'information, qu'elles n'avaient pas de temps, qu'elles travaillaient ou encore que ça ne les intéressait pas.

La séance d'information a eu lieu fin avril, de 18h30 à 20h30, dans un local réservé aux diverses rencontres associatives situé sur la ZAP. Seule une femme était présente.

Pour donner suite au projet, la régionale a décidé de programmer, lors de permanences mutualistes, des rencontres individuelles d'information au sujet du dépistage du cancer du sein. Fin mai, l'animatrice a rencontré sept femmes lors de ces permanences. Le travail sur le quartier s'est poursuivi mais sur des thématiques moins sensibles et plus abordables autres que le dépistage du cancer du sein.

## 7.4. A retenir de cette expérience

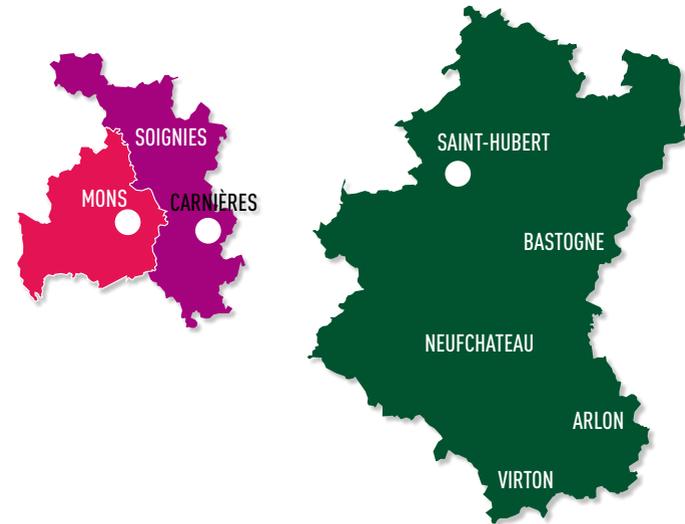
L'action choisie pour la ZAP voulait apporter une réponse au manque d'information identifié dans le diagnostic partagé. L'action tenait aussi compte de l'invitation que les femmes avaient ou allaient recevoir de la part du Centre de Référence pour les Cancers pour participer au dépistage du cancer du sein. Les femmes qui recevaient cette invitation en 2011 ont reçu une invitation personnalisée de la part de la Mutualité Socialiste.

La régionale a choisi d'envoyer le courrier au nom de la Mutualité Socialiste car était est identifiée comme référent en matière de santé.

L'action n'a cependant pas recueilli la participation attendue puisque sur les 80 affiliées qui ont reçu l'invitation, une seule s'est rendue à la rencontre.

Les contacts individuels à la permanence de la Mutualité Socialiste rapidement mis en place après l'échec de la rencontre ont nécessité moins de temps de préparation pour toucher davantage et plus certainement les femmes.

## ST HUBERT, CARNIÈRES-CENTRE, MONS-CENTRE



## 8. Trois autres projets

Trois projets, pour des raisons principalement organisationnelles, n'ont eu qu'un développement très partiel. En voici un bref descriptif.

### Saint-Hubert, Nord et Centre

La zone d'action initialement choisie par la régionale FPS de Luxembourg était le centre de Saint-Hubert. Cette ZAP a été choisie car elle comptait un public plutôt fragilisé et qu'elle se trouvait à proximité du siège des FPS. Mais face à la difficulté de trouver des partenaires dans ce quartier, la zone d'action a été étendue à l'ensemble de la ville de St Hubert.

L'animatrice en charge du projet a organisé une table-ronde à laquelle ont été invitées les affiliées de la Mutualité Socialiste âgées de 50 à 69 ans par un courrier nominatif. A l'issue de cette rencontre, les treize participantes ont complété un questionnaire sur leur comportement par rapport au dépistage du cancer du sein et les freins et leviers à ce dépistage.

Les constats de l'enquête étaient : méconnaissance du cancer (cancer = mort) et du dépistage, de la différence entre mammotest et mammographie, peur du cancer.

Sur base de cette enquête et du travail de diagnostic partagé réalisé par les autres régionales, l'action de la régionale de Luxembourg était d'organiser une formation à destination des aides familiales de la CSD pour qu'elles deviennent des relais dépistage du cancer du sein auprès du public-cible qu'elles côtoient quotidiennement dans leur travail.

La formation d'un jour a lieu au début du mois de juin 2011. Neuf aide-familiales et une garde-malade étaient présentes. Les participantes ont été invitées à remplir un questionnaire chaque fois qu'elles avaient l'occasion de parler du dépistage du cancer du sein avec leurs bénéficiaires.



De juin à août, cinq questionnaires ont été complétés par les personnes-relais et renvoyés à l'animatrice.

### Carnières-Centre

Le **diagnostic** a été réalisé sur base de la récolte de l'avis des femmes. L'animatrice en charge du projet a rédigé un questionnaire à destination des femmes pour savoir ce qu'elles savaient du mammothest, du cancer du sein et pour identifier les freins et incitants au dépistage. Les membres du comité local ont rencontré les femmes du public-cible à différents endroits de la ZAP (marché, permanence mutuelle, ONE, CPAS, etc.) et ont rempli le questionnaire avec elles. Au total, elles ont récolté l'avis de 46 femmes.

Les éléments qui sont ressortis des questionnaires étaient : la confusion entre mammothest et mammographie, la peur d'un résultat positif, l'importance du médecin dans la décision de se faire dépister, la non association de la « campagne mammothest » (visuels avec les seins animés) de la Fédération Wallonie-Bruxelles avec le dépistage du cancer du sein.

Après cette phase de diagnostic, l'animatrice a constitué un **groupe de pilotage** comprenant une personne ressource de l'Observation de la Santé du Hainaut, une assistante sociale de la Mutualité Socialiste et la présidente du comité local FPS. Ce groupe de pilotage a validé l'action prévue par l'animatrice et a aidé à son élaboration.

**L'action** choisie par l'animatrice était une conférence-débat intitulée « Mieux comprendre le cancer du sein ». Les femmes ont été invitées par plusieurs canaux : journal de la mutuelle, presse locale, radio, facebook, sites internet. Cette action n'a pas réuni les femmes du public-cible. Les seules personnes présentes étaient une dizaine d'étudiantes infirmières.

## Mons-Centre

Le choix de la régionale s'est porté sur le quartier du centre de Mons parce qu'elle y a un bon ancrage, les bureaux des FPS et de la Mutualité Socialiste sont situés juste à côté de la ZAP et sont très visibles.

C'est un quartier de centre-ville dans lequel on retrouve de nombreuses administrations et des écoles. Les commerces sont en dehors du quartier, les habitants doivent utiliser leur voiture ou les transports en commun pour s'y rendre. C'est un quartier très fréquenté le jour mais désert et réputé dangereux la nuit.

La régionale a opté pour un **groupe de pilotage** rassemblant des acteurs ressources de la ZAP : l'animatrice FPS, une assistante sociale du Service social de la mutualité, une animatrice du Planning familial, la responsable du comité local FPS, une dame de l'asbl cancer 7000.

Le groupe de pilotage a échangé sur les représentations sur le quartier statistique, les freins au dépistage et a mis au point un questionnaire à remplir avec les femmes du quartier pour récolter leur avis au sujet du dépistage du cancer du sein.

Pour rencontrer les femmes et remplir les questionnaires, les femmes du public-cible ont été invitées à un petit-déjeuner sur la prévention du cancer. Douze femmes étaient présentes.

**Le diagnostic partagé** basé sur les échanges des acteurs de terrain et les questionnaires remplis par les femmes a permis de mettre en évidence : le manque d'informations des femmes sur le cancer du sein et le dépistage, des problèmes dans la réception du courrier d'invitation de la Fédération Wallonie-Bruxelles, le manque d'information des femmes sur le mammothest (gratuité, efficacité), la difficulté d'entrer en contact avec les habitants (maisons boîtes-aux-lettres), la difficulté de rencontrer les femmes du public-cible d'origine africaine.

Pour pallier le manque d'information, **l'action** choisie par la régionale était d'organiser des conférences et tables-rondes sur divers aspects du cancer du sein.

Les affiliées à la Mutualité Socialiste de Mons-Borinage habitant la ZAP et âgées de 50 à 69 ans ont reçu un courrier d'invitation nominatif à ces conférences et tables-rondes. Des folders publicitaires ont été déposés à divers endroits susceptibles d'être fréquentés par le public-cible : à l'accueil de la permanence de la Mutualité Socialiste-Solidaris (Espace gen2bien), au centre de planning familial, à l'asbl Cancer 7000 et à l'hôpital Ambroise Paré. L'information a également été diffusée par les assistantes sociales du service social de la Mutualité Socialiste-Solidaris, dans une communication Facebook de l'asbl Cancer 7000 et par le comité local des FPS de Mons.

Sept femmes ont participé à la conférence et une femme a participé à la première table-ronde. Les trois dernières tables-rondes ont été annulées faute de participants.

