OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

Rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise

Période : juin 2002 à décembre 2005

Commission communautaire commune

OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

Les dossiers de l'Observatoire

Rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise

Période : juin 2002 à décembre 2005

Commission communautaire commune

Les dossiers de l'Observatoire

Chaque dossier offre un éclairage particulier sur des aspects spécifiques
de la réalité sociale et de santé en Région bruxelloise.

Ces dossiers peuvent être obtenus sur le site web (www.observatbru.be) ou sur simple
demande. Le dossier peut être copié, moyennant mention de la source.

Dans la collection «Les dossier de l'Observatoire» :

2006
Atlas de la santé et du social de Bruxelles-Capitale

2005
Evaluation de la participation des personnes vivant dans la pauvreté au rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté

2003
Le suicide en Région de Bruxelles-Capitale, situation 1998-2000

2002
Les défis d'une politique de lutte contre la pauvreté à Bruxelles
La tuberculose en Région de Bruxelles-Capitale, situation 2000
Pauvreté et quartiers défavorisés dans la Région de Bruxelles-Capitale

Colofon

Coordination :
Observatoire de la Santé et du Social :
Murielle DEGUERRY

Auteurs :
Murielle DEGUERRY,
Myriam DE SPIEGELAERE,
Edwige HAELTERMAN,
Peter VERDUYCKT

Cartographie :
Truus ROESEMS

Collaboration scientifique :
Neelke VERNAILLEN

Sources d'information :
Jean-Benoit BURRION (Brumammo),
Michel CANDEUR (Brumammo),
Bégonia MONTILLA (CLPS Bruxelles),
Heidi DU LAING (Logo Brussel),
Hugo HENNEMAN (Logo Brussel),
Nazira EL MAOUFIK (Forest Quartiers Santé)

Lay-out :
Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl :
Nathalie DA COSTA MAYA

Traduction :
Singer Translations sprl

Numéro de Dépôt Légal :
D/2006/9334/19

Pour plus d'informations :
Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale
Commission communautaire commune
183 avenue Louise – 1050 Bruxelles
Tél. : 02/552 01 89
observat@ccc.irisnet.be
www.observatbru.be

Murielle Deguerry
Tél. : 02 552 01 65
mdeguerry@ccc.irisnet.be

Table des matières

1. Introduction 7

2. Eléments de littérature 9

3. Situation épidémiologique 11
   - 3.1 Evolution de la mortalité par cancer du sein à Bruxelles entre 1998 et 2004 11
     - 3.1.1 Evolution des taux de mortalité 11
     - 3.1.2 Mortalité selon l'âge 13
     - 3.1.3 Mortalité selon la nationalité 14
     - 3.1.4 Mortalité selon la commune de résidence 15
   - 3.2 Incidence du cancer du sein en région bruxelloise 16

4. Fonctionnement du programme 17
   - 4.1 Les principaux partenaires 18
   - 4.2 Financement 19
   - 4.3 Agrément des unités de mammographie 19
   - 4.4 Information et sensibilisation 19
     - 4.4.1 Vis-à-vis des professionnels de santé 20
     - 4.4.2 Vis-à-vis des femmes du groupe cible 20
   - 4.5 Invitations 22
   - 4.6 Examen radiologique 22
   - 4.7 Lectures des clichés et résultats 23
   - 4.8 Suivi 23
   - 4.9 Contrôle de qualité 24
   - 4.10 Refus de remboursement des mutuelles 25
   - 4.11 Télé mammographie 25

5. Qu'en pensent les médecins et les femmes ? 27
   - 5.1 Les médecins généralistes et gynécologues face au dépistage organisé du cancer du sein 27
     - 5.1.1 Méthodologie 27
     - 5.1.2 Principaux messages 27
     - 5.1.3 Suggestions 31
     - 5.1.4 Conclusion 32
   - 5.2 Enquête auprès des radiologues des unités de mammographie 32
   - 5.3 La perception du programme par les femmes 32
     - 5.3.1 Vus par les professionnels de santé 33
     - 5.3.2 Vus par les femmes 33
     - 5.3.3 Enquête française 34

6. Résultats de l'analyse du registre des mammotests réalisés à Bruxelles 37
   - 6.1 Périodes et population étudiées 37
   - 6.2 Activités 37
     - 6.2.1 Nombre de mammotests réalisés, selon l'année et le lieu de résidence 37
     - 6.2.2 Nombre de mammotests réalisés, selon l'unité de radiologie 40
   - 6.3 Age des femmes 42
   - 6.4 Mode de participation des femmes 42
     - 6.4.1 La femme s'est-elle présentée avec une prescription ou une invitation ? 42
     - 6.4.2 Facteurs qui ont décidé la femme à réaliser le mammotest 43
     - 6.4.3 Conclusions sur les facteurs incitants 44

6.5 Délai entre mammotest et envoi du résultat, 2003-2005 45
6.5.1 Délai entre mammotest et 2ème lecture 45
6.5.2 Délai entre seconde lecture et envoi du résultat 46
6.5.3 Conclusion concernant les délais 46
6.6 Résultats du mammotest : densité des seins et rappel pour échographie 47
6.7 Résultats du mammotest : présence d'anomalies mammographiques 48
6.7.1 Résultats du mammotest : présence d'anomalies selon le premier et le second lecteur 48
6.7.2 Concordance/discordance et réalisation d'une 3ème lecture 49
6.7.3 Résultats du mammotest : résultat final des lectures et taux de rappel 51
6.7.4 Suivi 52
6.8 Couverture et taux de participation 54

7. Revue d'autres données disponibles sur le dépistage du cancer du sein 63
7.1 Enquête de Santé 63
7.2 Rapports de l'Agence Intermutualiste 67

8. Conclusions 69

9. Sources 71

10. Glossaire 72

11. Repères méthodologiques 74

12. Annexes 75
12.1 Annexe 1 : Cadre Juridique 75
12.2 Annexe 2 : Taux de mortalité par cancer du sein pour la période 1998-2004, Bruxelles 76
12.3 Annexe 3 : Nombre attendu de cancers du sein en région bruxelloise en 2005 77
12.4 Annexe 4 : Liste des unités de radiologie agréées 78
12.5 Annexe 5 : Brochure d'information 80
12.6 Annexe 6 : Planning d'invitation 83
12.7 Annexe 7 : Lettre d'invitation 84
12.8 Annexe 8 : Fiche de première lecture 86
12.9 Annexe 9 : Fiche de suivi 88
12.10 Annexe 10 : Caractéristique des médecins interviewés 89
12.11 Annexe 11 : Brumammo : Membres du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale 89
12.12 Annexe 12 : Base de données 90
1. Données prévues dans le protocole d'accord 90
2. Groupe de travail 90
3. Procédures d'extractions des fichiers de 2001 à 2003 90
4. Procédures d'extraction fichier 2006 91
12.13 Annexe 13 : Délai entre mammotest et 2ème lecture, 2003-2005 92
12.14 Annexe 14 : Concordance entre 1er et 2ème lecteurs quant à la densité des seins 93
12.15 Annexe 15 : Concordance/discordance entre 1er et 2ème lecteurs quant à la présence d'anomalie, troisième lecture 93
12.16 Annexe 16 : Algorithme décisionnel de troisième lecture (version Novembre 2005) 96

1. Introduction

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et représentait en 2001 36,8 % des nouveaux cas de cancers féminins en Belgique [1].
Conformément aux recommandations des experts de «l'Europe contre le Cancer» [2], et à la suite de divers projets pilotes datant du début des années 90 (dont un dans la Région de Bruxelles-Capitale), l'Etat fédéral, les Communautés et les Régions ont signé en octobre 2000 un protocole d'accord «visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie» [3]. Ce programme national offre tous les deux ans aux femmes âgées de 50 à 69 ans une mammographie de dépistage gratuite et de qualité (= «mammotest»).
Les autorités fédérales s'engagent à prendre en charge le remboursement des mammotests et les Communautés à assurer la reconnaissance des unités de mammographie, organiser le dépistage selon des critères définis, inviter les femmes et transmettre les résultats.

Le programme de dépistage organisé présente les caractéristiques suivantes :
- il s'adresse aux femmes asymptomatiques de 50 à 69 ans ;
- il s'adresse à l'ensemble des femmes domiciliées sur le territoire belge ou bénéficiant de l'assurance soins de santé belge [4] ;
- les femmes doivent être dûment inscrites à un Organisme Assureur reconnu par l'INAMI ;
- l'intervalle entre les mammotests est de 2 ans ;
- il n'y a pas d'obligation de prescription médicale, l'invitation provenant des Centres de coordination et la prescription de l'examen par un médecin étant considérées comme équivalentes ;
- la présence physique d'un radiologue n'est pas requise lors de la réalisation du mammotest ;
- la prestation ne peut être cumulée avec d'autres prestations ni avec des honoraires forfaitaires de consultation. Le système du tiers payant est appliqué ; par ailleurs, aucune contribution personnelle ne peut être demandée ;
- la première lecture ne sera remboursée que si un code de 2ème lecture est facturé.
- les communautés ont la responsabilité d'organiser le dépistage

L'objectif général du programme est de réduire la mortalité par cancer du sein. Généralement, on admet qu'un programme de dépistage adressé aux femmes de 50 à 69 ans permet de réduire la mortalité par cancer du sein de 25 à 30 % après une période d'environ 10 ans, pour peu que les critères de qualité soient respectés et que le taux de couverture pour ces femmes soit supérieur à 70 %.

Il existe en Belgique depuis de nombreuses années une pratique répandue de dépistage dit «opportuniste», mise en œuvre par les radiologues et les gynécologues. Cette pratique, à différencier de la mammographie diagnostique qui est effectuée à la suite d'une plainte (ou de symptômes) ou d'un examen clinique anormal, comporte généralement ce qu'on appelle un bilan complet : un examen clinique, une mammographie des deux seins et une échographie. Elle se distingue donc du programme organisé par l'absence d'un contrôle de qualité organisé, par le paiement d'un ticket modérateur par les femmes, par une participation limitée aux femmes suivies par un médecin qui intègre le dépistage dans sa pratique (ce qui aboutit à une couverture inéquitable) ainsi que par un coût supérieur par l'adjonction systématique d'un examen clinique et d'une échographie. Ce contexte préexistant, sans doute insuffisamment pris en compte lors de la mise en place du programme, rend l'organisation du programme de dépistage organisé plus complexe, tant pour les acteurs de santé que pour les bénéficiaires, comme nous le verrons plus loin dans ce rapport. Dans la suite du rapport, ce dépistage «opportuniste» sera nommé «dépistage hors programme» par opposition au dépistage organisé.

1 *Fondation Registre du Cancer, 2006. Pour la région bruxelloise, le cancer du sein représentait 36,5 % des nouveaux cas de cancer chez la femme en 2001.*

2 *Epidemiological guideline for quality assurance in breast cancer screening, third edition, Europe Against Cancer (Janvier 2001).*

3 *Voir cadre juridique en Annexe 1.*

4 *Les femmes non résidentes en Belgique mais bénéficiant de l'assurance soins de santé belge peuvent bénéficier du programme mais ne reçoivent pas d'invitation.*

La mise en œuvre du programme de dépistage organisé fait appel à de nombreux acteurs : les autorités fédérales, les institutions de sécurité sociale (INAMI, Mutualités, Collège intermutualiste et Banque Carrefour), l'Institut scientifique de Santé Publique, les Communautés française et flamande et la Commission communautaire commune, les centres de référence pour le dépistage du cancer du sein, les unités de mammographie agréées, les radiologues et techniciens de radiologie, les médecins généralistes, les gynécologues, les physiciens chargés de contrôler les installations techniques, les laboratoires d'anatomie pathologique, le registre national du cancer, les intervenants en promotion de la santé.

En Région de Bruxelles Capitale, l'ASBL «Centre de Référence pour le dépistage du cancer du sein» Brumammo a été créé pour assumer le rôle de centre bruxellois de référence sur base d'un protocole d'accord entre la Commission communautaire commune et la communauté flamande et française. Le centre dispose d'une convention avec la Commission communautaire commune et le rapport avec les communautés est régi via des arrêtés ministériels.
Le programme a démarré en juin 2002. A ce moment, les femmes étaient adressées pour un mammotest uniquement sur prescription d'un médecin (= «première voie») ; les invitations n'ont commencé à être envoyées aux femmes qu'en février 2003 (= «deuxième voie»).

