

**"Prix poster de la SFSPM présenté aux 30<sup>es</sup> Journées de la SFSPM à La Baule en novembre 2008"**

# Plan de promotion du dépistage des cancers féminins à Charleroi

M. Lejeune\*, F. Bastin\*\*

Il n'est plus à démontrer que le cancer du sein est une priorité de santé publique, que ce soit en Belgique ou dans d'autres pays industrialisés.

À Charleroi, la situation est particulièrement critique du fait de nombreux facteurs délétères.

– Ainsi, l'incidence des cancers du sein est l'une des plus élevées du Hainaut, voire de Belgique (1).

– En dépit de la campagne Mammothest® et du dépistage opportuniste, la couverture du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans reste insuffisante.

– Un grand nombre de femmes sont fragilisées par un faible niveau socio-économique mais aussi par la présence d'une ou plusieurs insécurités d'origine somatique, affective ou culturelle. Or, ces facteurs peuvent influencer la pratique du dépistage et la prise en charge thérapeutique.

– Enfin, les facteurs socioculturels jouent un rôle non négligeable dans l'adhésion aux examens de dépistage. Or, à Charleroi, la communauté étrangère est fortement représentée.

Tous ces facteurs concourent à justifier la mise en place d'un plan coordonné de promotion du dépistage du cancer du sein à Charleroi.

## Situation socio-démographique de Charleroi

Charleroi, 201 300 habitants, troisième ville de Belgique située dans la province du Hainaut, partie francophone de la Belgique, se situe à environ cinquante kilomètres de Bruxelles.

Au centre d'un vaste bassin houiller, maintenant totalement abandonné, Charleroi constitue

aujourd'hui, un haut lieu de l'industrie sidérurgique, de la verrerie, des produits chimiques et de la construction électrique. Charleroi est malheureusement considérée comme une des villes les plus précarisées du Hainaut.

La population féminine constitue 51,6 % de la population totale, dont 23 % sont âgées de 50 à 69 ans (3). Cette population féminine est particulièrement touchée par la précarité comme le montre les indicateurs suivants :

– niveau d'instruction plus faible (par rapport à la Belgique) ;

– taux de chômage élevé (28 % à Charleroi ; 13 % en Belgique) [3] ;

– niveau de revenu plus faible (10 832 €/habitant par rapport au reste de la Belgique (3) ;

La population étrangère y est également importante composée principalement d'Italiens, de Turcs et de Marocains (14 % de la population totale) [2].

## Incidence du cancer du sein

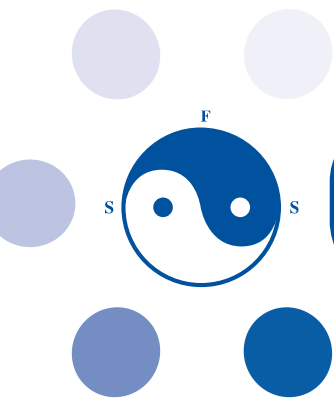
Chaque année, il y a près de 9 000 nouveaux cas de cancer du sein en Belgique (1).

Il reste le cancer le plus fréquent chez les femmes puisqu'il représente 35 % des cas de cancer.

La Belgique est un des pays de l'Union européenne (UE) où l'incidence du cancer du sein reste la plus élevée et où la mortalité ne s'infléchit que peu (par rapport aux pays limitrophes) [1].

Selon les derniers chiffres du Registre national du cancer belge de 2004, l'incidence des cancers du sein à Charleroi s'élève à 138/100 000 habitants contre 125/100 000 habitants en Hainaut (1).

\* ASBL Carolo Prévention Santé, bd Zoé-Drion, 1 à B-6000 Charleroi, Belgique.  
\*\* Oncologue, Centre de dépistage des cancers du CHU de Charleroi, bd Zoé-Drion, 1 à B-6000 Charleroi, Belgique.



## Les pages de la SFSPM

Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire

### Cancer et précarité

Si l'incidence du cancer du sein n'est pas plus élevée chez les femmes socio-économiquement fragilisées, le taux de survie après un cancer du sein, lui, est plus faible pour cette catégorie de femmes. Cela s'explique (4) par un retard de diagnostic, un traitement différé, une moins bonne résistance, la présence de comorbidité, un faible support social, mais aussi par une pratique du dépistage plus faible.