### Conférence

#### Le cancer du sein : vérités et idées reçues

Par le Pr. Vander Steichel, Directeur médical, Fondation contre le cancer

Le Dr. Paquay, Sénologue, RHMS de Baudour

Le Dr. Baldewyns, Coordinateur du Service Promotion de la Santé, UNMS

Madame André, Présidente de l'asbl Cancer 7000

### Tables rondes

#### Ce que la Mutualité peut vous apporter en matière de soutien, aide, services

Animé par le Service Social de la Mutualité Socialiste et la CSD

#### Bien dans son corps, bien dans sa tête

Animé par l'équipe pluridisciplinaire de la clinique du sein d'Ambroise Paré (Infirmières, Éthicienne)

#### Présentation de l'asbl Cancer 7000 pour parler du cancer sans tabou

Animé par la présidente de l'ASBL et une assistante sociale de la Mutualité Socialiste

#### La vie, ça bouge...

Animé par une kinésithérapeute en oncologie du CHU Ambroise Paré

## 4. BILAN DES EXPÉRIENCES

Après l'exposé de la conception et de la réalisation des divers projets régionaux, ce chapitre va s'attacher à distinguer les éléments communs et particuliers aux ZAP que les projets ont permis de dégager.

L'objet de cette partie est d'analyser l'impact du projet sur le dépistage du cancer du sein, de pouvoir identifier l'apport de la démarche de recherche-action dans l'atteinte de notre objectif de santé publique mais aussi de dégager des pistes d'action pour une démarche similaire sur une autre thématique.

De manière transversale aux différentes ZAP, nous passerons en revue les grandes étapes du projet afin d'en dégager les conclusions communes et particulières. Nous analyserons ensuite la participation effective aux diverses actions en comparaison avec les attentes de départ puis nous dresserons une synthèse de l'opportunité de mettre en place l'une ou l'autre action en fonction de l'objectif voulu.

## 1. Choix de la Zone d'Action Prioritaire

Rappelons que le premier critère de choix d'une ZAP est son faible taux de dépistage. Toutes les ZAP choisies pour le projet sont issues d'une sélection de quartiers ayant un faible taux de dépistage (pour les détails, cf. introduction de la partie 3. Expériences locales).

Le tableau ci-dessous est construit sur base des informations contenues dans la partie 3. de ce rapport. Il reprend les diverses raisons du choix des zones d'action.

Critères de choix	Momignies	Couvin	Ste Marguerite	Wavre	Evere & Schbeek	Chée de Mons	Mont-à-Leux	Mons-Centre	St Hubert	Carrières
	Public précaire	x	x		x	x	x			
Public mixte			x							
Comité local FPS	x				x			x		x
Bon tissu associatif	x		x							
Lieu de rencontre (FPS ou MS)	x	x	x	x		x			x	
Proximité bureaux FPS				x				x	x	
Connaissance du quartier	x		x			x				
Méconnaissance du quartier				x			x			
Développer projet santé	x						x			

Après l'identification des quartiers ayant un faible taux de dépistage, le choix des ZAP s'est fait sur base de plusieurs critères, variables selon les régionales.

La plupart des ZAP choisies l'ont été en raison du nombre élevé d'habitants en situation précaire (identifiés dans nos données par les personnes habitant un logement de petit confort et/ou BIM).

Trois régionales ont choisi de travailler dans un quartier connu pour faciliter la construction de partenariats ainsi que la mise en place du groupe de pilotage et des actions. Deux autres régionales ont choisi un quartier peu ou pas connu pour profiter du travail effectué pour mettre en place d'autres projets à l'issue de celui-ci. Dans le même ordre d'idée, deux ZAP ont été choisies car les FPS n'avaient pas encore développé de projet santé à cet endroit.

Trois régionales ont opté pour une ZAP proche d'infrastructures de la Mutualité Socialiste-Solidaris et/ou des FPS pour disposer d'un lieu de rencontre identifié pour les réunions ou autres activités menées dans le cadre du projet.

Quatre régionales ont choisi une zone de travail où elles disposent d'un comité local FPS, ce qui a permis de faciliter la mise en place des actions et le relais des informations auprès de la population.

## 2. Diagnostic partagé

### Constitution du groupe de pilotage<sup>1</sup>

	Composition GP	Suivi par le GP	Rencontre d'acteurs
<b>Wavre</b>	---	---	Acteurs sociaux
<b>Evere et Schaerbeek</b>	Comité local (femmes, public-cible)	DP + actions	Femmes, médecin
<b>Momignies</b>	Comité local (femmes, public-cible)	DP + actions	Femmes, médecins, acteurs sociaux
<b>Couvin</b>	---	---	Femmes, médecins, acteurs sociaux
<b>Ste Marguerite</b>	Médecins, acteurs sociaux, femmes	DP + actions	Femmes, médecins, acteurs sociaux
<b>Chée de Mons</b>	Acteurs sociaux	DP + actions	Femmes, acteurs sociaux
<b>Mont-à-Leux</b>	Acteurs sociaux	DP + actions	Femmes, acteurs sociaux
<b>Mons-Centre</b>	Acteurs sociaux	DP + actions	Femmes, acteurs sociaux
<b>St Hubert</b>	---	---	Femmes
<b>Carnières</b>	---	---	Femmes

<sup>1</sup> Le tableau ci-dessous est construit sur base des informations contenues dans la partie 3. de ce rapport.

Selon la connaissance du terrain, les opportunités, et le temps disponible pour mener à bien le projet, les animatrices régionales ont pu constituer ou non un groupe de pilotage et rencontrer toute une série d'acteurs.

Quatre projets se sont déroulés sans groupe de pilotage. **St Hubert** et **Carnières** parce que la régionale est entrée plus tard dans le projet et était surtout intéressée par la mise en place des actions. **Wavre** parce que la régionale est également entrée plus tard dans le projet et suite au peu de temps disponible pour débiter la phase d'action en même temps que les autres animatrices, à la difficulté de créer des partenariats dans un quartier où l'animatrice n'avait jamais mené de projets et à la difficulté de motiver les partenaires potentiels sur cette thématique, la régionale a choisi d'avancer dans le projet sans groupe de pilotage.

A **Couvin**, malgré le long travail effectué pour la constitution de partenariats et la mise en place d'un groupe de pilotage et devant la difficulté de réunir les partenaires, la régionale a choisi de ne pas fonctionner avec un groupe de pilotage. Les partenaires étaient plus motivés de s'investir dans la mise en place d'une action particulière plutôt que dans le suivi de l'ensemble du projet, les emplois du temps des partenaires potentiels ne permettaient pas des réunions régulières et la thématique du cancer du sein ne motivait pas les partenaires pour un suivi plus global du projet et sur le long terme.

Pour les ZAP de **Momignies** et **Evere et Schaerbeek**, la régionale a choisi de travailler avec le Comité local FPS comme groupe de pilotage. Ce faisant, elles ont respecté la consigne d'avoir un groupe de pilotage composé de femmes du public-cible. Ces régionales ayant moins de ressources au niveau du temps accordé pour le projet, cela évitait de devoir créer des partenariats dans un timing assez court sans savoir si le suivi serait possible sur la durée. Les militantes des comités locaux sont des femmes qui connaissent la ZAP et qui connaissent une partie des habitant-e-s. Cesont donc des personnes ressources et des relais importants. Les animatrices ont également l'habitude de travailler avec ces comités et connaissaient l'investissement dont ils peuvent faire preuve pour mener à bien le projet.

Trois régionales (ZAP : **Chaussée de Mons, Mont-à-Leux, Mons-Centre**) ont constitué un groupe de pilotage uniquement avec des acteurs locaux, c'est-à-dire, des personnes-ressource qui ne sont pas des femmes du public-cible.

Ayant déjà une bonne connaissance du quartier de **Sainte-Marguerite**, la régionale de Liège a mis en place un groupe de pilotage comprenant des acteurs ressources et des femmes du groupe-cible.

Tous les groupes de pilotage ont participé à la formulation du diagnostic partagé et ont formulé des pistes d'action sur cette base.

Le groupe de pilotage pour la ZAP d'Ath n'était plus actif lors de la mise en place de l'action. Les autres groupes de pilotage ont aidé l'animatrice à définir l'action choisie par la régionale.

La composition du groupe de pilotage semble avoir influencé le type d'action mis en place sur la ZAP. Les groupes constitués de femmes du public-cible ont proposé des actions directement à destination des femmes de 50 à 69 ans tandis que les groupes constitués d'acteurs locaux ont proposé des actions qui les touchaient moins directement.

### *Rencontre d'acteurs*

Les opportunités et les priorités des régionales au niveau de la rencontre d'acteurs ressources étaient également différents (cf. tableau de synthèse ci-dessus).

Trois régionales ont basé leur diagnostic sur des informations récoltées auprès des acteurs ressources (Wavre, Chaussée de Mons, Mont-à-Leux).

Les diagnostics partagés des autres projets ont été réalisés sur base des informations recueillies auprès des femmes, des acteurs sociaux et/ou des médecins.

### *Synthèse des diagnostics partagés*

Les différents diagnostics partagés ont mis en évidence des contenus identiques et similaires à ce qui a déjà pu être mis en évidence dans la littérature relative aux freins et incitants au dépistage du cancer du sein.

Au niveau **épidémiologique** les constats sont les mêmes dans les différentes ZAP. Le taux de dépistage du cancer du sein est bien plus faible que la moyenne wallonne. Par contre les quartiers choisis ont souvent un meilleur taux de dépistage par mammothest qu'ailleurs en Wallonie. Ils semblerait donc que les femmes des quartiers étudiés font moins de dépistage que les autres mais lorsqu'elles le font, elles ont plus souvent recours au mammothest qu'au bilan sénologique.