Après un bref rappel de la littérature, ce rapport s'intéressera tout d'abord à présenter les données existantes en Belgique sur le cancer du sein. La situation épidémiologique sera illustrée par les données de mortalité ainsi qu'une estimation des données d'incidence, puis d'autres sources de données seront explorées en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein : la dernière Enquête de santé par interview réalisée en 2004 par l'Institut de Santé Publique ainsi que les deux derniers rapports de l'Agence intermutualiste (AIM/IMA).

Les résultats d'une enquête qualitative réalisée par l'Observatoire auprès de professionnels de santé seront mis en parallèle avec d'autres enquêtes effectuées auprès de femmes du groupe cible en Belgique et en France.

Dans sa partie «résultats» ce rapport s'intéresse au «premier tour» (first round) complet du programme organisé, soit de juin 2002 à décembre 2004, période pendant laquelle toutes [5] les femmes de la population cible ont été invitées une première fois. Disposant des données de 2005, nous tenterons également d'analyser l'évolution en début de deuxième tour.

L'évaluation de l'impact réel du programme n'est pas encore possible à ce stade de développement du programme. En effet, les données concernant l'incidence des nouveaux cas de cancers du sein ne sont pas encore disponibles pour la Région de Bruxelles-Capitale et il faut compter plusieurs années avant d'espérer mesurer l'impact attendu sur la mortalité.

5 *Comme on le verra par la suite au sein du paragraphe 5.1, l'entièreté du groupe cible n'a malheureusement pas pu être invitée par suite d'une base de données incomplète.*

2. Eléments de littérature

Les constats suivants sont tirés essentiellement de la revue de littérature effectuée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé en 2005, de cinq articles parus dans la revue médicale Prescrire entre 2003 et 2006 et d'un colloque organisé en Septembre 2005 par l'Institut national du Cancer à Paris (voir sources bibliographiques dans le chapitre 9).

Les cancers du sein sont les cancers féminins les plus fréquents dans les pays industrialisés.
On distingue 2 grands types histologiques de cancer du sein : les carcinomes infiltrants (avec effraction de la membrane basale du tissu conjonctif) et les carcinomes in situ ; ces derniers évoluent lentement et sont souvent découverts fortuitement lors d'une mammographie.
Comme la taille de la tumeur et le degré d'envahissement, qu'il soit local, régional ou métastatique, semble jouer un rôle primordial dans le pronostic de ces tumeurs, il est logique de tenter de détecter ces lésions à un stade précoce afin de diminuer les traitements agressifs et améliorer le pronostic.

Le dépistage systématique ou organisé répond à des standards de qualité européens, prévoyant notamment une double lecture et un contrôle de qualité. Les conditions de réussite de ce programme dépendent du taux de participation de la population cible et de la qualité de l'examen.

Dans le cadre d'un dépistage de population et en tenant compte des données scientifiques actuellement disponibles, aucune méthode de dépistage systématique non mammographique n'a d'efficacité démontrée sur des critères cliniques.
L'autopalpation augmente le nombre d'investigations (examens faussement positifs) et l'anxiété des femmes, l'examen clinique détecte certaines lésions que ne détecte pas la mammographie mais cet effet est négligeable vu le surcroit de ressources nécessaire à sa mise en œuvre dans le cadre d'un dépistage organisé, l'échographie n'est pas assez spécifique (beaucoup de faux positifs) et est trop «opérateur dépendant» [6], la thermographie et le dosage de marqueurs tumoraux sont obsolètes, la RMN dans le cadre d'un dépistage organisé demeure du domaine de la recherche. La mammographie [7] reste donc la principale méthode de dépistage et il est important de pouvoir informer les femmes auxquelles elle est proposée, de la balance bénéfices-risques de cet examen.

La diminution de mortalité par cancer du sein grâce au dépistage par mammographie a été remise en question par une revue systématique de littérature publiée par la Collaboration Cochrane. De nombreuses réactions, controverses et publications ont suivi. En résumé, on peut cependant dire que pour la population des femmes de moins de 50 ans, la balance bénéfices-risques du dépistage organisé par mammographie est défavorable et qu'au-delà de 70 ans, aucune donnée probante n'existe. Pour les femmes entre 50 et 69 ans, les consensus d'experts penchent en faveur d'un bénéfice du dépistage mammographique.

Les experts du programme «L'Europe contre le cancer» ont créé un réseau européen (EBCN) : European Breast Cancer Network) qui a recommandé dès 1989 un dépistage par examen radiographique de chaque sein tous les deux ans pour les femmes de 50 à 69 ans dans le cadre d'un programme organisé. Ces recommandations ont été confirmées en 1999 à Vienne [8] et renforcées par un positionnement de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2002 [9].
De nombreux pays ont alors mis en place des programmes de dépistage tout d'abord sous forme de projets pilotes puis sous forme de projets nationaux.
Une revue de littérature effectuée en 2005 par le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE, Belgique) conclut : «La présente revue de littérature ne permet pas actuellement de remettre en question le programme de dépistage par cancer du sein par mammographie chez les femmes de 50 à 69 ans».

En pratique donc, si les recommandations pour les femmes de 40 à 49 ans sont discordantes, le dépistage est largement recommandé pour les femmes de 50 à 69 ans. Pour les femmes de plus de

6 *Des études de cohorte ont montré qu'en complément de la mammographie, chez des femmes ayant des seins jugés denses ou à risque particulièrement élevé de cancer du sein, l'échographie permet de détecter 3 à 4 cancers du sein supplémentaires pour 1000 femmes.*

7 *La mammographie analogique est encore de règle dans la plupart des cas. La mammographie digitale offre des possibilités d'ajustement du contraste, de réalisation d'agrandissements, de diagnostic assisté par ordinateur, de transmission et de stockage des images sous forme informatique ainsi qu'une plus faible irradiation. Elle est plus performante que la mammographie analogique lorsque les seins sont denses ou hétérogènes mais elle reste très onéreuse (surcoût de 4 à 58 % selon les études). Les modalités de contrôle de qualité sont encore à mettre en place.*

8 *Recommendations on cancer screening in the European Union, European Journal of Cancer, 2000, 36 :1473-1478.*

9 *Kmietowicz Z. WHO insists screening can cut breast cancer rates. British Medical Journal, 2002, 324 :695.*

70 ans, le dépistage est souvent recommandé en tenant compte de l'espérance de vie et des co-morbidités.
Les stratégies de mise en œuvre varient suivant les pays, suite aux divers systèmes de santé en place et aux différences culturelles en matière de pratique médicale : programme centralisé (quelques structures publiques dédiées au programme de dépistage, comme en Suède) ou décentralisé (incluant sur base volontaire et sous condition les médecins libéraux, comme en France et en Belgique), programme unique ou complémentaire du dépistage individuel.

Si les programmes fonctionnant depuis quelques années montrent des réductions de mortalité par cancer du sein entre 6 et 25 %, les contributions relatives de différents facteurs doivent encore être évaluées : dépistage organisé, diagnostic clinique plus précoce, tumeurs moins agressives et traitement plus performant. La détection d'un plus grand nombre de cancers à un stade précoce (dont certains n'auraient pas évolué du vivant de la personne) accroît initialement l'incidence du cancer. La détection de cancers à un stade avancé ne décroit pas forcément.

L'information faite aux femmes est rarement objective en terme de balance bénéfices-risques ; elle tend plutôt à convaincre du bien-fondé du dépistage organisé sans permettre un choix éclairé. Si le dépistage par mammographie comporte des avantages dont le principal est un diagnostic plus précoce permettant de bénéficier de traitements plus efficaces et moins lourds, il présente également des limites et des effets négatifs : douleur lors de l'examen, irradiation, délais d'attente des résultats, faux positifs entraînant anxiété et examens complémentaires agressifs, diagnostic de cancers qui n'auraient jamais eu de traduction clinique (et entraînant donc examens, anxiété et traitements inutiles), fausse réassurance due à des faux négatifs.

Aucun mode de transmission de l'information ne s'est révélé déterminant mais la conjonction de campagnes, de brochures et de lettres d'invitation augmente la participation des femmes [10].
L'accessibilité de ces informations est cependant mise en doute pour les populations précarisées ou étrangères que ce soit à cause de la langue, de la complexité du message ou des média utilisés. De plus, les barrières à la participation peuvent être importantes, par exemple, participer à un programme de prévention secondaire peut dépasser les capacités des personnes précarisées à accepter un stress supplémentaire.
Une enquête qualitative française [11] a montré que le facteur influençant le plus la participation est l'attitude du médecin référent; son rôle est déterminant en ce qui concerne la conviction des femmes quant au bien fondé du programme et quant à l'incitation à y participer. Le fait que le médecin n'en parle pas est également interprété comme un désaveu du programme.

Dans la plupart des pays où le programme est décentralisé comme en Belgique, le principal obstacle au programme provient de la non adhésion des médecins. Les raisons sont diverses : manque d'information, sentiment de ne pas être reconnu comme un partenaire, dévalorisation du programme ou mauvaise compréhension des objectifs du programme, habitudes de prescription, problèmes d'organisation (délai des résultats, absence de protocole, perte des clichés), opposition médecine individuelle et santé publique.

La formation et le contrôle des radiologues, malgré les recommandations européennes, sont loin d'être uniformes et effectives.

Les études de coût (coût directs et indirects suivant les objectifs de l'étude) s'intéressent au coût de fonctionnement du programme, au coût par femme participante ainsi qu'au coût par femme dépistée et coût par année de vie gagnée (coût-efficacité). Ce dernier varie bien sûr en fonction de la stratégie, de l'âge de la population cible, du taux de participation, de la sensibilité du dépistage et de la qualité de la prise en charge.

10 *En Flandre, une enquête en 2002 auprès d'environ 1300 femmes participantes ou non au programme, concluait que la lettre d'invitation personnalisée était le moyen le plus efficace pour motiver les femmes flamandes à participer au dépistage.*

11 *Les femmes face au dépistage organisé du cancer du sein, enseignements clés de l'enquête qualitative, Ipsos Santé/Institut national du Cancer, 2005.*

3. Situation épidémiologique

3.1 Evolution de la mortalité par cancer du sein à Bruxelles entre 1998 et 2004

Ces résultats sont basés sur l'analyse des bulletins statistiques de décès réalisée par l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. Ils concernent uniquement les femmes résidant en région bruxelloise.

Pour la période 1998-2004, le cancer du sein représente la première cause de décès par cancer chez la femme (19,3 % des décès par cancer, 4,3 % de l'ensemble des décès). Entre 50 et 70 ans, le cancer du sein cause un quart des décès par cancer et 12 % des décès chez la femme en région bruxelloise.

3.1.1 Evolution des taux de mortalité

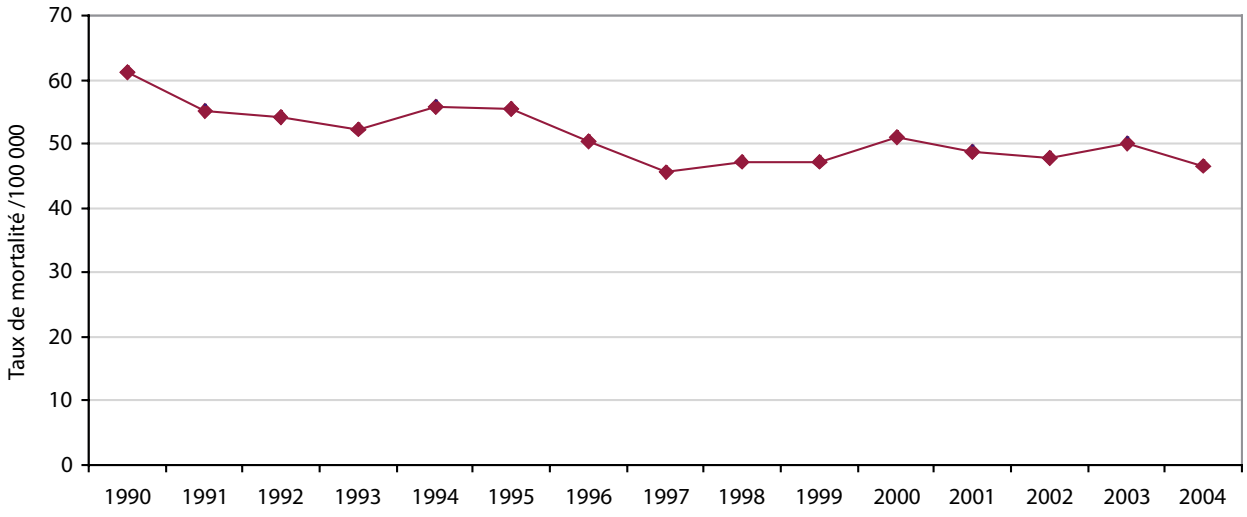
Le nombre de décès annuel par cancer du sein reste relativement stable entre 1998 et 2004 avec en moyenne 234 décès chaque année.