#### Influence du niveau socio-économique

Plusieurs travaux (5) ont bien démontré que les femmes issues d'un milieu socio-économiquement bas ont une plus faible participation aux campagnes de dépistage classiques. Le niveau d'instruction, lié au niveau socio-économique, est également significatif dans la pratique du dépistage, comme le montre le [tableau I](#).

**Tableau I. Pourcentage de femmes (50-69 ans) qui ont eu une mammographie (2000-2002) [4] en fonction de leur niveau d'instruction.**

Enseignement primaire	Enseignement secondaire inférieur	Enseignement secondaire supérieur	Enseignement supérieur
44 %	58 %	63 %	70 %

La différence est significative après standardisation pour l'âge entre les femmes qui n'ont suivi qu'un enseignement primaire et celles qui ont suivi au moins un enseignement secondaire supérieur (OR : 2,79 ; IC<sub>95</sub> : 1,54-5,07). Une campagne de dépistage a été lancée en 2001 par la communauté française de Belgique. Elle consiste à inviter les femmes de 50 à 69 ans à pratiquer gratuitement une mammographie de dépistage (appelée "Mammotest®") tous les deux ans. Les résultats de 2006-2007 sont éloquentes puisqu'ils ont montré que le taux de couverture le plus bas (8,25 %) est dans l'arrondissement de Charleroi et qu'il est significativement plus faible qu'en Hainaut (10,49 %) et en région de Bruxelles (10 %) [6].

#### Influence socioculturelle

On constate une plus faible incidence des cancers du sein dans les populations non européennes grâce au rôle des facteurs protecteurs liés à cette culture

(grossesses à un jeune âge, nombre d'enfants plus élevé, longue durée de l'allaitement) [4].

Les obstacles d'origine communicationnelle (mauvaise compréhension du Français, non connexion aux médias belges, illettrisme, etc.), ou d'origine culturelle (croyance, représentation, image négative du cancer, absence de "culture de prévention", peur de rencontrer un médecin "homme"...)

ne permettent pas à ces femmes d'accéder aux messages de sensibilisation qui les concernent. Selon l'enquête de santé (7) se trouve dans une interview de 2004, 70 % des femmes belges ou non belges ressortissantes de l'UE de 50 à 69 ans ont passé un examen de dépistage du cancer du sein dans les deux ans contre 14 % des femmes de 50 à 69 ans originaires d'un pays hors de l'UE.

#### Approches socio-éducatives en promotion de la santé

Des études internationales (5) ont démontré qu'une approche éducative, ludique et de proximité fondée sur des exercices sur la compliance influençait plus favorablement les femmes issues de milieux défavorisés que des campagnes médiatiques ou des invitations écrites.

Le médecin généraliste a un rôle important dans la gestion de cette barrière culturelle, de par sa proximité, sa crédibilité et la connaissance de sa patientèle. Les structures de terrain (maisons de quartier, associations spécifiques, etc.) travaillant dans la proximité avec ces populations sont également un bon vecteur de sensibilisation.

### Cancers et facteurs individuels

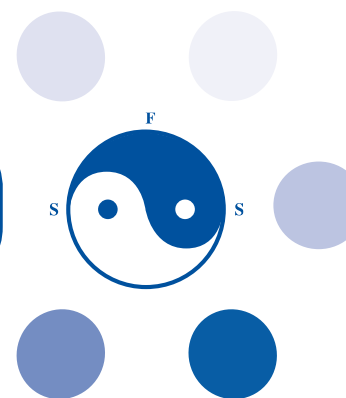
Certains facteurs individuels sont immuables, comme la prédisposition génétique et les antécédents familiaux. En revanche, des actions de santé publique peuvent en améliorer tels que l'alimentation, l'obésité, la sédentarité et une part des facteurs hormonaux.

#### Incidence de l'excès pondéral en Hainaut

En Hainaut, la proportion de femmes en excès de poids est plus élevée que dans l'ensemble de la Belgique (44,9 % en Hainaut contre 39 % en Belgique) [8].

## Les pages de la SFSPM

Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire



L'âge intervient également dans la prise de poids. On note ainsi une augmentation importante de l'excès pondéral à partir de 45 ans et ce jusqu'à 75 ans au moins (48,8 % d'excès de poids entre 35-44 ans et 60 % à partir de 45 ans) [8].

Le statut socio-économique et notamment le niveau scolaire est en lien également avec l'excès pondéral. Ainsi, plus le niveau de scolarité est faible, plus la proportion de personnes en excès de poids est élevée.