Le diagnostic **social** a mis partout en évidence les problèmes de précarité dont souffre une partie de la population que nous avons rencontrée. En situation de précarité, les priorités sont : se nourrir, le logement, l'emploi, l'éducation. La santé arrive après tout cela, s'il reste du temps/des ressources. Et lorsque ces personnes s'en préoccupent, c'est presque toujours d'un point de vue curatif. Plusieurs diagnostics ont également mis en évidence que les femmes/mères font passer la santé de leurs conjoint et enfants avant la leur. Le dépistage du cancer du sein arrive donc très loin dans leurs préoccupations.

Toujours au niveau social, nous avons pu mettre en avant un manque de liens sociaux dans les quartiers étudiés. La mise en place des actions pouvait donc difficilement reposer sur cet aspect.

## Synthèse des diagnostics partagés

### ELÉMENTS COMMUNS

#### Diagnostic épidémiologique

Faible taux de dépistage du cancer du sein.  
Meilleur taux de dépistage par mammothest que la moyenne wallonne.

#### Diagnostic social

Précarité → prévention et dépistage sont accessoires :  
• Autres priorités liées à des besoins fondamentaux  
• Autres problèmes de santé  
• Médecin ne pense pas à le mentionner/pas le temps/pas opportun  
• Santé des femmes passe après le reste de la famille  
« *Le dépistage, c'est un luxe pour les gens riches !* »

Quartiers avec « peu de liens sociaux »

#### Diagnostic environnemental

Influence prépondérante de la position des médecins (généralistes et gynécologues) et du contact direct.

« *Le médecin généraliste n'en parle pas* »  
« *Si mon médecin traitant me le disait, je le ferais* »  
« *Je fais ce que me prescrit mon gynéco* »

Enquêtes, discours et informations (presse) contradictoires à propos du dépistage et du mammothest → Peu de confiance dans le mammothest

#### Diagnostic éducationnel

Incompréhension concernant les limites d'âge  
« *Les cancers arrivent souvent avant 50 ans !* »

Peur de l'examen : douleur, pudeur, attitudes du personnel

Peur du cancer : ne veulent pas savoir ; = mutilation ; = mortel donc moins vite on le sait plus on vit tranquille

Méconnaissance du MT (prix, qualité, organisation) et des différences avec la MD.  
Quand différence connue, MD considérée comme meilleure car : « complète » (échographie) ET résultats immédiats

Peu de confiance dans le dépistage :  
« *Une telle a eu un cancer du sein alors qu'on n'avait rien vu au dépistage...* »

#### Diagnostic comportemental

Les rencontres à propos du dépistage du cancer du sein n'ont rassemblé que des femmes participant à une forme de dépistage... sauf les rencontres individuelles.

Beaucoup de femmes n'ont pas de gynécologue :

- N'en ont jamais eu - « Le médecin traitant suffit »
- Arrêt des consultations après le dernier enfant
- Surtout les femmes âgées

Gêne si le technicien est un homme

Gêne également de médecins hommes (seins « tabou »)

Peur des résultats

- Cancer = souffrance, mort, stigmatisation (étiquetage « malade »)
- Femme seule : comment gérer la suite (traitement, etc.) quand autres problèmes (sociaux, santé)

Suivent les conseils du médecin

#### Diagnostic organisationnel

Éléments liés à l'organisation du programme

- Courrier :
- non reçu
  - non « remarqué » (« une publicité »)
  - non compris
- Spot TV :
- Connus et appréciés
  - Mais souvent le lien n'est pas fait avec le dépistage
- Prise de rendez-vous :
- Pas clair où s'adresser
  - Pas beaucoup de places pour les MT
  - Des secrétaires conseillent le bilan sénologique
- Suivi :
- Résultats tardifs / Jamais de résultats

#### Examen

Désagréable / douloureux  
Mauvais accueil (froid, dénigrant)  
Difficulté de montrer seins nus (pudeur, surtout si technicien homme)  
Peu de contact humain, seulement des machines

#### Peu de communication entre professionnels

(médecins, paramédicaux, etc.)

## PARTICULARITÉS LOCALES

### MOMIGNIES

#### Diagnostic environnemental

---

Zone rurale transfrontalière.

#### Diagnostic éducationnel

---

Renforce stigmatisation des femmes à partir de 50 ans → problèmes de santé, vieillesse.

### COUVIN

#### Diagnostic environnemental

---

Zone rurale.

Problèmes de mobilité.

Peu d'infrastructure médicale/de professionnels de la santé → déplacements.

### STE MARGUERITE

#### Diagnostic social

---

Bon réseau associatif, beaucoup d'animations/activités dans le quartier.

Éléments culturels : femmes d'origine étrangère (ne savent pas lire, ne sortent pas de chez elles, dont c'est le mari qui décide).

#### Diagnostic environnemental

---

Problèmes de mobilité : plus de bus qui passent dans le quartier ; les femmes restent dans le quartier, ne vont pas « sur l'autre rive ».

Unité de mammographie agréée sur la ZAP.

#### Diagnostic éducationnel

---

Incompréhension concernant les limites d'âge : Confusion avec le programme provincial (à destination des > 40 ans).

### WAVRE

#### Diagnostic social

---

Pas de lieux de rencontre.

Les habitants sortent peu de chez eux.

#### Diagnostic environnemental

---

Unité de mammographie agréée sur la ZAP

### EVERE ET SCHAERBEEK

#### Diagnostic social

---

Éléments culturels : femmes d'origine étrangère (ne savent pas lire, ne sortent pas de chez elles, dont c'est le mari qui décide).

« Difficile de parler dépistage vu le problème de langue ».

### CHÉE DE MONS

#### Diagnostic social

---

Quartier dortoir, lieu de passage.

#### Diagnostic environnemental

---

Plusieurs fêtes locales.

### MONT-À-LEUX

#### Diagnostic social

---

Zone transfrontalière.

Quartier avec mauvaise réputation (danger la nuit).

Précarité sociale aigüe (alcoolisme, violence conjugale, illettrisme).

#### Diagnostic environnemental

---

Infrastructures médicales, commerces, administrations.

### MONS-CENTRE

#### Diagnostic social

---

« Maisons boîtes-aux-lettres ».

Habitants sortent peu (surtout difficulté de rencontrer les populations d'origine africaine).

#### Diagnostic environnemental

---

Administrations.

En terme **environnemental**, le diagnostic a mis en avant l'influence du médecin (généraliste et/ou gynécologue) dans la décision de dépistage. Pour certaines femmes, c'est l'unique source d'information concernant le dépistage (et la santé de façon plus large) : s'il n'aborde pas le sujet, elles considèrent que cela ne les concerne pas ; elles suivent ses recommandations sans les remettre en question (ex : si le médecin prescrit une mammographie plutôt qu'un mammothest, elles feront l'examen prescrit sans discussion).

Le second élément mis au jour au niveau environnemental est le manque de confiance dans le mammothest. Ce manque de confiance est lié notamment aux controverses que le dépistage suscite et qui apparaissent dans la presse, lors de discussions entre médecins etc.

Dans les diagnostics posés au niveau **éducatif** on retrouve la peur (du cancer, de l'examen), la méconnaissance du dépistage et des différences entre MT et MD, ainsi que le manque de confiance par rapport au programme et au public qu'il vise (de nombreux cancers se développent avant 50 ans, tout le monde connaît des personnes qui font le dépistage et ont un cancer entre deux dépistages etc.).

Les diagnostics ont dégagé des freins récurrents de type **comportemental** : certaines femmes ne se font pas dépister par peur d'un résultat positif, d'autres hésitent à faire l'examen si le technicien est un homme. En matière de dépistage, la majorité des femmes suivent les conseils du médecin.

Dans la tranche d'âge visée par le dépistage, beaucoup de femmes n'ont plus de gynécologue, or c'est un important prescripteur d'examen de dépistage du cancer du sein.

Ce sont les femmes qui participent déjà à l'une ou l'autre forme de dépistage qui fréquentent les séances d'information ou les groupes de discussion sur ce thème. Ce n'est que lors de rencontres individuelles que l'on parvient à contacter des femmes ne participant pas au dépistage.

La rencontre des femmes a fait émerger plusieurs freins liés à **l'organisation** du programme de dépistage : problèmes de réception/identification/compréhension du courrier ; problèmes lors de la prise de rendez-vous (à qui s'adresser ?,

peu de places disponibles pour le MT, proposition de faire la MD) ; pas de réception des résultats ou tardive.

L'examen de dépistage est mal perçu par certaines femmes : désagréable, douloureux, impersonnel, gênant, etc.

Le diagnostic révèle aussi un manque de communication entre professionnels de la santé.

Mais le travail de diagnostic partagé a aussi permis de dégager des particularités locales. Ces particularités se retrouvent principalement au niveau des diagnostics social et environnemental.

Au niveau **social**, toutes les régionales ont pu mettre en évidence des problèmes de précarité et un manque de lien social mais cela se décline de façon plus ou moins différente et prononcée dans plusieurs régionales (pas de lieux de rencontre, isolement d'une partie seulement de la population, etc.). Des régionales ont également relevé l'influence de la dimension culturelle dans l'attitude des femmes.