Tableau 3.1	Nombre de décès par cancer du sein par âge et par année en Région bruxelloise							
Groupe d'âge	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total 1998-2004
25-29 ans	0	0	0	0	1	1	1	3
30-34 ans	1	2	0	1	0	1	3	8
35-39 ans	7	4	2	5	4	9	3	34
40-44 ans	6	2	11	8	5	6	4	42
45-49 ans	12	12	17	14	15	16	8	94
50-54 ans	18	21	14	17	11	14	21	116
55-59 ans	12	18	12	24	18	29	15	128
60-64 ans	20	18	19	17	27	28	15	144
65-69 ans	26	23	35	24	23	19	21	171
70-74 ans	27	23	32	24	26	26	26	184
75-79 ans	28	36	32	24	30	33	28	211
80-84 ans	28	28	22	36	27	26	37	204
85-89 ans	29	26	32	22	23	15	20	167
90-94 ans	10	11	15	13	14	12	22	97
>= 95 ans	6	3	4	6	4	8	4	35
Total	230	227	247	235	228	243	228	1638

12 *Par méthode de standardisation directe en prenant comme référence la population centre-année 90-91.*

Après standardisation pour l'âge [12], on observe une diminution des taux de mortalité entre 1990 et 1997 ; après 1997, les taux restent stables. Une telle diminution est également observée en Flandre et dans les autres pays européens (14-15).

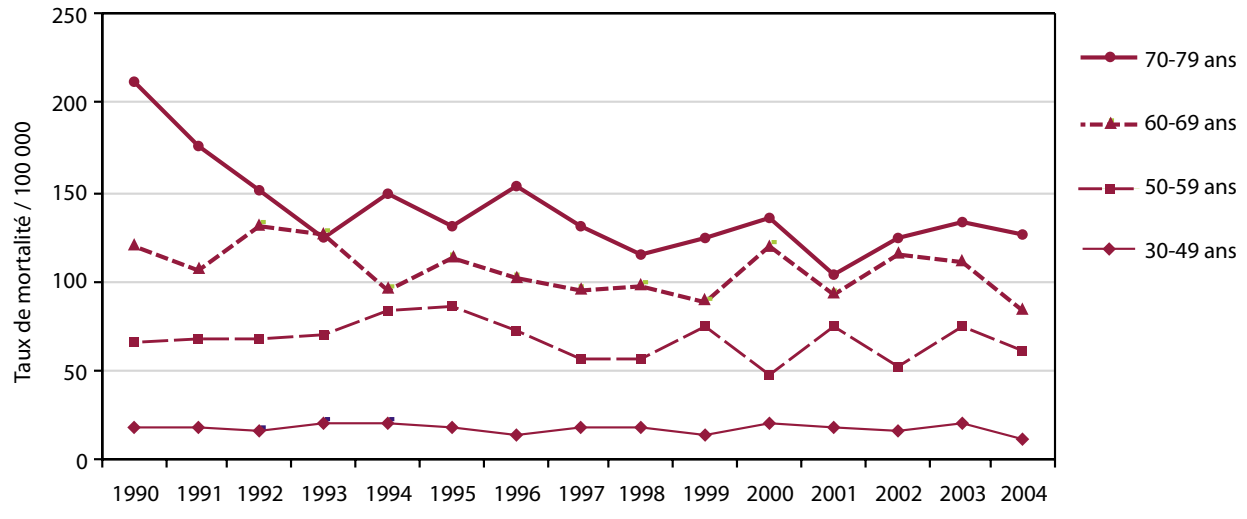
Figure 3.1 **Evolution des taux de mortalité par cancer du sein, Bruxelles 1990-2004**



Source : Bulletins statistiques de décès

L'évolution des taux de mortalité par groupes d'âge montre que la diminution dans les années '90 concerne surtout les femmes plus âgées (70-79 ans et dans une moindre mesure 60-69 ans). On n'observe pas de tendance nette pour les autres groupes d'âge.

Figure 3.2 **Evolution des taux de mortalité par cancer du sein par groupes d'âge, Bruxelles, 1990-2004**

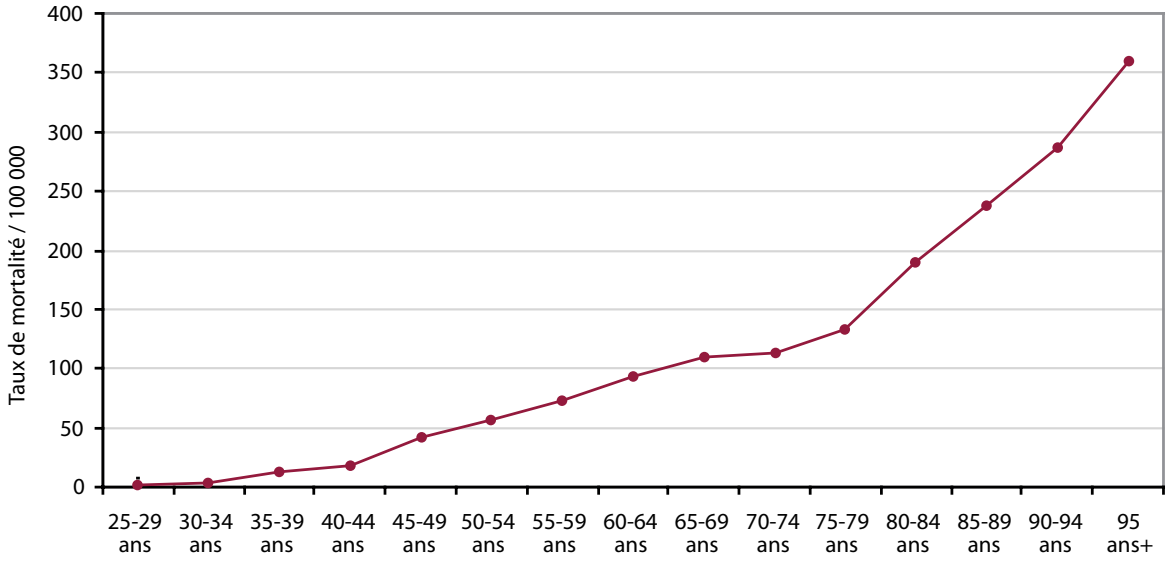


Source : Bulletins statistiques de décès

3.1.2 Mortalité selon l'âge

Etant donné la relative stabilité des taux de mortalité au cours de la période 1998-2004, nous avons regroupé ces 7 années pour pouvoir réaliser des analyses plus fines.
On n'a pas enregistré de décès par cancer du sein avant l'âge de 25 ans.
Les taux de mortalité par cancer du sein augmentent avec l'âge, cet accroissement est plus marqué à partir de 75 ans.

Figure 3.3 **Taux de mortalité par cancer du sein par groupes d'âge de 5 ans, Bruxelles 1998-2004** [13]



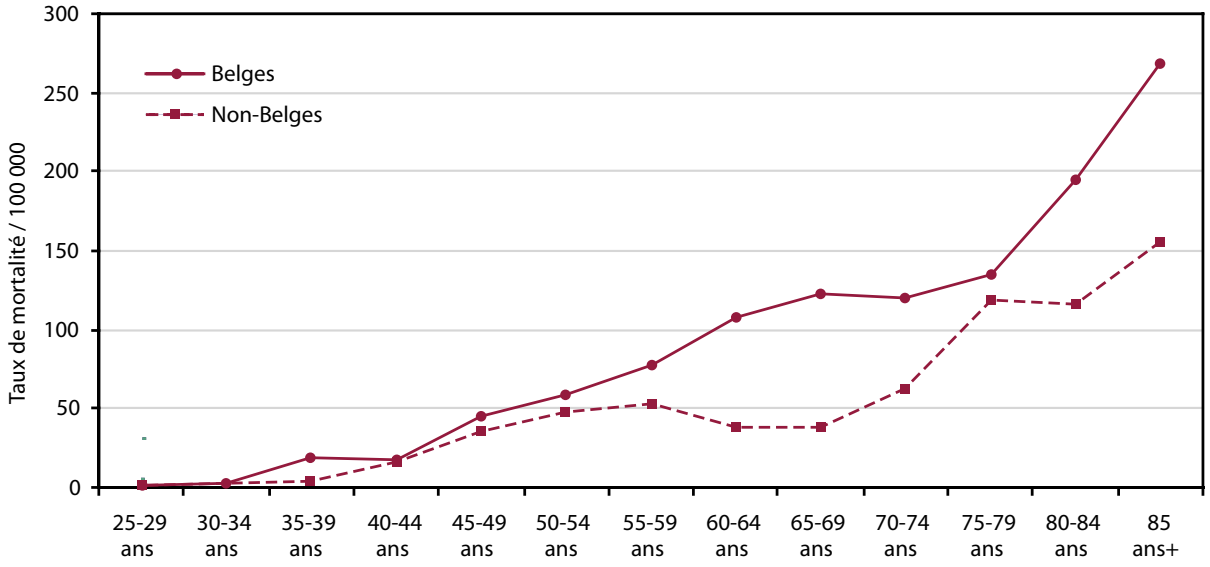
Source : Bulletins statistiques de décès

11,1 % des décès par cancer du sein surviennent avant l'âge de 50 ans (2,8 % avant 40 ans, 8,3 % entre 40 et 50 ans).
34,1 % des décès par cancer du sein surviennent entre l'âge de 50 et 69 ans (tranche d'âge concernée par le programme de dépistage).
Plus de la moitié (54,8 %) des décès par cancer du sein concernent des femmes de 70 ans ou plus.

13 *On retrouvera les valeurs des taux de mortalité en annexe 2.*

3.1.3 Mortalité selon la nationalité

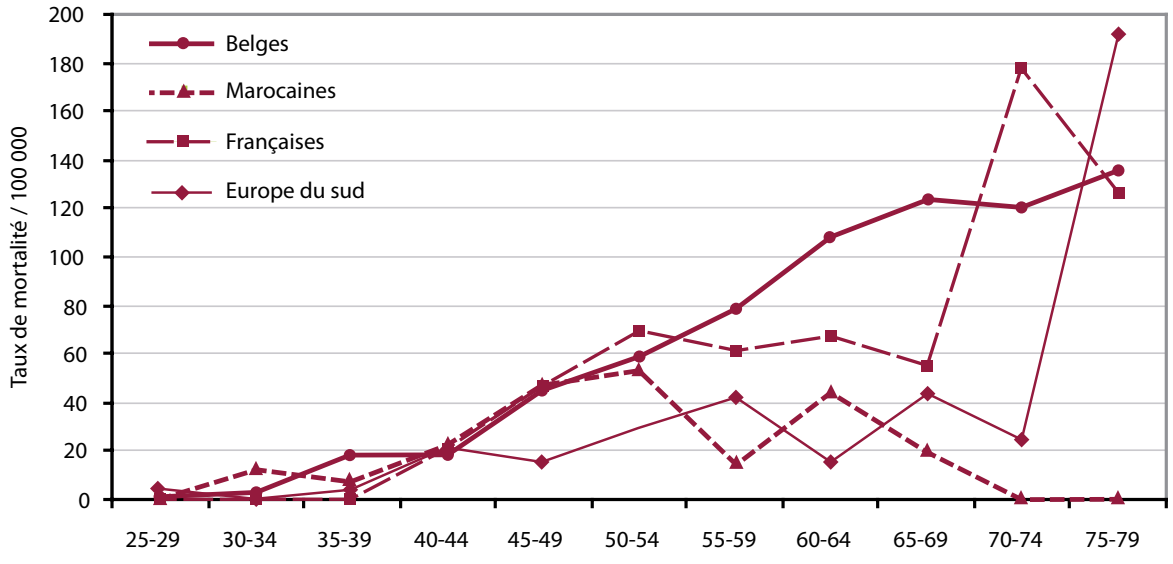
Figure 3.4 **Taux de mortalité par cancer du sein par âge selon la nationalité, Bruxelles 1998-2004**



Source : Bulletins statistiques de décès

Les taux de mortalité par âge des Bruxelloises non belges diffèrent sensiblement des taux des femmes belges à partir de la cinquantaine. On observe notamment une stabilisation des taux entre 50 et 74 ans.
Après standardisation pour l'âge le taux de mortalité par cancer du sein dans la population non belge est égal à 60 % du taux de la population belge.