### Sédentarité en Hainaut

La sédentarité est également un facteur de risque puisqu'il a été prouvé que 30 minutes d'activité physique modérée par jour a un impact positif sur l'incidence des cancers du sein et sur la santé en général.

En Hainaut, 55 % des femmes sont considérées "à risque" par manque d'activité physique de loisir (alors qu'elles sont 49 % pour la région wallonne et 39 % pour la Belgique) [8].

**En résumé, la population féminine carolo-régienne réunit plusieurs facteurs de risque vis-à-vis du cancer du sein et cumule plusieurs causes de précarité. C'est pourquoi des actions spécifiques orientées vers ces femmes précarisées se justifient pleinement.**

### Plan de promotion du dépistage des cancers à Charleroi

➤ Ces actions ont été pensées et réalisées par le Centre de dépistage des cancers du Centre hospitalier universitaire de Charleroi et l'ASBL Carolo Prévention Santé depuis 2000.

➤ Elles ont abordé la thématique des cancers du sein et du col de l'utérus afin d'optimiser les rencontres avec les femmes ciblées.

➤ Les buts poursuivis sont :

– de promouvoir le dépistage de ces deux cancers auprès de la population féminine de Charleroi ;  
– de relayer sur le terrain les campagnes de sensibilisation élaborées au niveau communautaire (communauté française).

➤ Les femmes fragilisées de tout âge sont le public privilégié de ce plan. Leur fragilité provient de la présence d'une ou de plusieurs insécurités d'origine :

– "socio-économique (chômage, surendettement...) ;

– somatique (maladies mentales et physiques, accidents, invalidités, alcoolisme, malnutrition...) ;

– affective (ruptures, pertes, violences familiales, dévalorisation personnelle...) ;

– culturelle (immigration, perte d'identité sociale, décrochage social...).

Ces insécurités ne permettent pas ou plus aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux" (9).

Une attention particulière est bien entendu accordée aux femmes de 50 à 69 ans, directement concernées par le dépistage des cancers du sein.

➤ Pour atteindre ces publics spécifiques, des organismes de terrain et des professionnels de la santé ou du social (maisons de quartier, maisons médicales, ou des activités telles que services de réinsertion socioprofessionnelle, cours d'alphabétisation, formation continue, services de soins à domicile, etc.) sont sollicités afin d'intégrer l'approche de cette thématique dans leur programme d'activités ou dans leur travail quotidien.

### Descriptions des actions en cours ou à venir

#### Pour le public des femmes : le jeu de société "Gynoquid"

Le Gynoquid est un jeu de société éducatif et participatif de promotion du dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus destiné aux femmes, et tout particulièrement aux femmes fragilisées.

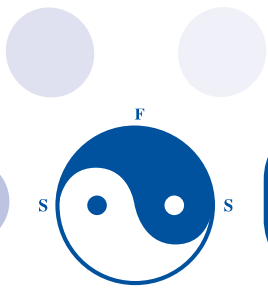
#### ◆ Buts ultimes du jeu

Promouvoir le dépistage des cancers du sein et du col utérin et aider à réduire les causes de sous-dépistage des cancers par une approche ludique, attrayante et participative tout en restant rigoureux sur le plan scientifique.

Il est reconnu que les principales causes de sous-dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus dans les populations fragilisées sont la méconnaissance et la peur de ces cancers (10).

#### ◆ Objectifs généraux

➤ Lever les freins des femmes fragilisées par rapport au dépistage systématique.



## Les pages de la SFSPM

Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire

Tableau II. Actions menées depuis l'année 2000.