Dans les diagnostics environnementaux, les différences entre les régionales se situent au niveau de la mobilité (quartier isolé des commerces et administrations, pas de transports en commun, pas de voitures, etc.) et de la présence d'une unité de mammographie agréée sur le territoire ou à proximité.

Les actions mises en place peuvent donc répondre à un manque dans toutes une série de facteurs qui ont pu être mis en évidence dans toutes les régionales mais certaines actions seront plus appropriées à certains territoires.

### *Conclusion et recommandation sur le travail de diagnostic partagé*

Même si de nombreux éléments de diagnostic sont identiques dans la plupart des quartiers, une analyse préalable de la zone d'action nous a permis de dégager des particularités territoriales. Sur base de l'expérience recueillie dans nos projets, il semble que ce soit les dimensions sociale et environnementale qui doivent faire l'objet d'une analyse plus approfondie.

Selon la manière dont est effectué le diagnostic (recueil de l'avis de qui, comment, etc.) ce qui est dégagé diffère.

Plus on récolte l'avis des acteurs ressources concernés (ici : les femmes), plus on aura la possibilité de dégager de particularités au niveau éducationnel ou comportemental ; plus on travaille avec des acteurs ressources spécifique et/ou externe (ici : acteurs sociaux, professionnels de la santé, etc.), plus les éléments concernant les niveaux organisationnel et environnemental vont émerger.

Il nous semble donc important de rencontrer un maximum d'acteurs différents pour avoir une vue la plus complète et la plus variée possible. La dimension « partagée » du diagnostic est également capitale pour ne pas se laisser influencer par nos propres a priori. Ici encore, la diversité des acteurs qui valident l'action permet que celle-ci corresponde davantage aux besoins locaux.

Lorsqu'il n'est pas possible de réunir des acteurs différents, il semble préférable de travailler avec le public-cible pour faire correspondre au mieux l'action à leurs besoins.

Dans tous les cas, la collaboration avec les acteurs ressources et plus encore, dans notre cas, avec le public-cible, doit se construire petit à petit. Le responsable du projet doit s'assurer que les partenaires adhèrent au projet et à la démarche et puissent chacun trouver un intérêt à suivre et valider le projet.

Précisons qu'avant d'entamer une démarche de diagnostic partagé, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance de la thématique. Cela permet d'ordonner les éléments recueillis, d'être attentif aux différentes dimensions d'une problématique, de voir si on n'a rien oublié. Il faut néanmoins pouvoir se laisser guider par ce qui apparaît comme prépondérant sur le terrain sans quoi le diagnostic n'a pas de raison d'être.

## 3. Actions

### 3.1. Mise en place des actions

Le tableau ci-dessous reprend les différentes actions mises en place par les régionales.

<b>Actions</b>	
<b>Wavre</b>	Information personnalisée en porte-à-porte (dépistage du cancer du sein et santé globale)
<b>Evere et Schaerbeek</b>	Séance d'information sur le dépistage du cancer du sein + remise d'un colis cadeau
<b>Momignies</b>	Petit déjeuner d'information et de débat sur les cancers féminins et leur prévention autour du jeu gynoquid
<b>Couvin</b>	Petits-déjeuners santé « En route vers la mammo » : trajet en bus vers le centre agréé Journée « Vivons la vie il fera beau demain »
<b>Ste Marguerite</b>	Animation « Mon corps, mes seins, ma santé »
<b>Chée de Mons</b>	Formation personnes-relais cancer du sein
<b>Mont-à-Leux</b>	Séance d'information « votre dépistage du cancer du sein appelé mammostest » Mini-séances d'information lors de la permanence de la Mutualité
<b>Mons-Centre</b>	Conférence « Le cancer du sein, vérités et idées reçues » Tables-rondes sur la santé et le bien-être
<b>St Hubert</b>	Formation personnes-relais dépistage du cancer du sein
<b>Carnières</b>	Conférence-débat « Mieux comprendre le dépistage du cancer du sein »

Six régionales ont choisi d'organiser des séances d'information sur le cancer du sein à destination du public-cible. Les régionales qui ont opté pour cette action se sont basées sur les éléments de diagnostic partagé mettant au jour le manque d'information sur le mammostest et les controverses au sujet du dépistage. La qualification de l'activité était différente : « conférence » ou « séance d'information » ou « petit-déjeuner d'information » mais toutes les régionales ont choisi d'indiquer le thème « cancer du sein » ou « dépistage » dans l'intitulé.

Suite à la participation de deux animatrices à la formation « Gynoquid, prévention des cancers féminins », deux régionales ont opté pour l'organisation d'une formation de personnes-relais. Pour la ZAP d'Ath Chaussée de Mons, la formation avait pour objectif d'aller directement vers les femmes en les rencontrant chez elles afin de répondre au manque de lien social et à l'absence de lieu de rencontre identifiés dans le diagnostic partagé. Pour St Hubert, la régionale n'a pas effectué de diagnostic mais avait l'opportunité de travailler avec les aides familiales de la Mutualité Socialiste.

Suite au diagnostic d'isolement social et d'absence de lieu de rencontre, un projet d'information personnalisée au domicile des femmes du public-cible a été mis en place à Wavre selon la formule du porte-à-porte.

Dans le quartier Ste-Marguerite, le diagnostic a mis en évidence la richesse du réseau associatif et des groupes de travail réunissant les habitant-e-s tels que les groupes d'alphabétisation. Pour répondre au manque d'information et à la peur du cancer, la régionale a choisi d'organiser des animations sur le cancer du sein dans des groupes déjà constitués. Avec pour objectif à terme de toucher par effet boule de neige d'autres femmes que celles participant à des groupes d'activité.

Face aux problèmes de précarité rencontrés par les habitant-e-s de La Foulérie et à l'impact de cette précarité sur le comportement de santé, la régionale a choisi d'organiser des « petits déjeuners santé » où les personnes peuvent échanger et recevoir des informations sur le fonctionnement du système des soins de santé et comment prendre soins de sa santé à moindre coût. Le quartier La Foulérie à Couvin rencontrant des problèmes de mobilité, la régionale a choisi d'organiser aussi des trajets en bus vers l'unité de mammographie agréée la plus proche.

Après l'échec de la séance d'information sur le mammothest organisée sur la ZAP du Mont-à-Leux, l'animatrice a souhaité malgré tout rencontrer et sensibiliser davantage de femmes. Elle s'est rendue aux permanences de la Mutualité Socialiste à Mouscron pour discuter individuellement du cancer du sein avec les femmes du public-cible se rendant au guichet.

### 3.2. Promotion des actions

Pour atteindre un maximum de femmes dans les actions mises en place, nous avons mis l'accent sur la promotion de l'activité via la diversification des canaux d'information. Le tableau ci-dessous présente les canaux utilisés par les régionales pour la promotion de leur-s action-s.

Promotion des actions	Wavre	Evere & Schbeek	Momignies	Couvin	Ste Marguerite	Chée de Mons	Mont-à-Leux	St Hubert	Carnières	Mons-Centre
	Affichage partenaires				X	X				
Affichage MS, CPF				X	X					X
Affichage lieux divers ZAP	X	X		X						
Relais par comité local	X	X	X							X
Relais Service Social, CSD			X	X			X			X
Relais guichet MS			X	X			X			
Presse locale				X	X				X	
Radio, facebook, site FPS									X	
Courrier nominatif	660	59	64				77			127

### 3.3. Participation du public

Pour récolter de manière identique les informations sur le nombre de femmes ayant participé aux actions mise en place dans les différentes ZAP, nous avons demandé aux animatrices de remplir (elles-mêmes) ou faire remplir (par les participantes) un questionnaire pour/par chaque femme ayant participé à une action.

Cette récolte d'informations sur les participants n'a pas été facile. Tout le monde n'a pas pris le temps de communiquer les informations nécessaires.

Nous avons touché, dans l'ensemble des actions, un nombre important de femmes mais toutes ne font pas partie du « public-cible » (femmes de 50 à 69 ans et habitant la ZAP).

Les tableaux ci-dessous présentent le nombre de femmes touchées lors du projet. Le premier répertorie toutes les femmes approchée d'une manière ou d'une autre (diagnostic partagé, courrier d'invitation et participation à l'actions). Le second présente la synthèse des données récoltées via le questionnaire.