Figure 3.5 **Evolution des taux de mortalité par âge pour quelques nationalités, Bruxelles 1998-2004**



Source : Bulletins statistiques de décès

L'analyse par nationalité montre que globalement, le taux de mortalité par cancer du sein est plus faible pour les Marocaines et les femmes d'Europe du Sud (Italie, Espagne, Grèce et Portugal) que pour les Belges. Après contrôle pour l'âge, le taux de mortalité pour ces deux communautés est 50 % plus faible que pour les Belges (différence statistiquement significative [14]).

Pour les femmes marocaines (1e communauté étrangère à Bruxelles), la mortalité par cancer du sein n'augmente plus à partir de 50 ans. L'absence de décès par cancer du sein au-delà de 69 ans pourrait être liée au faible nombre de femmes dans cette tranche d'âge ou à un biais lié au retour au pays pour les femmes plus âgées (déclaration de décès pas faite en Belgique). Pour les femmes d'Europe du Sud on observe un taux de mortalité plus faible que pour la population belges avec une augmentation au-delà de 75 ans [15]. Les mécanismes complexes de migrations et le nombre relativement faible de décès dans chaque groupe de nationalité rendent difficiles l'interprétation des données de mortalité, particulièrement pour les femmes plus âgées. La comparaison de l'incidence du cancer du sein dans ces différentes communautés serait plus pertinente [16].

14 *Par rapport à la population de nationalité belge, les SMR (IC95 %) sont respectivement de 0,49(0,30-0,76) pour les Marocaines et 0,51 (0,38-0,67) pour les femmes d'Europe du sud.*

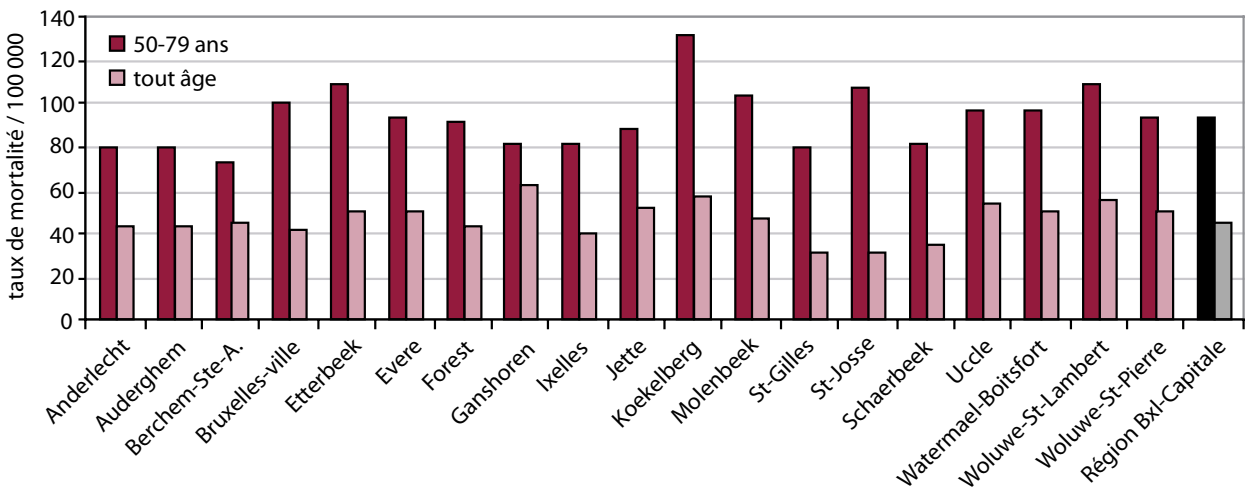
15 *Une hypothèse pourrait être que des femmes malades dont des membres de la famille résident en Belgique viennent s'y faire soigner. Cependant nous ne disposons d'aucun élément confirmant ou infirmant cette hypothèse.*

16 *Il n'existe actuellement pas de données d'incidence par nationalité en Belgique.*

3.1.4 Mortalité selon la commune de résidence

Les taux de mortalité bruts (/100 000) par cancer du sein varient de 63,1 à Ganshoren à 31,6 à Saint-Gilles. Ces taux sont fortement liés à la structure d'âge de la population : Ganshoren est la commune comprenant la plus forte proportion de personnes âgées tandis que Saint-Gilles est la commune où la proportion de personnes âgées est la plus faible.
Après standardisation pour l'âge, aucune commune bruxelloise ne présente un taux de mortalité par cancer du sein significativement plus élevée ou plus faible que celui de l'ensemble de la région.
La figure ci-dessous montre également les taux de mortalité dans le groupe d'âge le plus susceptible d'être affecté par le programme de dépistage.

Figure 3.6 **Taux de mortalité bruts pas cancer du sein par âge et par commune de résidence, 1998-2004**

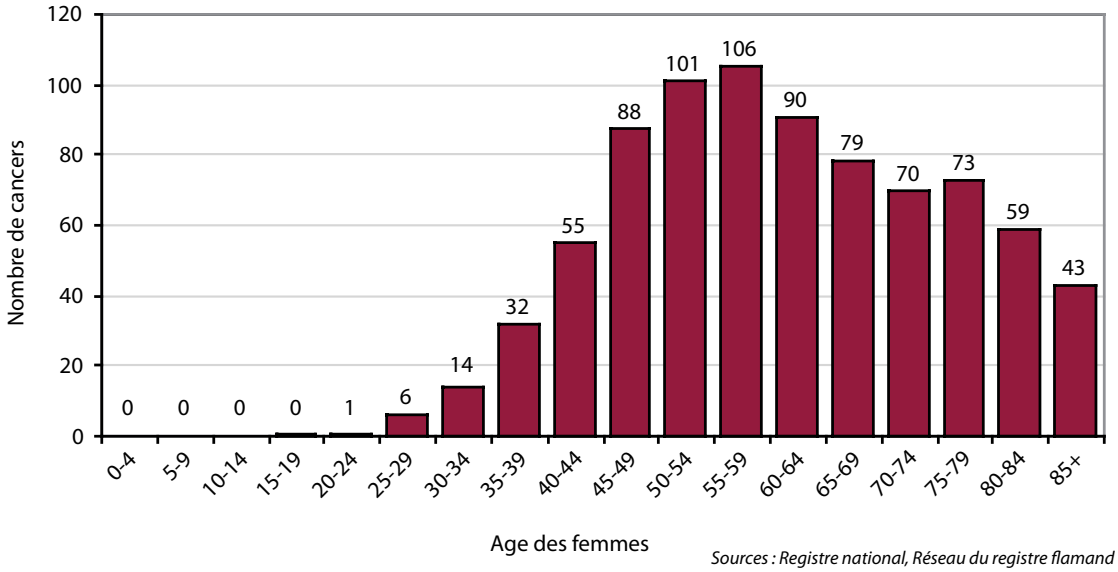


Source : Bulletins statistiques de décès

3.2 Incidence du cancer du sein en région bruxelloise

Contrairement à la mortalité, l'incidence du cancer du sein est en augmentation dans les pays européens (16).
Nous ne disposons pas actuellement de données fiables concernant l'incidence du cancer du sein en Région de Bruxelles-Capitale. Le nouveau registre national du cancer [17] devrait permettre de combler cette lacune pour les années à venir.
On peut cependant effectuer une estimation en appliquant à la population bruxelloise les taux d'incidence par âge observés en Flandre pour les années 2001-2002 (voir chiffres en Annexe 3, source : Vlaams kankerregister). Selon cette estimation, on compterait plus de 800 nouveaux cas de cancer du sein chaque année en Région de Bruxelles-Capitale [18].

Figure 3.7 **Estimation du nombre attendu de cancers du sein en 2005 à Bruxelles par groupe d'âge**



Sources : Registre national, Réseau du registre flamand du cancer.
Calcul : Observatoire de la Santé et du Social

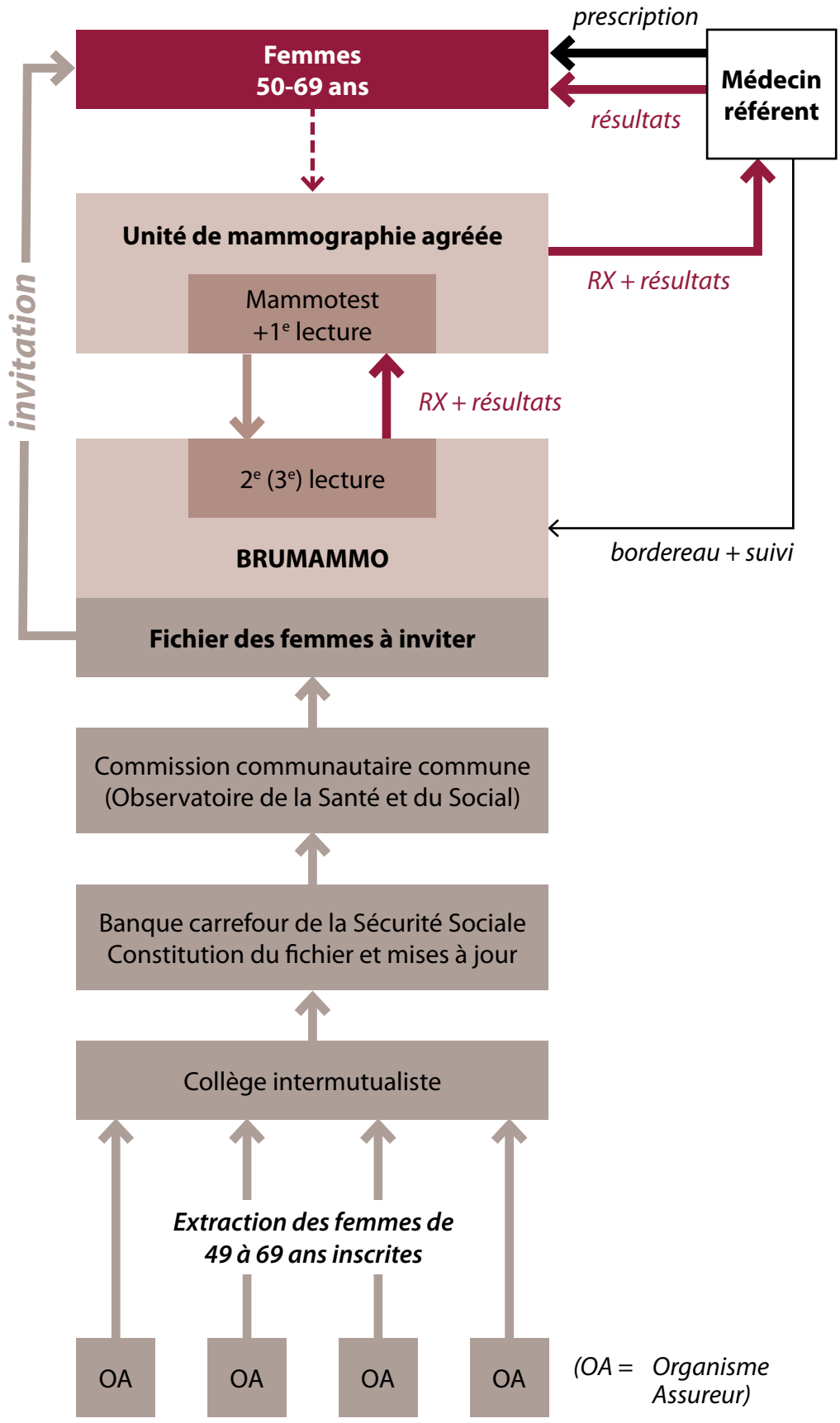
Selon les dernières données publiées par le Registre du cancer pour l'ensemble du pays, 24 % des cancers du sein surviennent avant l'âge de 50 ans, 50 % entre 50 et 69 ans et 26 % concernent des femmes de 70 ans ou plus.