Pour le public ciblé (femmes de 25 à 65 ans précarisées)	Pour le public relais (assistantes sociales, aides ménagères, animatrices socioculturelles, etc.)	Pour le monde médical (médecins généralistes et gynécologues)
2002-2003 : enquête "freins-leviers à un dépistage systématique" auprès d'une centaine de femmes précarisées	2003-2006 : extension de l'animation de sensibilisation aux femmes relais + diffusion de dépliants	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2002 : enquête sur "les habitudes de prescription des médecins en matière d'examen de dépistage des cancers du sein et du col"</li> <li>➤ 55 % de participation (avec rappel) et idées d'actions concrètes (création de documents de communication)</li> </ul>
2002-2003 : création d'une animation de sensibilisation à l'attention des femmes précarisées (+ de 2 000 femmes rencontrées à ce jour)	2003-2006 : extension de l'animation de sensibilisation aux femmes relais	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2002-2003 : création de matériel de communication (dépliant et affiche) avec langage simplifié</li> <li>➤ diffusion de ce matériel via médecins généralistes, gynécologues, pharmaciens et lors des différentes animations</li> </ul>
2003-2008 : poursuite des animations à la demande (avec actualisation du diaporama sur base de faits scientifiquement avérés)		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2005 : enquête sur "l'opinion du monde médical vis-à-vis du programme 'Mammotest®' versus le bilan sénologique"</li> <li>➤ 34 % de participation (sans rappel) et idées d'actions concrètes</li> </ul>
➤ 2007-2009 : création d'un jeu de société : "Gynoquid"	➤ 2009-2010 : formation "relais-population"	➤ 2009 : poursuite des actions de sensibilisation

- Réduire les inégalités sociales en développant des actions de proximité.
- Augmenter le taux de couverture de dépistage du cancer du sein dans la population de Charleroi.
- Augmenter le taux de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus dans la population de Charleroi et promouvoir la vaccination anti-HPV.
- Renforcer les programmes communautaires de dépistage du cancer du sein et de promotion de la vaccination anti-HPV à Charleroi.

### ◆ Objectifs spécifiques

- Améliorer les "savoirs, savoir-être, savoir-faire" relatifs au cancer du sein et du col de l'utérus, à leur dépistage et à leur prévention.
- Faire prendre conscience de l'intérêt du dépistage systématique.
- Apporter des informations scientifiquement validées et facilement compréhensibles par toutes.
- Réduire l'appréhension vis-à-vis du monde médical. Ces objectifs sont atteints par la teneur des questions, des saynètes et par les règles du jeu.

### ◆ Méthodologie

Le " jeu " est considéré comme un support intéressant dans le domaine de la promotion de la santé et pour la thématique des cancers, car il est

participatif/coopératif, ludique, il dédramatise un sujet sensible et interpelle le public.

### ◆ Le parcours du jeu proprement dit

Le parcours est divisé en cinq étapes :

- première étape : les cancers en général ;
- deuxième étape : le cancer du sein ;
- troisième étape : le dépistage des cancers du sein ;
- quatrième étape : le cancer du col de l'utérus ;
- cinquième étape : le dépistage et la vaccination contre le cancer du col de l'utérus.

Chaque étape comprend huit cases "questions" portant sur une thématique "cancers" précise et une case "objection ou frein".

Des questions portant sur les facteurs de risque et/ou de protection tels que l'alimentation, le tabac et l'activité physique peuvent être intercalées entre les questions "cancers" pour "alléger" l'atmosphère du jeu.

Les messages essentiels concernant toutes ces thématiques sont rappelés par l'animatrice à la fin de chaque étape.

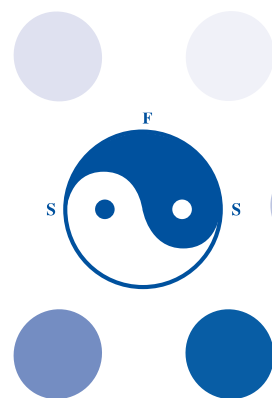
Des illustrations permettent de soutenir le discours oral soit sur la silhouette de la femme (images représentatives d'un sein et de son image mammographique, et de l'appareil génital féminin et la localisation privilégiée du HPV) soit par des fiches amovibles (illustration d'un frottis, de l'évolution cancéreuse des cellules du col de l'utérus, etc.). À la fin de chaque étape, une saynète est proposée pour aborder une objection au dépistage, à savoir : la peur, le budget, la pudeur, la méconnaissance ou le sentiment d'invulnérabilité.

Ces mises en situation sont aussi le moyen de transmettre d'autres informations essentielles. Différentes méthodes d'utilisation des saynètes sont proposées afin de s'adapter aux différents "profils" des participantes (illettrisme, timidité...). Chaque étape est identique dans son déroulement. Le plateau de jeu se termine par la question "et maintenant ?..." "...faisons-nous dépister".

Cela marque le temps de la synthèse générale des informations transmises au cours du jeu, de la réponse à des questions, de la diffusion d'informations pratiques pour se faire dépister, d'une réflexion individuelle et collective sur ce que les participantes sont prêtes à faire à la suite de cette animation, qui peut être le point de départ d'autres actions à mener, d'évaluer l'animation par les participantes.