### Impact du projet sur les femmes

	Wavre-Centre	Evere & Schaerbeek	Momignies	Couvin <sup>1</sup>	Sainte Marguerite	Chaussée de Mons	Mont-à-Leux	Saint Hubert	Mons	Carnières	Total
Affiliées MS, 50-69 ans, habitant la ZAP en 2007	43	449	59	64	161	196	158	119	196	81	1330
Participant au DP	0	100	11	7	71	10	10	13	12	46	280
Femmes ayant reçu invitation à l'action	13	660	59	---/64/---	---	---	77	---	127	---	100
Participant à l'action	11	30	25	12/2/30	39	---	1+7	5	7	10	140
Femmes 50-69 ans → DP	---	20	---	7	28	10	10	7	12	---	94
Femmes 50-69 ans action	11	20	---	6/2/2	---	1+7	5	7	0	---	61

<sup>1</sup> Les résultats sont présentés par action : Petit-déjeuner santé/bus/conférence

### Résultats des questionnaires d'évaluation de la participation aux actions

	Wavre-Centre	Evere & Schaerbeek	Momignies	Couvin <sup>1</sup>	Sainte Marguerite	Chaussée de Mons	Mont-à-Leux	Saint Hubert	Mons	Carnières
Questionnaires complétés <sup>2</sup>	10	20	13	12/2/15	37	---	1+7	5	7	10
50 à 69 ans	9	20	8	4/2/10	8	---	8	2	?	0
Habitant la ZAP	10	20	6	4/2/1	11	---	---	---	?	0
Participant du public-cible	9	20	4	2/2/1	2	---	---	2	?	0
Affiliées MS	10	20	Oui : 10 Non : 3	Oui : 9/1/8 Non : 2/1/7	Oui : 14 Non : 22	---	7	5	Oui : 5 Non : 2	---
1 <sup>ère</sup> participation activité FPS	Oui : 8 Non : 2	Oui : 13 Non : 7	Oui : 7 Non : 8	Oui : 2/1/7 Non : 9/1/7	Oui : 14 Non : 24	---	---	---	Oui : 4 Non : 3	---
Avez-vous déjà fait le dépistage (fê 50 - 69 ans)	Oui : 7 Non : 2	Oui : 18 Non : 2	Oui : 6 Non : 3	Oui : 1/2/10 Non : 3/0/0	Oui : 8 Non : 0	---	Oui : 4 Non : 4	Oui : 1 Non : 1	Oui : 6 Non : 1	---
Dernier dépistage (fê 50-69 ans) <sup>3</sup>	< 2 : 7 > 2 : 0 NSP : 0	< 2 : 14 > 2 : 5 NSP : 0	< 2 : 2 > 2 : 3 NSP : 1	< 2 : 1/2/7 > 2 : 0/0/2 NSP : 0/0/1	< 2 : 6 > 2 : 1 NSP : 1	---	< 2 : 3 > 2 : 1	< 2 : 1 NSP : 0	---	---
Total «non-dépistées» <sup>4</sup>	2	7	7	6	2	---	5	1	1	---

<sup>1</sup> Les résultats sont présentés par action : Petit-déjeuner santé/bus/conférence

<sup>2</sup> Les résultats ci-dessous ne reprennent que les données récoltées via les questionnaires. Le résultat est à reporter sur le nombre de questionnaires complétés.

<sup>3</sup> < 2 = moins de 2 ans | > 2 = plus de 2 ans | NSP = Ne sait plus

<sup>4</sup> Femmes « non-dépistées » au sens de l'AIM : qui n'ont pas fait de dépistage dans les 2 ans qui précèdent. Dans notre cas = femmes ayant répondu « non » à la question avez-vous déjà fait un dépistage du cancer du sein ? + dernier dépistage « + de 2 ans » + dernier dépistage « ne sait plus »

## Objectifs de participation à l'action fixés par les régionales vs participation effective

	Objectif	Participation effective	Hypothèses
<b>Wavre</b>	35 femmes (sur base de 50 affiliées)	11 (sur base de 25 affiliées)	Problème de mise à jour du listing
<b>Evere et Schaerbeek</b>	50 femmes	30	---
<b>Momignies</b>	15 femmes	25	Bon ancrage FPS, CL mobilisateur
<b>Couvin</b>	Petit-déjeuner : 6 femmes/séance ; Bus : 3 femmes / trajet	12/séance ; 2 au total	---
<b>Ste Marguerite</b>	50 femmes	39	Manque de temps
<b>Chée de Mons</b>	8 personnes relais Pas d'objectif pour public-cible	5 personnes-relais Pas d'info sur femmes touchées	---
<b>Mont-à-Leux</b>	15 femmes / séance	1 à la 1 <sup>ère</sup> séance ; 7 à la permanence MS	---
<b>Mons-Centre</b>	20	7	---
<b>St Hubert</b>	---	5 (connues)	---
<b>Carnières</b>	---	---	---

À part la rencontre conviviale à Momignies et les petits déjeuners santé à Couvin, la participation du public a été moins importante que prévue.

Mais au-delà de l'action, le projet dans son ensemble (surtout la phase de diagnostic partagé) a permis de sensibiliser davantage de femmes.

## 4. Constats et succès des actions

Les projets de formation de personnes-relais n'ont pas permis de récolter d'informations sur le nombre de femmes touchées. Cela nous a conduit à nous interroger sur l'intérêt d'une telle démarche. Dans la mesure où la formation de personnes-relais n'a pas fait l'objet d'une promotion auprès de la population, les relais sont les seules personnes à pouvoir faire circuler l'information. En amont d'une telle formation, il faut peut-être s'interroger sur les motivations qu'ont ces personnes à être des relais, sur la proactivité de leur démarche, etc. Faut-il également envisager une forme de promotion des relais ?

Dans ces deux projets, nous avons choisi de former des personnes qui, de par leur profession, sont en contact avec la population car elles sont déjà identifiées par les habitants comme référence dans le domaine social ou paramédical. Mais pourrions-nous envisager de former des non-professionnels ?

Les actions de types « séance d'information » sur le cancer du sein n'ont pas toutes eu le même succès. C'est dans ces activités que l'on compte le plus de participation (Momignies, 25 personnes ; Evere et Schaerbeek, 30 personnes ; Couvin, 30 personnes) mais la moitié des ZAP n'ont pas atteint ce nombre et encore moins leur objectif (Mons-Centre, le Mont-à-Leux et Carnières). Il apparaît que les trois régionales où l'activité a rencontré le plus de participation sont celles où le comité local était fort impliqué dans le projet. La notoriété des organisateurs et la diffusion de l'information par réseau pourraient donc être considérés comme des éléments importants pour le succès d'une action.

Le porte-à-porte a permis dans un temps relativement court et avec peu de moyens de rencontrer un nombre non négligeable de personnes en comparaison des autres projets. Sur les treize femmes que l'animatrice a pu joindre, onze ont accepté de la recevoir. On peut supposer que le fait de se présenter comme venant d'un acteur de santé connu est un atout dans la démarche. Il semblerait également que les personnes contactées soient plutôt des isolées et que la visite de l'animatrice ait été une opportunité de contact social.

Un peu comme le porte-à-porte, les discussions avec les femmes se rendant aux permanences de la mutualité a permis, en peu de temps et avec peu de moyens, de toucher plusieurs femmes.

Rencontrer les femmes dans les lieux qu'elles fréquentent régulièrement apparait comme une solution adéquate pour une première sensibilisation, un premier pas dans la mise en marche du processus de réflexion quant à la participation au dépistage.

Les animations sur le cancer du sein dans les groupes déjà constitués ont permis de toucher un nombre important de femmes et de manière approfondie. L'animatrice a pu réfléchir avec elles sur le cancer du sein et le dépistage et les a outillées pour construire leur propre opinion sur le sujet. Dans le temps imparti au projet les animations dans les groupes n'ont pas eu d'effet « boule de neige » et n'ont pas permis de rencontrer d'autres femmes intéressées par l'animation. Un travail sur le long terme serait peut-être nécessaire.

Les « petits déjeuners santé » ont recueillis la participation attendue. Les femmes semblaient en demande de pareilles rencontres où l'on discute de problèmes concrets touchant à la santé et aux démarches administratives qui y sont liées et où des conseils pratiques peuvent être échangés.

Malgré le caractère ciblé de l'activité et sa correspondance à un problème de mobilité bien présent pour la ZAP, les trajets en bus vers l'unité de mammographie agréée n'ont pas eu le succès escompté. Nous avons dégagé plusieurs pistes explicatives à cela : un manque de sensibilisation au préalable, un délai de réflexion trop court pour choisir de se faire dépister, le caractère non pérenne de l'activité ou encore plus simplement un problème d'horaire ou d'examen précédent trop proche.

À côté des actions « porte-à-porte » et « rencontre à la permanence » qui proportionnellement aux ressources nécessaires ont permis de toucher davantage de femmes, les projets qui ont impliqué activement le public-cible dans leur conception et leur mise en place sont ceux qui ont eu le plus de succès

(implication du comité local, femmes dans le groupe de pilotage, création d'une animation avec les femmes, aide à la diffusion de l'information par les femmes). La participation du public-cible apparait donc comme un élément déterminant dans la réussite des projets.

## 5. Difficultés rencontrées

### *Le thème : dépistage du cancer du sein*

Tout au long du projet nous avons été confrontés aux résistances engendrées par les controverses au sujet du dépistage. Notre position favorable au mammothest a parfois été un frein aux collaborations avec les professionnels de la santé (généralistes, radiologues, sénologues etc.).

De manière générale, expliquer de façon compréhensible les différences et avantages/inconvénients entre le mammothest et la filière libre s'est révélé assez difficile. Vis-à-vis du public-cible mais également vis-à-vis des professionnels de la santé qui ont déjà leur avis sur la question.

De plus, à côté du débat pour ou contre le mammothest, le sujet « cancer » est délicat en lui-même. Peu de partenaires potentiels se sentaient concernés par des actions en ce sens, à part peut-être les acteurs qui travaillaient dans le domaine de la santé. Le thème « cancer » fait peur en lui-même et n'encourage pas les femmes à participer aux activités. Le mot « dépistage » est également peu connu/mal compris par une partie de la population.

### *Atteindre les femmes ciblées par le programme de dépistage*

Pouvoir atteindre les femmes de 50 à 69 ans est un défi dont nous étions conscients dès le départ et qui s'est révélé davantage concret au fur et à mesure de la progression du projet.