Les tranches d'âge touchées sont plus larges que celles prises en compte pour le programme de dépistage organisé, et la proportion de cancers survenant avant 50 ans est importante, ce qui renforce probablement les réticences des professionnels de santé à respecter l'âge cible du programme et montre l'importance de réfléchir et discuter de méthodes adéquates pour dépister le cancer du sein dans cette tranche d'âge.

17 *La Fondation Registre du Cancer a été inaugurée officiellement en mai 2006. Le recueil de données n'est pas encore exhaustif pour l'ensemble du pays mais devrait l'être dans les mois qui viennent. Actuellement les données bruxelloises disponibles ne recouvrent qu'environ 50 % des cancers incidents.*

18 *Cette estimation doit être prise avec précaution. En effet, comme le laissent supposer les données de mortalité, on pourrait avoir des incidences différentes selon les nationalités. L'importance de la population immigrée en région bruxelloise pourrait donc influencer les taux d'incidence.*

4. Fonctionnement du programme



4.1 Les principaux partenaires

Le centre de coordination Brumammo est chargé d'assurer :
- la mise en œuvre du programme à travers l'information des prestataires de soins, l'envoi des invitations, l'organisation de la deuxième et troisième lecture, la collecte des données de suivi, l'enregistrement des données, l'envoi des résultats aux unités de mammographie, la vérification qu'un suivi par le médecin réfèrent est réalisé dans le cas où le mammotest est positif
- la gestion du fichier des femmes appartenant au groupe cible
- le fonctionnement du programme selon les normes EUREF (et notamment l'évaluation en continu de la qualité des examens réalisés via la 2ème lecture des clichés)
- la cohérence des différentes activités
- la garantie scientifique du programme vis-à-vis de la population, des responsables politiques ainsi que des professionnels de santé
- le suivi et le monitoring des activités des unités de mammographies, le suivi des contrôles de la qualité technique
- la transmission de données rendues anonymes pour l'analyse épidémiologique.

Le staff de Brumammo a entièrement été renouvelé en 2004. A partir de 2005, l'équipe se compose d'un médecin directeur (1/3 temps), d'une responsable administrative, d'une assistante et d'un responsable informatique et technique.

Les médecins référents (généralistes, gynécologues) sont chargés d'informer les patientes du groupe cible, d'éventuellement rédiger une prescription, de recevoir et annoncer à la femme les résultats, d'informer Brumammo de la date d'annonce des résultats ainsi que du résultat des éventuels examens complémentaires, d'assurer le suivi des éventuelles mises au point et prise en charge thérapeutique.

Les unités de mammographies sont chargées d'assurer :
- la réalisation des clichés standards, du protocole de première lecture et leur transmission au centre de coordination
- la réception du courrier du centre de coordination, la transmission des résultats au médecin référent ainsi que des clichés à qui de droit
- un contrôle technique régulier tel que prescrit ans le programme.

Le Logo[19] **et le CLPS**[20] sont chargés d'élaborer un programme d'actions coordonnées en matière de promotion de la santé et de prévention du cancer du sein, d'en coordonner l'exécution au niveau des organismes ou personnes relais avec la population, de mettre à disposition des outils de sensibilisation et d'identifier l'évolution des besoins des public cibles.

L'Observatoire de la Santé et du Social (service de la Commission communautaire commune de Bruxelles) est chargé d'assurer :
- le lien avec la Banque Carrefour de Sécurité Sociale
- l'évaluation épidémiologique du programme de dépistage en accord avec les recommandations de l'Europe contre le cancer
- la transmission des résultats à toutes les parties concernées : les Ministres de la Santé, l'ASBL Brumammo, les prestataires de soins, les femmes via les associations et relais identifiés
- la transmission des données nécessaires à l'évaluation au niveau fédéral.

19 *Logo veut dire Lokaal Gezondheids Overleg (Concertation locale de santé) et englobe un réseau de partenaires locaux des secteurs santé ou assimilés, qui travaillent ensemble pour mettre en oeuvre localement des projets de santé ainsi que pour développer une politique globale de santé dans les entreprises, les écoles, les communes ou autres… Ils sont agréés et subsidiés par la Communauté Flamande.*

Logo Brussel : 41 Rue du Lombard - 1000 Bruxelles, logo.brussel@vgc.be, 02/548 11 17

20 *Les Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) sont agréés et subsidiés par la Communauté française pour organiser la concertation des acteurs de terrain et leur apporter une aide méthodologique. Ils ont aussi pour mission de mettre en œuvre, au plan local, le programme quinquennal et d'identifier l'évolution des besoins locaux.*

CLPS de Bruxelles : 67 Avenue Emile de Béco, 1050 Bruxelles, clps.doc@swing.be, 02/639 66 88

4.2 Financement

L'autorité fédérale s'engage à financer les honoraires des radiologues tandis que les Communautés et la Commission communautaire commune se chargent de l'organisation du programme.
En région bruxelloise, le fonctionnement du programme est financé par la Communauté française (100 000 €), la Commission communautaire commune (90 000 €) et la Communauté flamande (50 000 €).
Brumammo bénéficie en outre d'une contribution de la Fondation contre le Cancer sous forme de mise à disposition de locaux.

En ce qui concerne le financement par l'INAMI, au 1er Avril 2005, un mammotest y compris la double lecture est facturé 53,38 €. Par comparaison, un bilan complet sera facturé 116,17 € dont 14,35 € à charge de la patiente (2,97 € si patiente est bénéficiaire de l'intervention majorée). Au vu de ces données, on peut penser que c'est plus le tiers payant (l'absence d'avance des frais) que l'absence de ticket modérateur (gratuité) qui pourrait influencer le choix de la patiente. Mais bien sûr ceci n'est valable que pour les médecins conventionnés ; or il semblerait que beaucoup de femmes aient fait l'expérience d'un coût total bien plus élevé, par adjonction de suppléments.

4.3 Agrément des unités de mammographie

Les unités de mammographie qui souhaitent participer au programme doivent être agréées par la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale ou par les Communautés française ou flamande. L'agrément provisoire a été donné aux unités de mammographie, notamment sur base d'un certificat de conformité de l'ensemble de la chaîne d'imagerie utilisée pour la réalisation et la lecture des clichés, selon les recommandations des experts du programme européen. Ce contrôle de conformité est renouvelé 2 fois par an et complété par un contrôle journalier de différents paramètres (envoi d'un cliché fantôme). L'objectif de ce contrôle technique est d'obtenir la meilleure image tout en maintenant la dose d'irradiation la plus faible. Par ailleurs, en vue de l'agrément définitif, la qualité des clichés est évaluée par Brumammo, et ce sur 30 clichés consécutifs.
Cet agrément se concrétise par la signature d'un accord de collaboration avec Brumammo.
32 unités étaient agréées provisoirement et actives en début de programme, 30 en 2006.
Aucune unité n'est actuellement agréée à titre définitif, l'agrément provisoire ayant été prolongé jusqu'à fin 2006.

4.4 Information et sensibilisation

L'information et la sensibilisation se font à travers un site web (www.brumammo.be), des campagnes, des informations transmises par courrier ou un contact direct, tant pour les professionnels de santé que pour les femmes du groupe cible.
Une ligne téléphonique bilingue permet aux femmes d'adresser leurs questions et remarques sur le programme directement à Brumammo. Depuis 2006 un relevé systématique des plaintes et des questions, soumises soit par téléphone, soit par courrier, est effectué.

Brumammo a également une convention avec la Ligue contre le Cancer concernant le «cancerphone» : pour toutes les questions relatives au cancer, c'est le «cancerphone» qui répond.

4.4.1 Vis-à-vis des professionnels de santé

La mise en œuvre du programme a permis d'amorcer des réunions techniques entre radiologues et de travailler sur un document commun [21]. Deux rencontres ont été organisées en 2004 et 2005 avec les radiologues responsables des unités au cours desquelles ont été présentés les résultats de l'année et les avancées en cours, et abordées les préoccupations communes.

Les médecins généralistes ont reçu un courrier et participé à des réunions de concertation lors de la mise en route du programme mais un contact régulier n'a pas été maintenu. Le contact a été repris en 2005 via l'asbl Hippocrate (association coupole des médecins généralistes francophones et néerlandophones de la région bruxelloise). Une action commune de sensibilisation des médecins généralistes a été lancée, en partenariat avec les CUMG et le Journal du Médecin (envoi d'un kit d'information + carnet de prescriptions identifiées Mammotest).
Depuis fin 2005, l'asbl Hippocrate est représentée dans l'Assemblée Générale de Brumammo [22].

A ce jour rien n'est prévu à destination des gynécologues.

4.4.2 Vis-à-vis des femmes du groupe cible

Les trois partenaires (CLPS de Bruxelles, BRUMAMMO et Logo) se sont régulièrement concertés afin de coordonner certaines actions communes au sein de la Région bruxelloise.

Depuis 2002, le CLPS de Bruxelles et le Logo Brussel ont pris en charge ensemble certaines actions de proximité : diffusion de la brochure bilingue bruxelloise «Le mammotest en questions», soutien méthodologique à toutes associations et organisations désirant développer une action autour du dépistage du cancer du sein et soutien méthodologique aux communes bruxelloises intéressées à diffuser l'information à un échelon communal.

En 2004 plusieurs réunions ont été organisées pour la préparation de séances d'information au niveau communal. Deux communes bruxelloises (Auderghem et Ganshoren) ont répondu à l'appel. Il a été proposé à chaque commune intéressée un canevas reprenant une proposition de déroulement d'une séance.
La commune d'Auderghem a invité par courrier toutes les femmes concernées par le programme à venir à une séance d'information. La commune de Ganshoren a sensibilisé les médecins généralistes de la commune [23].
Ces différentes expériences de collaboration pour la diffusion de la campagne sur le terrain ont incité à poursuivre les partenariats sur la Région de Bruxelles Capitale. Plusieurs réunions de travail ont abouti à une proposition de projet d'exposition bilingue pour les 19 communes bruxelloises (une exposition néerlandophone, basée sur des témoignages de femmes, réalisée par le Logo Brussel circulait déjà dans quelques communes bruxelloises en 2005 à Auderghem, Woluwe-Saint-Pierre, Uccle et Bruxelles-ville).