# Les pages de la SFSPM

Société Française de Sénologie et de Pathologie Mammaire



## Pour le public des relais : une formation de "relais population"

Cette formation s'inspire du modèle français qui est déjà expérimenté depuis plus de 5 ans un peu partout en France. Une collaboration avec des organismes de terrain de la ville de Douai sera initiée pour le projet à Charleroi.

► Les "relais population" sont des non-professionnels appartenant à une communauté donnée et qui font office de référence auprès de la population en général (conseillères communales, pharmaciennes, assistantes sociales, bénévoles d'une association, etc.).

► Ces relais sont formés par des professionnels afin qu'ils puissent diffuser des informations, éduquer ou établir des contacts auprès de publics spécifiques sur la base de méthodes ayant fait leur preuve dans la transmission d'information.

► Certains groupes font appel à leurs pairs plus fréquemment que d'autres pour obtenir des informations ou de l'aide, c'est le cas des communautés immigrées (11).

Des études (11) ont montré que ces populations recherchent prioritairement des informations par le biais de réseaux informels (amis, famille, connaissances).

► Il semblerait qu'une approche plus personnelle soit nécessaire pour démarrer un processus de changement de comportement de santé. Les "relais population" peuvent agir à différents niveaux : soutien émotionnel, guidance, information ou apprentissage.

► Les évaluations (11) portant sur des actions

impliquant un réseau de profanes montrent un certain succès auprès des communautés immigrées et/ou défavorisées.

## Pour les professionnels de la santé : des actions de sensibilisation

Elles doivent être envisagées afin d'aider à systématiser la transmission de messages de prévention et de promotion du dépistage des cancers lors des consultations.

## Conclusion

Toutes les actions menées, à Charleroi, depuis 2000, ont comme objectifs une meilleure couverture du dépistage du cancer du sein, une réduction de sa mortalité et une diminution des inégalités sociales de santé (particulièrement élevées dans la région).

Les femmes réfractaires au dépistage ne peuvent être convaincues que par un réel plan intégrant tous les acteurs de terrain en contact avec elles.

Ceux-ci doivent transmettre un message identique par une information de proximité, accessible et empathique.

Ce plan ambitionne de développer leurs connaissances, de modifier leurs comportements délétères, de leur permettre d'adopter le dépistage par mammographie et de le pérenniser selon les recommandations en vigueur.

Enfin, ces femmes pourraient, à terme, servir, elles-mêmes de modèle pour leurs pairs. ■

## Références bibliographiques

1. Cancer incidence in Belgium, 2004-2005, (report) Belgian Cancer Registry, Bruxelles, 2008:92.
2. <http://www.charleroi.be>
3. <http://Statbel.fgov.be>
4. Jonkheer P. Cahier 1: Dépistage du cancer du sein. In: Tableau de bord de la santé en communauté française de Belgique, Service communautaire en promotion santé (SIPES) (ESP-ULB), Godin I, De Smet P, Favresse D et al. Bruxelles, 2007:23-7.
5. Doumont D, Libion F. (unité RESO, éducation pour la santé, faculté de médecine, Université catholique de Louvain). Dépistage du cancer du sein, analyse des comportements préventifs dans le cadre du dépistage par mammographie. Collection Des outils pour les acteurs de la santé, 2000.
6. Observatoire de la santé du Hainaut. Programme de dépistage des cancers du sein – rapport d'activités 01/07/2006 au 30/06/2007. Province du Hainaut, 2007.
7. Bayingana K, Demarest S, Gisle L et al. Enquête de santé par interview, Belgique, 2004. Rapport complet, Institut scientifique de santé publique, 2006:241 (dépistage des cancers du sein).
8. Observatoire de la santé du Hainaut. Santé en Hainaut n° 6, Tableau de bord de la santé, 2006:220.
9. Fabri V. Le dépistage des cancers du sein en questions. Direction générale études, développement et information, Union nationale des mutualités socialistes, 2001.
10. Davis T, Arnold C. Knowledge and attitude on screening mammography among low-literate, low-income women. Cancer 1996;78,9:1912-20.
11. Doumont D, Renard F. Quelle est la place des réseaux de profanes dans les programmes d'éducation pour la santé auprès de populations défavorisées ? Série de dossiers documentaires, UCL-RESO, Unité d'éducation pour la santé, juin 2000.