Notre but était de toucher des femmes qui ne participent pas habituellement à nos activités. L'ancrage des FPS sur le terrain via les comités locaux et l'action de terrain que nous menons depuis de nombreuses années nous permet chaque fois d'avoir une certaine mobilisation/participation à nos activités. Mais nous avons remarqué que ce sont souvent les mêmes personnes qui participent. L'enjeu ici était de toucher aussi d'autres personnes. D'autant plus que, selon les régionales, notre public habituel compte peu ou pas de femmes de la tranche d'âge visée.

Les quartiers identifiés pour mettre en place notre projet ont également tous pour particularité de compter une grande partie de population en situation précaire. Dès la mise en place du projet, nous avons été confrontés à la difficulté d'atteindre ses personnes et de rencontrer leurs préoccupations.

De plus, les femmes de 50 à 69 ans font partie de la « génération sandwich ». Ce sont souvent des personnes qui ont très peu de temps pour elles. Même celle qui n'ont pas d'emploi ont à s'occuper très souvent de leurs parents âgés et/ou de leurs petits-enfants.

### *Méthodologie et particularités des régionales*

a méthodologie commune et le timing commun prévus pour le projet ont posé des problèmes pour la mise en place du projet dans les diverses régionales.

La recherche-action telle qu'elle était conçue nécessitait un grand investissement en temps de la part des animatrices. Toutes les régionales participantes au projet n'ont pas eu la possibilité de dégager suffisamment de temps pour s'investir efficacement dans la démarche.

## 6. Quelle action pour quoi ?

La liste ci-dessous reprend les différentes actions menées par les régionales avec, pour chacune d'elles, le but recherché, les ressources nécessaires à la réussite de l'action et la pertinence pour le public-cible.

Il illustre que les problèmes identifiés sur le terrain permettent de s'orienter vers l'une ou l'autre action selon les ressources dont on dispose.

### **Manque d'information**

- Animation avec groupes pré-existants
- Rencontres dans des lieux d'attente
- Porte-à-porte
- Conférence
- Formation de personnes-relais
- Petit-déjeuner, rencontre conviviale

### **Les gens ne sortent pas de chez eux**

- Rencontres dans des lieux d'attente
- Formation de personnes-relais
- Porte-à-porte

### **Peur**

- Formation de personnes-relais
- Animation avec groupes préexistants

### **Pas de lieu de rencontre**

- Porte-à-porte
- Formation de personnes-relais
- Rencontre dans des lieux d'attente

### **Besoin de contact social**

- Animation avec groupes préexistants
- Petit-déjeuner, rencontre conviviale

### **Problème de mobilité**

- Trajet en bus

### Petits déjeuners santé

-  • Manque d'informations
- Besoin de contact social
-  • Local
- Etre reconnu
-  • Ne touche pas les gens qui ne sortent pas.

### Séance d'information, conférence, rencontre conviviale

-  • Manque d'information
-  • Formation à la thématique
- Local
- Invitations larges
-  • N'intéresse que les gens déjà sensibilisés à l'objet.
- Pas efficace si peur ou désintérêt pour l'objet.

### Porte-à-porte

-  • Manque d'information
- Les gens ne sortent pas de chez eux
- Pas de lieux de rencontre
-  • Formation à la thématique
- Temps
- Adresse du public-cible
- Etre reconnu / légitimité (travailleur de la mutualité MS ok pour info santé)
-  • Efficace dans tous les cas (peur, désintérêt, personnes isolées/qui sortent peu).

### Rencontres lors des permanences (ou lieux d'attente)

-  • Manque d'information
- Les gens ne sortent de chez eux que si c'est nécessaire (administration, médecin, courses)
- Pas de lieux de rencontre
-  • Formation à la thématique
- Temps
-  • Efficace dans tous les cas (peur, désintérêt, personnes isolées/qui sortent peu).

### Formation de personnes-relais

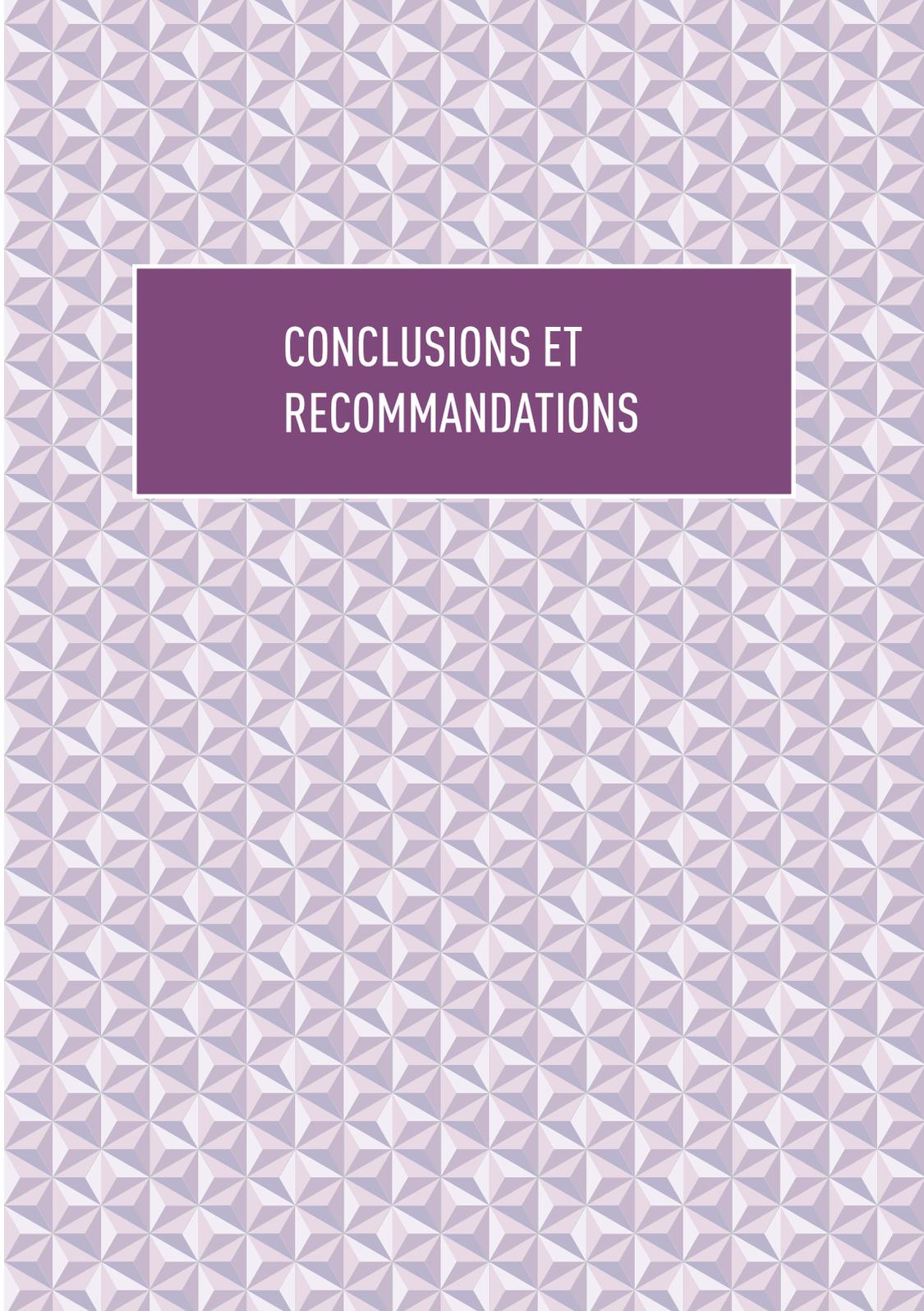
-  • Les gens ne sortent pas de chez eux
- Pas de lieux de rencontre
- Peurs
- Manque d'information
-  • Formation à la thématique.
- Motiver les relais à agir.
- Relais qui ont du temps.
- Relais qui ont des contacts avec le public-cible.
-  • Efficace dans tous les cas (peur, désintérêt, personnes isolées/qui sortent peu)

### Animation avec des groupes déjà constitués

-  • Manque d'information
- Peurs
-  • Formation à la thématique
- Temps
- Groupes d'activité déjà constitués.
-  • Difficulté de toucher d'autres personnes.
- Ne touche pas les gens qui ne sortent pas.
- Travail en profondeur (temps pour travailler sur les peurs).

### Trajet en bus

-  • Problème de mobilité
-  • Bus
- Organisateur connu/bien identifié
- Faire connaître l'activité
-  • Pertinent si c'est le seul/plus important frein identifié.
- Si peur ou désintérêt pour l'objet, pas efficace.



## CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

L'accès à la santé pour tous constitue la finalité de la Mutualité Socialiste-Solidaris. À côté des services en lien avec les soins de santé qu'elle assure pour ses affiliés et de son combat pour le maintien d'un système de sécurité social fort basé sur une large solidarité entre les citoyens, la Mutualité Socialiste-Solidaris investit dans la prévention et dans la promotion de la santé.

Les Femmes Prévoyantes Socialistes sont avant tout un mouvement féministe et progressiste qui milite pour l'émancipation des femmes et pour l'égalité entre les hommes et les femmes. Partageant les valeurs de gauche de la Mutualité Socialiste-Solidariste et poursuivant avec elle des objectifs d'équité sociale, les FPS travaillent aussi à des projets de promotion de la santé dans une démarche d'éducation permanente.