Plusieurs éléments ont incité le CLPS et le Logo Brussel à monter un projet bruxellois bilingue au départ de cette expérience :

21 *Un document de formation développé par les radiologues impliqués dans le programme en Communauté Française et concernant la classification des anomalies est actuellement utilisé.*

22 *On trouvera en Annexe 11 la liste des membres du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale de Brumammo.*

23 *Le Docteur Grivegnée de l'asbl BRUMAMMO a participé en tant que personne ressource aux deux séances organisées.*

- Les premiers résultats de cette initiative étaient encourageants en termes de participation du public féminin et tout venant.
- Les possibilités d'exploitation de l'exposition à des fins d'interpellation de relais locaux s'avéraient nombreuses.
- Une exposition, qui allie images et textes, est particulièrement bien adaptées aux habitants des deux communautés linguistiques ainsi qu'aux administrations communales.
- L'exposition en tant que telle permet à la fois une communication large, ainsi que la possibilité d'animations encadrées par des relais locaux au cœur de l'exposition.
- L'exposition offre par ailleurs toute une série de supports de communication, tant visuels qu'écrits (témoignages essentiellement), facilement exploitable par divers médias…

Pour les communes, les principaux intérêts de l'exposition étaient de :
- Disposer d'un outil qui peut à la fois soutenir une démarche collective ou inviter à une approche individuelle ;
- Travailler sur les représentations à partir de témoignages ;
- L'exploiter également envers les professionnels en contact avec les femmes ciblées ;
- Avoir un outil bien adapté pour être exploité avec un public défavorisé ;

Les objectifs ont donc été définis :

Vis-à-vis des communes :
- D'améliorer la connaissance du fonctionnement du programme pour les communes
- De sensibiliser les communes bruxelloises à mener des actions autour de la thématique du dépistage du cancer du sein
- De signaler aux communes bruxelloises qu'elles peuvent jouer un rôle important dans la sensibilisation des femmes à passer le mammotest, par des actions concrètes communales et bilingues
- De proposer aux communes une démarche de collaboration avec les mouvements et associations locales de leur commune
- De renforcer localement les campagnes communautaires, régionales ou nationales de dépistage du cancer du sein.

Vis-à-vis du public-cible :
- D'informer les femmes concernées de la possibilité de passer une mammographie gratuite de dépistage ;
- D'améliorer la connaissance des femmes à propos des méthodes de dépistage et des avantages du mammotest ;
- D'encourager les femmes à en parler à leur médecin généraliste ou gynécologue ;
- D'inciter les femmes concernées à faire le dépistage ;
- De faire prendre conscience de l'intérêt de pratiquer un dépistage régulier.

Une stratégie d'intervention communale a donc été mise en place avec plusieurs outils mis à disposition (exposition, conférence, modèle de courrier d'information, visites d'unités radiologiques, actions en vue de mobiliser les praticiens).

Mi 2006, des actions conjointes CLPS/Logo Brussel ont eu lieu à Evere, Jette et sont prévues à Etterbeek.

4.5 Invitations

Le mammotest est gratuit une seule fois toutes les 2 années civiles, à partir du premier janvier de l'année au cours de laquelle les femmes atteignent l'âge de 50 ans jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 69e anniversaire.
Pendant cette période, une lettre d'invitation personnalisée est envoyée par Brumammo tous les 2 ans [24] sur base de la date de naissance de la femme : mois de naissance, année d'envoi paire ou impaire en fonction du jour pair ou impair de la naissance (née un 19 mars : invitation adressée en mars 2003, née un 20 mars : invitation adressée en mars 2004). Les femmes dont la date de naissance est incomplète [25] sont invitées en bloc en début de cycle (elles représentent 2800 femmes dans le fichier 2006).
Les femmes n'effectuant pas de mammotest après l'envoi d'une invitation ne reçoivent pas de courrier de rappel [26].

En région bruxelloise, l'envoi des invitations personnelles a démarré en février 2003.
Les lettres d'invitation sont générées par un programme informatique à partir du fichier transmis par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. Dans le fichier 2003, le nombre de femmes dont les données étaient exploitables correspondait à 67 % du groupe cible [27]. Suite à des difficultés au niveau de la BCSS, aucun nouveau fichier n'a été reçu pour les années 2004 et 2005 ; les invitations se sont donc faites sur base du fichier 2003. Les femmes qui devaient entrer dans le programme parce qu'elles atteignaient l'âge de 50 ans ne pouvaient donc être invitées et les changements d'adresse n'ont pas été intégrés. La seule adaptation du fichier initial était le retrait des femmes décédées. Le fichier servant de base pour les invitations était donc de moins en moins complet. Début 2006, un nouveau fichier comportant l'entièreté des femmes du groupe cible était enfin disponible [28].

A partir de 2004, les femmes ont reçu en même temps que l'invitation la liste des unités de mammographies agréées dans la région Bruxelles-Capitale ainsi qu'une brochure bilingue explicative.
Les femmes éligibles peuvent également bénéficier d'un mammotest sur prescription d'un médecin traitant.

4.6 Examen radiologique

Les examens ont lieu sur rendez-vous (lieu à choisir et rendez-vous à prendre par la femme [29]). Dans la plupart des unités de mammographie, des plages horaires sont réservées aux mammotests.

Les délais de rendez-vous sont très variables (entre unités radiologiques et suivant la période de l'année), on ne connait pas le délai d'attente moyen ; selon les femmes qui appellent Brumammo et selon les radiologues, il est cependant souvent inférieur au délai nécessaire pour obtenir un rendez-vous pour un bilan sénologique.

Lorsqu'une femme se présente dans une unité de mammographie, il lui est demandé de donner son accord concernant l'enregistrement et le traitement de ses données médicales, conformément à la législation sur la protection de la vie privée. Si elle ne donne pas son accord, elle peut toutefois bénéficier d'un mammotest mais ses données ne seront pas enregistrées. Il est par contre indispensable qu'elle indique le nom du médecin «référent» qui sera chargé de lui communiquer le résultat du mammotest (généraliste et/ou gynécologue de son choix). Faute de quoi, elle ne pourrait pas bénéficier de cet examen puisqu'en cas de

24 *La première invitation est adressée telle que décrit ci-dessus, l'invitation suivante sera adressée 2 ans après la date du mammotest.*

25 *Pour de nombreuses femmes bruxelloises nées à l'étranger le Registre national ne dispose pas de la date de naissance complète (souvent jour et mois manquant). Ceci étant dû à l'incomplétude des registres de naissance dans certains pays ou à l'absence de déclaration obligatoire de naissance dans d'autres.*

26 *En Communauté Française, on renvoie une lettre de rappel aux femmes n'ayant pas effectué de mammotest 6 mois après la date d'envoi de l'invitation.*

27 *Groupe cible estimé via le registre national. L'incomplétude du fichier était due à une erreur technique au niveau de l'extraction de la liste des femmes éligibles par un organisme assureur.*

28 *Voir détail concernant la base de données en Annexe 12.*

29 *En Flandre, une unité et un rendez-vous (modifiables) sont communiqués à la femme dans l'invitation.*

test «positif», aucun suivi ne serait possible. Il est par ailleurs demandé aux femmes ayant déjà bénéficié d'une mammographie d'apporter leurs anciens clichés.
L'examen mammographique est réalisé sans possibilité d'y adjoindre le même jour ni examen clinique ni examen complémentaire.

4.7 Lectures des clichés et résultats

Après réalisation du mammotest, l'unité adresse les clichés à Brumammo ainsi que la fiche de première lecture [30]. Le protocole de lecture est standardisé et comprend la lisibilité des clichés, la présence d'anomalies nécessitant une investigation, la comparaison aux anciens clichés, les conclusions de la lecture et les recommandations de suivi ainsi que l'identification de la patiente. Dans le futur, avec l'implantation progressive de la télé mammographie, le remplissage des fiches sera fera «on-line» avec de nombreux champs obligatoires ; cela devrait donc permettre d'améliorer le recueil de données.

Une 2ème lecture des clichés est effectuée à Brumammo, tous les jours sauf le mercredi, par un radiologue «agréé 2ème lecteur» [31] qui n'a pas connaissance du protocole de 1ère lecture.
Les résultats de la 1ère et 2ème lecture sont encodés [32] sur base d'un numéro d'identification unique, à savoir le numéro NISS et une analyse de concordance est réalisée par le programme informatique. En cas de discordance entre les résultats des 2 lectures, une 3ème lecture est réalisée. Le cas échéant, c'est le protocole de cette troisième lecture qui fait autorité. L'algorithme qui générait discordances et concordances a été modifié à deux reprises au cours de l'année 2004, par suite d'un trop grand nombre de discordances mineures générant alors des troisièmes lectures : dans la dernière version, il n'est plus tenu compte des localisations des anomalies ni des seins denses (voir algorithme en annexe 16).
Le courrier informant des résultats est généré automatiquement par le programme informatique.

Le centre de coordination renvoie les clichés ainsi que la lettre de résultat à l'unité de mammographie qui est chargée de les transmettre au(x) médecin(s) référent(s).
C'est le médecin référent qui annonce le résultat à la femme.

Il faut remarquer que ce circuit en trois étapes, avec un passage obligé par le premier lecteur pour la communication avec le médecin référent, est en grande partie responsable du délai d'information de la femme. En Flandre, la femme reçoit directement un courrier en même temps que le radiologue et son médecin traitant [33].

Pour les femmes ayant passé un mammotest, l'invitation suivante sera envoyée automatiquement deux ans après la date du mammotest.

4.8 Suivi

Des informations précises sur le suivi des femmes avec mammotest positif et les résultats des examens complémentaires sont indispensables pour une évaluation correcte du programme.
Lorsque le mammotest est positif, un formulaire accompagne le résultat demandant au médecin de bien vouloir renvoyer un bordereau pour attester que la patiente a bien été informée et indiquer le lieu où se déroule la mise au point.

30 *Depuis fin 2004 un coursier est envoyé à la demande des unités, elles ne donc sont plus obligées d'attendre un nombre d'envoi minimum.*

31 *C'est le Conseil d'Administration de Brumammo qui nomme les 2èmes lecteurs sur base de critères qualitatifs et quantitatifs. De ce pool sont choisis les radiologues qui effectuent les éventuelles troisièmes lectures, deux fois par semaine. Début 2006, on comptait 42 premiers lecteurs dont 6 deuxièmes lecteurs et 2 troisièmes lecteurs.*

32 *Afin de minimiser les erreurs, un manuel des étapes à suivre a été réalisé et à l'avenir, il est prévu que le personnel permanent de Brumammo se partage la tâche d'effectuer une procédure de vérification des données encodées (système d'assurance qualité).*

33 *Le courrier reçu par la femme ne lui communique pas de manière abrupte un résultat positif mais l'invite à consulter son médecin traitant.*

Si le bordereau n'est pas reçu dans un délai d'un mois, une lettre de rappel est renvoyée au médecin. En cas d'absence de réaction, la procédure de rappel s'arrête ici. Il n'est pas prévu même dans ces cas, d'informer directement la femme.
En cas de retour du bordereau, les procédures initiales prévoyaient de ré-adresser un courrier après 3 mois pour obtenir les résultats des investigations complémentaires et encoder ces informations dans une fiche de suivi (voir en annexe 9). Ceci n'a pas encore pu être mis en place.

Pour l'année 2004, une enquête rétrospective a été menée auprès des centres de mise au point ainsi que des médecins référents afin de connaitre l'issue pour les 207 femmes ayant eu un mammotest positif. Pour les années ultérieures étant donné le fait que le nouveau Registre national du cancer ne sera pas en mesure de transmettre les informations sur les cas de cancer avant un certain délai [34], il est prévu de procéder de nouveau à une enquête rétrospective.

4.9 Contrôle de qualité

L'évaluation continue de la qualité comporte un contrôle quotidien à distance (envoi d'un cliché fantôme), un contrôle semestriel dans les locaux de l'unité de l'appareillage radiologique et une évaluation des premières lectures par le deuxième lecteur. Cette évaluation continue est particulièrement importante puisqu'elle constitue les bases de la qualité du programme de dépistage organisé.

Le contrôle technique est assuré par des physiciens surveillant les aspects physiques et techniques des appareils utilisés, le développement et la lecture des mammographies.
En région bruxelloises, 6 firmes techniques sont habilitées à effectuer ces contrôles et 4 sont utilisées par les unités : Ingenimed (choisie par 15 centres sur 25), AIB Vinçotte (8/25), Phynanunam (1/25) et LUCMFR (1/25).
Il est utile de rappeler que le coût de ce contrôle (environ 2600 euros/an) est à charge des unités de mammographie.
Ce contrôle s'est mis en place petit à petit. Brumammo a mis en place un tableau de bord qui permet de suivre la situation de l'ensemble des Unités de dépistage.

La qualité des clichés est évaluée par rapport au positionnement et aux qualités photo-techniques : compression, précision et contraste de l'image, absence d'artefacts. Un test consistant en l'examen de 30 dossiers consécutifs doit être réalisé afin de délivrer aux unités un agrément définitif. Ce test est en cours. 4 Unités fonctionnent en numérique et seront traitées séparément [35].