Le cancer du sein touche un grand nombre de femmes, mettant en péril leur corps, leur qualité de vie, leur santé et leur survie. Le programme organisé gratuit de dépistage ne connaît pas le succès espéré en Fédération Wallonie Bruxelles, plus de 40 % de femmes concernées restant en dehors de toute forme de dépistage. Ce sont singulièrement les femmes des groupes socioéconomiques les plus défavorisés qui sont les plus nombreuses à ne bénéficier ni du dépistage « opportuniste » ni du mammotest, pourtant gratuit.

Via l'Agence InterMutualiste, la Mutualité Socialiste-Solidaris, son Service Etudes et sa Direction Médicale, sont impliqués depuis plusieurs années dans le monitoring du programme organisé de dépistage du cancer du sein et suivent pas à pas ses évolutions, ses avancées et ses difficultés. L'ensemble de ces éléments explique pourquoi la Mutualité Socialiste-Solidaris et les FPS ont décidé de relever le défi de chercher à mieux comprendre les freins et leviers déterminant le fait qu'une femme wallonne ou bruxelloise concernée par le dépistage y participe ou non et, si possible, à réduire les freins identifiés et à activer les leviers repérés pour améliorer la participation.

## Des difficultés au-delà de toute attente...

Nous savions la tâche difficile : si elle ne l'avait pas été, il n'y aurait pas eu de raison de nous y atteler ! La Fédération Wallonie-Bruxelles fait depuis plusieurs années le constat de la faible progression de la participation des femmes au dépistage et de leur fidélité relativement faible au programme. À tous les niveaux, les différents services impliqués fournissent un travail de qualité, recherchent tout azimut comment améliorer le programme et mettent en place des actions locales et générales poursuivant cet objectif.

Nous savions donc que la tâche serait rude... mais pas à ce point !

Nous savions par exemple que, malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques de sa prise en charge, l'annonce d'un cancer de quelque nature que ce soit représente toujours un véritable drame pour une bonne partie de la population, le sujet est encore tabou. C'est probablement davantage encore le cas pour les publics précarisés représentant une partie importante de la population des zones à taux de dépistage faibles et choisies comme prioritaires par les régionales FPS. Parmi l'ensemble des cancers, le cancer du sein occupe une place à part à plusieurs égards, le sein jouant un rôle majeur dans l'image de leur corps, la sexualité et la maternité.

Nous imaginions bien également qu'il ne serait pas facile d'identifier, de comprendre et plus encore d'agir sur les différentes barrières culturelles et socioéconomiques à la participation au dépistage...

Mais les surprises sont surtout venues d'ailleurs.

Première surprise, non pas par la nature du phénomène mais par son ampleur : malgré l'ancrage local de notre démarche de recherche-action décentralisée, malgré la bonne connaissance qu'avaient du terrain les membres des groupes de pilotage et les personnes ressources rencontrées par les animatrices, malgré les efforts déployés par tous les acteurs, il

a été extrêmement difficile de rencontrer et de faire participer aux actions le public réellement cible du projet, à savoir les femmes de 50 à 69 ans ne participant régulièrement à aucune forme de dépistage. La thématique « dépistage du cancer du sein » n'explique très probablement pas à elle seule cette difficulté : il semble que les femmes de 50 à 69 ans sortent peu de chez elles, participent peu à des activités extérieures, ont peu de temps à consacrer à elles-mêmes, s'occupant avant tout des autres (mari, enfants, parents, petits-enfants, etc.).

Deuxième surprise, et non des moindres, parmi les difficultés rencontrées : la cacophonie scientifique et médiatique autour du dépistage du cancer du sein, de ses avantages et de ses effets pervers, des modalités et protocoles à recommander... Au cours du projet, il n'y a pas eu une semaine sans un article dans la presse relatant les positions anti-dépistage systématique de tel groupe de gynécologues ou pro-bilan sénologique de telle association de radiologues, quand ce n'était pas des chercheurs internationaux qui publiaient une méta-analyse avançant que les effets néfastes du dépistage systématique dépassaient de loin ses effets positifs pour les femmes ! Ce contexte a sans aucun doute pesé directement sur la position du public-cible mais aussi indirectement par la démotivation et les doutes qu'il semait quant au sens de l'action parmi les animatrices, les autres acteurs des ZAP et même les membres du groupe de réflexion national.

## Avantages d'une recherche-action

La méthodologie qui a été choisie et les processus qui ont été mis en place s'apparentent à une forme de recherche-action : partant d'une difficulté (= « faible taux de dépistage du cancer du sein dans des quartiers statistiques à taux de précarité élevé ») identifiée par le « pôle recherche » (= Service Etudes et Direction médicale de l'UNMS), l'Institution (= UNMS) demande à ce « pôle recherche » de collaborer avec un « pôle action » (= les animatrices régionales FPS) dans un objectif défini en commun (= « Poser localement un

« diagnostic partagé » pour expliquer les freins à la participation au dépistage et proposer des actions cohérentes pour améliorer la situation »). La collaboration s'opère dans les deux sens : les « chercheurs » se mettent au service des « acteurs », leur donnent les informations intéressantes dont ils disposent, données épidémiologiques, articles de littérature, formations, etc. Les « acteurs » se mettent symétriquement aussi au service des « chercheurs » : ils transmettent toutes les informations concernant leurs travaux de « diagnostic » et leurs « actions » aux « chercheurs » qui en enrichissent leurs connaissances de la problématique. Dans l'idéal, on a une sorte de mouvement « en spirale ascendante » par lequel les pôles « recherche » et « action » s'enrichissent mutuellement à chaque tour. En réalité, il n'y plus à proprement parler de « pôle recherche » d'un côté et de « pôle action » de l'autre, mais des collaborateurs impliqués sur un même pied dans la « recherche-action » !

Si cette description correspond bien sûr à un idéal théorique qui n'a été que partiellement réalisé, une démarche de recherche-action était néanmoins la plus appropriée à la richesse et à la complexité de la situation institutionnelle.

Cela nous a permis

- de concilier les objectifs en apparence contradictoires de santé publique, de promotion de la santé et d'éducation permanente (voir page 23);
- de concevoir avec les animatrices FPS régionales un tronc méthodologique commun qu'elles ont adapté à leurs réalités locales ;
- de donner aux femmes constituant le public-cible la possibilité de prendre un rôle actif dans le projet.

Une analyse approfondie et commentée d'un éventuel impact local sur le taux de participation est programmée en 2013. Ce décalage entre les temps « diagnostics partagés et actions » d'une part et « évaluation d'impact » d'autre part est d'abord justifié par le fait que les points de vue, attitudes et comportements n'évoluent pas rapidement. D'autant qu'à la date officielle de fin de la recherche-action, certains projets régionaux n'en étaient « qu'au début » de l'action proprement dite, d'autres régionales ont même décidé de pro-

longer le projet. De plus, les données épidémiologiques ne sont pas disponibles en temps réel (au début du projet, en 2010, l'analyse épidémiologique a été effectuée sur les données disponibles à ce moment-là, c'est-à-dire celles de 2008). Il y a toujours un décalage entre les données disponibles à un moment donné et la situation réelle à ce même moment, ce qui explique l'évaluation différée (mais aussi, en partie, les écarts entre les données épidémiologiques présentées et les données collectées localement en temps réel).

Quels que soient les résultats de l'analyse d'impact épidémiologique, le projet aura en tous cas permis de mieux comprendre les freins et leviers déterminants de la participation des femmes au dépistage du cancer du sein et d'affiner la méthodologie pour une prochaine action comparable. Cela a été aussi l'occasion pour les animatrices FPS de se faire connaître et reconnaître comme actrices de la promotion de la santé. Certaines nous rapportent d'ailleurs que depuis la fin du projet leur arrivent plus qu'auparavant des questions et demandes d'animation sur la problématique du cancer du sein et d'autres sujets en lien avec la santé.

## Pistes d'amélioration

Chaque expérience régionale a été relatée en détail dans la partie III. du présent rapport, avec des hypothèses pour expliquer les raisons de l'insuccès relatif des actions mises en place et des pistes pour tenter d'y remédier.

Voici pour terminer quelques questionnements et modestes pistes d'amélioration que l'on pourrait globalement formuler à partir de l'ensemble de la recherche-action.

## 1. Des discours simples mais ne cachant ni la complexité ni les incertitudes

Les sujets de santé sont souvent complexes, la problématique du dépistage du cancer du sein l'est tout particulièrement. Noyés d'informations contradictoires sur le sujet, les publics ne sont pas dupes ! Pour gagner leur confiance et espérer leur participation active, mieux vaut probablement éviter les messages vantant unanimement les avantages du programme de dépistage et jouer carte sur table avec des discours transparents, vulgarisés mais expliquant la complexité de la problématique, les incertitudes et les raisons pour lesquels les choix stratégiques ont été posés. Dans le cas du dépistage du cancer du sein, un consensus scientifique se fera probablement attendre encore longtemps. Jouer cette transparence, c'est aussi tabler sur « l'expertise » des personnes dans les questions qui concernent leur propre santé et œuvrer à leur « empowerment », stratégie fondatrice en promotion de la santé convergente avec la démarche et les finalités de l'éducation permanente.