Après agrément définitif, l'évaluation du respect des normes médico-radiologique et de la qualité de la première lecture devrait s'effectuer par le deuxième lecteur en utilisant la fiche de deuxième lecture comme support. Sur la période 2003-2005, le taux de mammographie à refaire pour raison technique est très faible = 0,1% (13 clichés) [36].

Une fois par an, une fiche de rétro-information est transmise par Brumammo à chaque unité. Sur cette fiche sont reprises par unité, des informations fonctionnelles et statistiques :
la part de mammotests effectués, le nombre de mammotests positifs et négatifs, des informations sur la concordance entre L1 et L2, entre L1 et L3, entre L2 etL3, la discordance entre L1 et L2 et sur le délai moyen d'envoi des résultats.

34 *Les données de 2003 seront disponibles au cours du premier semestre 2007 ; les données 2004 et 2005 au cours du premier semestre 2008. Il existe un sous-enregistrement important des données en Wallonie et à Bruxelles qui sera corrigé progressivement.*

35 *Lors du passage d'une unité en système numérique, on assiste transitoirement dans cette unité à une baisse de qualité des mammotests restés provisoirement sous système analogique.*

36 *Ce qui est plus faible que ce qui est attendu au regard des données internationales (l'Europe l'évalue entre 1 et 3%) ou mêmes flamandes (en Flandre, le rappel pour raisons techniques s'élevait en 2004 à 0,4% auquel se rajoutent 8% de remarques techniques), les deux hypothèses possibles étant bien sûr soit une très bonne qualité des radios soit une absence de contrôle du second lecteur.*

Ces données sont comparées au taux moyen pour l'ensemble des mammotests et ont pour but de permettre à chaque unité un monitoring notamment de l'évolution d'une année sur l'autre.
Cette rétro information est un effort louable en l'absence de gold standard et fait l'hypothèse d'un deuxième et troisième lecteur de référence [37].

4.10 Refus de remboursement des mutuelles

De Mars 2004 à Février 2005, sur un total de 4281 mammotests, 76 refus de remboursement des mutuelles ont été reçus (1,8 %).
Les causes de refus se répartissaient comme suit :
28 pour fréquence de l'examen non respectée (37 %), 25 pour femme hors âge cible (33 %), 7 pour femme non identifiable (9 %), 6 pour femmes inconnues à la mutuelle (8 %), 4 sans raison connue, 2 pour patients de sexe masculin et 2 pour patientes plus membre de la mutuelle (non en règle de cotisation ?).
Si l'on regarde l'évolution des causes de refus, on constate que si les raisons liées à l'âge diminuent en fréquence, les refus pour fréquence d'examens non respectée restent la première cause de refus : cela témoigne probablement de la difficulté pour les centres de savoir quand les femmes ont réellement passé leur dernier examen.
Les refus de remboursement restant à charge des Unités sont généralement refacturés aux patientes par l'Unité elle-même.

4.11 Télé mammographie

Début 2003, Brumammo a également initié un projet de télé mammographie (projet et financement distinct du programme de dépistage organisé) consistant à compléter la capacité de 10 unités de mammographie à produire et à lire des images numérisées ainsi que de leur mise en réseau avec un centre de seconde lecture et d'archivage dynamique. A Bruxelles à moyen terme, d'autres unités de dépistage agréées seront équipées et intégrées au réseau en fonction de leur souhait et de l'évolution de leurs compétences techniques.
Les objectifs du projet sont de rationaliser et faciliter le transfert, la lecture et le stockage des mammographies en Région Bruxelloise ainsi que d'améliorer la performance des services aux patients tout en contrôlant les coûts.
Les résultats visés sont la numérisation des mammographies au niveau des centres de première lecture, la télétransmission via des réseaux à haut débit vers les centres de deuxième lecture, l'archivage centralisé des données permettant leur renvoi pour consultation ultérieure.
Les bénéfices attendus sont :

- la rapidité et la sécurité de traitement d'un large volume d'information ;
- l'intégration des informations médicales à l'imagerie ;
- un meilleur contrôle des coûts d'investissement par le développement de standards et le jeu de la concurrence ; la régulation du développement de standards pour les fournisseurs ;
- le développement de solutions de stockage dynamique des informations médicales ;
- le développement de nouveaux outils ;
- l'amélioration de la complétude du protocole de première lecture par l'introduction de données obligatoires.

37 *Seule l'information sur les cas de cancers (actuellement non disponible dans l'enregistrement) permettrait d'évaluer la qualité des lectures.*

Après une première phase ayant permis l'élaboration d'un cahier des charges standard conforme aux demandes des utilisateurs et la sélection des partenaires pour la fourniture des équipements et des logiciels d'application, l'équipement et la connexion de 11 unités sont en cours. Le centre d'archivage et deux centres de seconde lecture (dont Brumammo) sont actuellement opérationnels.
Un arrêté du Collège réuni du 10/11/2005 relatif à l'agrément d'unités de mammographie disposant d'un appareil de mammographie numérique et un arrêté ministériel du 13/12/2005 déterminant les conditions d'utilisation de la mammographie numérique pour le dépistage du cancer du sein dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale permettent l'utilisation de ces nouvelles technologies dans le cadre du programme organisé de dépistage du cancer du sein [38].

38 *Ce projet évolue dans un secteur faisant encore partie de la recherche dans un environnement inhomogène et évolutif tant du point de vue des techniques que du point de vue du coût du matériel. Il permet également le développement d'un RIS (Radiology Information System), système permettant l'encodage et le transfert informatique de toutes les données administratives, techniques et médicales liées à chaque cliché. Ce système lorsqu'il sera opérationnel permettra donc d'éviter toute possibilité d'intervertir clichés et dossiers papier ainsi que les erreurs de ré-encodages.*

5. Qu'en pensent les médecins et les femmes ?

5.1 Les médecins généralistes et gynécologues face au dépistage organisé du cancer du sein

Dans le cadre de l'évaluation du premier round (2003-2004) du programme de dépistage organisé du cancer du sein en région Bruxelloise, nous avons souhaité recueillir les opinions et les pratiques des professionnels de santé (médecins généralistes et gynécologues)[39] travaillant exclusivement ou en activité principale[40] en région de Bruxelles-Capitale.
Pour ce faire, nous avons réalisé une enquête qualitative par méthode exploratoire[41], enquête visant à recueillir un maximum d'opinions diversifiées au sujet du programme, afin d'éclairer et de compléter les pistes de travail.

5.1.1 Méthodologie

Ces entretiens ouverts (une seule question initiale : «Que pensez-vous de la campagne de dépistage organisé de cancer du sein?») ont souvent évolué en entretiens semi-dirigés, pour des raisons de contraintes logistiques (temps et/ou matériel disponibles) ou d'attitude des interviewés. Ceci explique qu'il n'y ait pas de liste de questions[42] et qu'on n'obtienne donc pas de réponses de l'ensemble des médecins interviewés pour chaque thématique.
Il s'agit d'une enquête exploratoire dont l'analyse est uniquement qualitative (même si l'on donne quelquefois, pour faciliter l'éclairage, le type et nombre de médecins[43]), les réponses citées ne concernant que les médecins ayant abordé la thématique; elles ne peuvent donc pas être interprétées en pourcentage du nombre total de médecins interviewés.

Les médecins ont été sélectionnés en tenant compte de trois critères : leur type de pratique médicale (hospitalière, ambulatoire, mixte), le niveau socio-économique du lieu principal d'exercice professionnel et leur rôle linguistique.
Le but de ce choix est d'élargir la source afin d'augmenter les chances d'avoir une information plus diversifiée mais non de comparer ces différentes catégories.
Cette étude n'étant qu'exploratoire, on ne tiendra pas compte de l'âge, du sexe et de l'expérience professionnelle des médecins dans l'analyse ; les hypothèses concernant les obstacles éventuels devront être étudiées par des études plus approfondies.

Il faut par ailleurs signaler que les entretiens ont eu lieu avant que Brumammo ne reprenne contact avec les médecins généralistes et au tout début de la campagne d'information réalisée par la Communauté Française. Même si l'entretien portait sur les deux premières années du programme, il est évident que certaines réponses ont été influencées par ce contexte.

5.1.2 Principaux messages

Il existe un consensus sur l'utilité de dépister le cancer du sein, mais non sur la manière de l'organiser

Tous les médecins interviewés soutiennent l'importance d'un dépistage du cancer du sein et y participent d'ailleurs depuis de nombreuses années. La Belgique est en effet un pays aux traditions de bilan sénologique bien ancrées, ce qui est à la fois un avantage mais aussi un handicap pour le programme de dépistage organisé. Cependant la plupart des médecins sont conscients qu'un nombre important de femmes n'y ont actuellement pas recours et qu'il est nécessaire d'augmenter la couverture.

39 *Les radiologues n'ont pas été inclus dans cette enquête car ils avaient été interviewés en 2004 par Brumammo et participent depuis à un séminaire annuel où leurs opinions sont recueillies.*

40 *Certains gynécologues néerlandophones ont une pratique hospitalière à Bruxelles tout en conservant une pratique de consultations en Flandre.*

41 *2 enquêteurs ont rencontré 22 médecins entre Octobre et Novembre 2005. Après un premier contact téléphonique, un rendez-vous était fixé pour un entretien d'environ une heure.*

42 *Même si chaque enquêteur disposait d'un protocole d'enquête de référence.*

43 *On trouvera en annexe 10 les caractéristiques des médecins interviewés.*

La manière d'y parvenir et d'organiser le dépistage varie par contre d'un prestataire à l'autre et l'on observe des opinions divergentes en ce qui concerne la population cible, les filières, la gratuité et le contrôle de qualité.

La population cible

L'âge cible est le plus souvent remis en question et peu d'ailleurs le respectent (ils passent d'une filière à l'autre si nécessaire). L'exclusion des femmes jeunes est jugée infaisable même en l'absence de données épidémiologiques probantes, chacun ayant rencontré des cas de cancer avant 50 ans dans sa patientèle. Pour certains, il est important de développer une habitude de faire une mammographie de dépistage avant 50 ans, à un âge où féminité et apparence physique posent moins question. La limite de 69 ans est, elle, jugée injuste et vexatoire : co-morbidité et espérance de vie sont prises en compte pour décider de la poursuite du dépistage.

D'autres remarques concernent les femmes non inscrites à une mutuelle, les personnes illégales, les non résidentes; certains estiment cependant qu'on ne pourra élargir le groupe cible qu'une fois le programme parfaitement opérationnel.

Les filières

Le dépistage organisé a indubitablement des avantages :

- notamment de récupérer des femmes qui ne se sont pas vues proposer un dépistage par des professionnels de santé, que ce soit par oubli ou par absence de contact,
- de légitimer un discours de prévention, grâce aux campagnes dans les média,
- et pour certains, d'offrir un dépistage systématique gratuit de qualité et de détecter des lésions de meilleur pronostic.

Mais certains médecins et gynécologues ne voient pas comment intégrer les femmes à risque ou référées : la plupart verrait donc favorablement cette initiative si elle était promue en complément et non en concurrence du dépistage «hors programme».

La gratuité

La gratuité pour la femme (absence de ticket modérateur) et le système du tiers payant (absence d'avance d'argent) sont en général considérés comme un gage d'accès, même si cela risque, pour certains, d'entrainer une dévalorisation de l'examen ou une surconsommation (alternance de mammographies et de mammotests).

Le contrôle de qualité

La double/triple lecture n'est pas souvent identifiée ni perçue comme un critère de qualité propre au programme, et ce, parce qu'elle est pratiquée depuis des années à l'intérieur des cabinets radiologiques. C'est une exigence qui est déjà passée dans les mœurs, sans toutefois que les médecins réalisent que cette double lecture ne se fait pas en aveugle (comme c'est le cas dans le programme de dépistage organisé).

D'autres mettent en doute l'effectivité et le sérieux du contrôle de qualité dans le programme organisé au vu des clichés de mammotest reçus. Enfin l'absence à ce jour de diffusion d'évaluations sur le programme en région bruxelloise peut renforcer le doute quant à la valeur ajoutée du programme en termes de qualité.