## 2. Davantage d'implication des médecins généralistes

Les animatrices pilotes régionales de la recherche-action sont unanimes : les médecins sont les premiers « prescripteurs de prévention » qui influencent lourdement la participation des femmes au dépistage. Pour une série de raisons, leur discours sur le sujet est très souvent inexistant, extrêmement vague voire opposé au mammothest. Comme souligné à plusieurs reprises dans le rapport, le médecin représente pour certaines femmes un des rares « contacts avec l'extérieur » et pourrait donc jouer un rôle déterminant en terme de prévention. Le Service Etudes de l'UNMS confirme par ailleurs que si environ 50% de femmes de 50 à 69 n'ont pas ou plus de visites régulières chez le gynécologue, elles sont environ 80% à avoir des consultations chez le généraliste. Il faudrait probablement travailler davantage la question de la prévention auprès des adultes à différents niveaux du parcours des généralistes, formation de base, formation continuée, outils

développés par les associations de médecins, etc. L'excellente brochure « Cahier prévention. Le dépistage du cancer du sein » conçue par la Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) et Question Santé devrait bénéficier d'une nouvelle campagne de diffusion auprès des praticiens. Il est enfin à espérer que l'implantation progressive de la pratique du DMG+, dossier médical global avec volet préventif explicite, permettra un abord plus systématique et plus efficace par le médecin de toutes les questions de prévention.

### 3. Améliorer divers aspects du programme mammothest

Dans les ZAP de notre recherche-action, les mêmes critiques étaient souvent émises à l'encontre de l'organisation du programme de dépistage organisé (voir parties III et IV du rapport). Nous ne reviendrons pas ici en détails sur tous les éléments régulièrement critiqués mais insisterons globalement sur les suivants :

#### Contenu et forme des campagnes d'information :

- si les affiches et les spots TV sont connus et même appréciés par beaucoup de femmes, il semble que son côté décalé fasse que certaines ne comprennent pas clairement le lien avec le mammothest, encore moins avec l'invitation qu'elles ont reçue ou qu'elles vont recevoir par courrier.
- l'expéditeur du courrier d'invitation étant inconnu de la plupart des femmes, elles ne font pas confiance et confondent avec un tract publicitaire. Dans le cadre du DMG+, peut-être faudrait-il trouver le moyen ici encore de donner un rôle central au médecin titulaire pour le lancement de l'invitation à ses patientes.
- Comme énoncé au point 1. ci-dessus, discours accessible mais expliquant la complexité et les doutes.

**Prise de rendez-vous :** faciliter la démarche de prise de rendez-vous, diminuer les délais d'attente, travailler la « motivation » des standardistes pour le mammothest dans les centres agréés, augmenter la fréquence et les possibilités de plages horaires pour un cet examen, etc.

**Déroulement de l'examen radiographique des seins.** Sans jeter la pierre à tous les radiologues, techniciens et autres travailleurs des centres agréés, il faudrait prendre des initiatives diverses pour améliorer la qualité des dispositifs, non plus seulement technique mais aussi relationnelle: Considérer que pour toute femme qui se présente, l'examen de ses seins peut être vécu comme plus ou moins traumatisant, pour des raisons de peur, de pudeur et de douleur, et ne peut pas être banalisé par les professionnels dont c'est le quotidien. Mieux former le personnel à ce point de vue, attacher de l'importance à l'environnement et à l'accueil, concevoir et implémenter des critères de qualité de l'accueil dans les centres agréés, etc.

**Communication des résultats et suivi.** Diminuer le délai entre l'examen et l'annonce des résultats, en améliorer la qualité et la manière, mettre en place un suivi de l'annonce et un soutien en cas d'examen positif...

### 4. Créativité dans les démarches, inventivité, adaptations locales

Les campagnes médiatiques à large échelle pour informer les femmes et les inviter à se présenter dans un centre agréé pour un mammothest sont importantes et probablement efficaces. Si on a vu lentement grimper le taux de participation, c'est certainement grâce à elles.

Mais ce moyen de « recrutement » montre ses limites, singulièrement en Wallonie et à Bruxelles. Il semble que pour emporter l'adhésion des femmes qui ne participent à aucune forme de dépistage, il soit nécessaire d'agir aussi par d'autres moyens.

La lettre d'invitation individuelle semble également avoir un effet limité. Le sujet est fréquemment repris par les personnes ressources et les femmes de toutes les ZAP (voir partie III). Nous suggérons au point 3. ci-dessus quelques pistes pour en augmenter l'efficacité.

Localement, les diverses expériences dans les ZAP régionales montrent combien il est difficile de toucher « le public cible vraiment concerné », à savoir les femmes de 50 à 69 ans qui ne font ni MT ni MD. La recherche-action a montré qu'il n'y a pas de solution « Yaka » qui conviendrait partout et qu'il fallait être créatif, inventif, adapter les actions aux réalités locales, aux freins spécifiques locaux... sans aucune garantie de succès !

Les caractéristiques socioéconomiques, culturelles et les habitudes de vie des publics concernés font que pour eux plus encore que pour d'autres, le contact individuel est un moyen privilégié d'information et de sensibilisation. L'exemple du « porte-à-porte » expérimentée par l'animatrice de Wavre montre à quel point les femmes rencontrées étaient sensibles à sa visite. Encore une raison pour insister sur l'importance du rôle du médecin : comment améliorer le côté potentiellement préventif du « colloque singulier » de chaque consultation, comment le médecin pourrait-il mieux le mettre à profit pour échanger avec ses patientes, écouter leurs représentations et leurs réticences, les informer et leur expliquer son point de vue par rapport au mammothest et au dépistage du cancer du sein en général ?

## 5. Peut-on / doit-on mettre en place des actions spécifiques « dépistage du cancer du sein » à destination de publics vivant des situations de précarité ?

Les projets ZAP régionaux ont unanimement confirmé un frein évident mais complexe à la participation au dépistage : toutes les formes de « précarité » dans lesquelles les publics peuvent se trouver plongés, avec à des degrés divers leurs cortèges de difficultés économiques, sociales, administratives, de santé physique et mentale, etc.

Des femmes « sur-occupées » par la recherche de moyens de satisfaire au jour le jour des besoins fondamentaux, manger, se loger, se chauffer, etc. Pour elles-mêmes, mais aussi et le

plus souvent surtout pour leurs proches, enfants, mari, parents, etc. Sans parler de toutes les pathologies largement liées aux inégalités sociales, obésité, maladies cardiovasculaires, diabète et ses complications, bronchopneumopathie chronique obstructive... à cause desquelles il n'est pas facile de joindre les deux bouts financièrement ni d'organiser sa vie au quotidien. Une démarche de prévention avec éventuellement à la clé le « nouveau problème » que constituerait un diagnostic positif ne peut avoir dans leur vie ni de place ni de sens.

Dans de telles conditions de (sur)vie, il n'est pas déplacé de poser et de se poser des questions sur l'opportunité de mettre en place des projets spécifiquement « dépistage » vers ces publics en difficultés. Leurs besoins sont fondamentalement ailleurs, les actions que nous mettons en place ne répondent en rien à leurs demandes, quelles que soient les modalités de « recrutement ».

« Peut-on le faire ? », dans le sens est-ce déontologiquement justifiable de mettre le focus y compris financièrement sur ce type de dépistage à destination de ce type de public ?

« Peut-on le faire ? », dans le sens est-ce possible d'obtenir un minimum de résultats quand on sait à quel point ces difficultés de vie constituent des freins à une adhésion même minime à toute forme de prévention ?

« Doit-on le faire ? », autrement dit n'a-t-on pas a contrario l'obligation morale de tout faire pour donner aussi voire en priorité aux publics en situations précaires accès à un maximum de moyens de prévention ?

Se poser ces questions, ce n'est malheureusement pas y répondre de manière formelle ni assurée. L'expérience de cette recherche-action ZAP nous amène à penser que la réponse est ailleurs et comme souvent plus complexe. L'accès à la prévention est un droit pour tous, mais pour les publics précarisés plus encore que pour les autres, il y a lieu de privilégier une approche globale, de partir des représentations, des vécus et des ressources des personnes et des groupes, de

viser « l'empowerment » individuel et collectif, de soutenir le travail communautaire et de travailler différents types de déterminants de la santé. L'inégalité d'accès à la prévention fait partie des inégalités sociales de santé contre lesquelles il n'est pas possible de lutter sans remettre en cause les systèmes et déséquilibres qui les sous-tendent. Ici encore sont évidents les points communs entre promotion de la santé et éducation permanente.

## 6. Articulation entre terrain et santé publique

Le fossé qui sépare les acteurs et actions de première ligne des acteurs et actions de santé publique peut paraître infranchissable aux uns comme aux autres tant semblent différents leurs objectifs, méthodologies, critères et indicateurs d'évaluation et la place et le rôle qu'ils donnent aux publics. Pourtant, comme dans notre recherche-action ZAP, le travail des uns est susceptible d'enrichir et de faciliter celui des autres et vice versa.

Il faudrait mettre en place et formaliser des espaces permanents de rencontre et de concertation entre les deux « mondes » pour une meilleure articulation et plus d'efficacité de leur travail respectif pour un mieux-être des populations.



 **Solidaris**  
mutualité

La Mutualité Socialiste 

Avec le soutien de

 **FÉDÉRATION**  
WALLONIE-BRUXELLES