On retrouve un déficit important d'information des professionnels concernant le programme

Il est symptomatique de constater que seul un médecin peut citer l'ASBL Brumammo, centre de référence responsable de la mise en œuvre du programme en région bruxelloise.

La teneur du programme n'est pas mieux connue. Hormis 3-4 médecins qui ont une bonne connaissance du programme (médecins de maison médicale et gynécologues impliqués), les autres n'ont qu'une vision très vague et il persiste beaucoup d'inconnues concernant

l'identification des centres agréés, l'accès au programme (beaucoup n'ont pas compris que l'invitation vaut prescription, certains ne savent pas qu'ils peuvent faire une prescription), la différence entre mammographie et mammotest, la procédure de deuxième lecture, la communication des résultats, le retour des clichés, etc. Pour les praticiens néerlandophones, il existe de plus une confusion entre les programmes des 2 communautés.
De plus, ils ne savent généralement pas où trouver l'information rapidement pour renseigner leurs patientes. Un médecin se demande même si le programme a réellement commencé !
Cette méconnaissance renforce l'idée d'un programme où les médecins ne sont pas impliqués et la volonté du programme de s'appuyer sur la médecine libérale par la mise en place des 2 voies d'entrée ne semble pas perçue.

La participation au programme des professionnels de santé est inégale, et ce pour des raisons diverses

Plus de la moitié des médecins généralistes interrogés envoient leurs patientes faire un mammotest et ce, par conviction ; ils sont alors à l'origine de la démarche, et signalent que quasi aucune de leurs patientes n'a reçu ou mentionné l'invitation. Les médecins travaillant en maison médicale ont souvent un programme dans le programme : échéancier, invitations, dépliant… le taux de couverture pouvant atteindre plus de 80 %.
Parmi ceux qui ne le font pas, les raisons avancées sont le plus souvent des raisons pratiques : le manque d'information sur le programme, l'habitude du bilan sénologique, le respect du choix des femmes concernant la filière.

Parmi les gynécologues, hormis 2 praticiens hospitaliers qui promeuvent le dépistage organisé, les autres n'y adressent pas leur patientes car le considèrent de moindre qualité (fréquence de l'examen, absence d'examen clinique, absence de mise au point immédiate possible, délai de résultats), ont déjà leur propre système ou ne reçoivent que des femmes à risque ou référées.

Pour ceux qui y participent, les «maladies de jeunesse» du programme sont inévitables

Cela inquiète peu que le programme prenne plusieurs années pour atteindre sa vitesse de croisière dans la mesure où une amélioration est régulièrement observée, mais certains expriment la crainte que le politique n'espère trop rapidement des bénéfices et ils jugent donc fragile la pérennité du programme. C'est pourquoi ils estiment que des évaluations régulières doivent être faites et diffusées.
Certains craignent que le système ne soit vite saturé en l'absence de moyens supplémentaires, et regrettent qu'il n'y ait pas eu, à leur connaissance, de simulation chiffrée quant au personnel et au matériel radiographique nécessaire au bon fonctionnement du programme.

Il est important de maintenir une approche personnalisée des femmes

Il y a à une réelle inquiétude face à la mise en place d'une médecine normative, constituée de programmes verticaux, incapables d'assurer le suivi du patient dans sa globalité et dans la continuité. Les médecins revendiquent un contact individuel tant avec leurs patientes qu'avec le radiologue, gage pour eux de qualité. Certains estiment donc que le dépistage organisé est un dépistage de masse sans aucune approche personnalisée possible.

D'autres redoutent une médecine à deux vitesses, avec un dépistage individualisé accessible aux femmes de niveau social élevé et un dépistage de masse réservé à la population précarisée ; un médecin mentionne que c'est déjà une réalité, tant en termes d'accès au dépistage (gratuit ou non) que de qualité des soins (ablation du sein plus fréquente dans les milieux défavorisés).

Dans ce cadre, l'accueil parfois sommaire, l'absence d'examen clinique lors de l'examen, l'impossibilité de mise au point immédiate suivant les cas (et donc par là un désaveu, à leur sens, de la compétence du radiologue), l'absence de contact du médecin prescripteur avec un radiologue précis renforcent leur opinion et sont, selon eux, des facteurs générateurs de stress et d'anxiété pour les femmes, difficilement gérable à distance par les médecins.
La standardisation des comptes rendus radiologiques est pour certain un appauvrissement, générant une perte de confiance envers le radiologue.

La relation individuelle est donc mise en avant comme critère de qualité et joue un rôle plus important que la qualité technique quant au choix de la filière de dépistage.

L'articulation entre les différents prestataires de soins est variable : chacun son rôle ?

Pour certains médecins généralistes, la perception du programme organisé est paradoxale : le fait que ce programme soit organisé est perçu comme une dévalorisation de la médecine générale («les médecins ne sont pas capables de le faire tout seul…»), mais ils ont en même temps le sentiment qu'ils doivent tout faire (examen clinique, mise au point, annonce du résultat, suivi), alors que dans le bilan sénologique, le radiologue assumait l'ensemble de la procédure diagnostique.
Si la plupart des médecins se sentent confirmés dans leur rôle de première ligne[44], c'est surtout en terme d'ouverture à la prévention, de triage, de disponibilité pour l'information, de point centralisateur pour le dossier du patient, de coordinateur de la prise en charge, mais non en terme d'acte clinique spécifique (sauf pour les femmes âgées où il leur est reconnu le droit de palper les seins, car les femmes de cette tranche d'âge sont en général absentes des cabinets de gynécologiques). Il est cependant difficile pour le médecin généraliste d'enclencher cette discussion sur la prévention : les visites étant motivées par des plaintes, il reste peu de temps disponible pour ce type d'action lors de la consultation, d'autant que le patient est alors peu réceptif au message.
Un certain nombre de médecins généralistes confient le suivi gynécologique de leur patientes à un gynécologue (soit par choix propre, soit par choix de leurs patientes) et ne se sentent alors pas légitimés pour éventuellement s'opposer à une décision prise par le gynécologue en termes de choix de la filière. Certains ont aussi le sentiment que les gynécologues les voient empiéter sur leur territoire.

Du côté des gynécologues, beaucoup s'estiment dévalorisés car ils s'estiment court-circuités, exclus de leur droit à déterminer les femmes qui devraient bénéficier plutôt d'un bilan sénologique, n'intervenant ni dans l'invitation, ni dans la réalisation de la mammographie, ni dans la lecture du cliché.
D'autres y voient une complémentarité avec les médecins généralistes, estimant que les activités du gynécologue devront dans le futur s'orienter vers des activités plus spécialisées, étant donné l'évolution de la démographie médicale (pas assez de médecins gynécologues) et la complexification des techniques[45], même si le partenariat médecin généraliste/gynécologue n'est pas toujours clairement défini.
Motiver les femmes à se faire dépister est par contre rarement un problème pour les gynécologues puisque celles-ci les consultent en général pour cette raison.

Les deux professions s'accordent en tout cas à regretter la perte de l'articulation avec le radiologue dans le programme organisé, entrainant une perte de confiance dans les résultats et une impossibilité de contact en cas de question sur le protocole (lequel contacter ?).

44 *Pour peu qu'ils soient informés et formés.*

45 *Certains sont même déjà actifs dans la formation de médecins généralistes aux activités préventives.*

Il est difficile d'informer les femmes

Les campagnes médiatiques sont perçues comme essentielles, légitimant le discours des professionnels. Le fait que les professionnels en soient informés anticipativement (comme avec la dernière campagne de la Communauté Française) augmente leur résonnance.
Selon les médecins interrogés, leur efficacité auprès des femmes laisse cependant à désirer pour diverses raisons : les informations ne sont pas complètes (inconvénients du dépistage organisé non cités), elles inquiètent trop (cancer) ou pas assez («vérifier que l'on n'a rien»), leurs messages sont parfois contradictoires (entre communautés), elles ne touchent pas les populations vulnérables (brochures inaccessibles à un public peu alphabétisé, femmes immigrées n'écoutant et regardant que des radios et programmes télévisés de leur pays d'origine).

5.1.3 Suggestions

Les médecins ont fait de multiples suggestions (certaines étant contradictoires).

Une meilleure planification des besoins : avoir un fichier à jour de la population cible, planifier et budgétiser les besoins en personnel et matériel radiographique supplémentaire, prévoir et budgétiser un financement des laboratoires d'anatomie pathologique.

Une meilleure implication des professionnels de santé : créer une plateforme décisionnelle au niveau politique dont feraient partie les professionnels de santé de terrain (médecins généralistes, gynécologues cliniciens, radiologues, anatomopathologistes), tenir compte de l'existence depuis de nombreuses années d'un dépistage du cancer du sein, reconnaître le droit aux gynécologues d'être prestataire de mammotests, permettre aux médecins généralistes d'envoyer eux-mêmes les invitations grâce à la diffusion de logiciels adaptés, mettre en place un contrôle effectif de qualité accepté par les praticiens.

Une amélioration de l'information aux professionnels de santé : envoi plus régulier d'informations par une institution connue du corps médical et légitime, prévoir des modules de formation avec éventuellement un coaching individuel, informer plus précisément du circuit des clichés et de la date de réception des résultats, réaliser régulièrement des évaluations et en partager les résultats avec les professionnels de santé.

Une adaptation de l'organisation du programme de dépistage organisé : unifier le programme des différentes communautés, centraliser le programme pour certains versus le maintenir en appui sur la médecine libérale pour d'autres, élargir la population cible (âge, statut), cibler les femmes n'ayant jamais effectué de mammographies, rendre le programme complémentaire en rendant possible le passage d'une filière à l'autre, permettre au radiologue d'effectuer une mise au point immédiate (avec ou sans maintien de la deuxième lecture), uniformiser les tarifs entre mammographie et mammotest pour certains ou au contraire créer des incitants financiers en faveur du mammotest pour d'autres, supprimer la gratuité du mammotest pour certains versus l'étendre à l'ensemble des examens nécessaires à la mise au point pour d'autres, rendre l'accueil à l'examen plus personnalisé avec un personnel plus attentionné (éventuellement féminin).

Une meilleure information faite aux femmes : faire régulièrement des campagnes d'information sous forme de questions-réponses, personnaliser l'invitation (en l'adressant de la part du médecin traitant, de la mutuelle), contacter les femmes par téléphone, indiquer dans l'invitation une date et un lieu de rendez-vous proche du domicile, réduire le délai d'obtention des résultats par la femme à moins de 15 jours.

5.1.4 Conclusion

Cette enquête montre que le dépistage du cancer du sein ne laisse pas les professionnels de santé indifférents ; même si leurs pratiques sont variables, ceux-ci restent conscients qu'une grande partie de la population cible n'est pas encore touchée et qu'il est donc nécessaire de mettre en place un dispositif pour les atteindre.
Entre les médecins, la différence d'appréciation du programme (et de là, l'usage qu'ils en font) réside peut-être dans leur perception : programme social ou programme de santé publique. Le dépistage organisé est associé pour certains à un dispositif social mis en place pour démocratiser le dépistage existant et en permettre l'accès aux femmes socialement défavorisées ; pour d'autres, il s'agit d'un programme de santé publique visant à diminuer la mortalité par cancer du sein en s'assurant d'une participation maximale des femmes et de l'application de critères stricts de qualité.
Il ressort également de ces entretiens que le questionnement sur le dépistage ne peut faire l'économie d'une réflexion plus globale incluant notamment les aspects de la standardisation du traitement et de la globalité de la prise en charge (statut des cliniques du sein) afin de réfléchir à des stratégies cohérentes et continues.

Cette enquête aboutit plus ou moins aux mêmes conclusions que celle menée par l'Observatoire de la Santé du Hainaut auprès d'un échantillon de 182 médecins généralistes de la Province [46]. On y retrouvait une forte adhésion des médecins généralistes au dépistage du cancer du sein mais pas au programme et on y soulignait qu'il était prématuré de rechercher des solutions concrètes et intégrées sans l'obtention préalable de l'adhésion du corps médical. A noter que le poids des habitudes en matière de prescriptions, l'avis défavorable du gynécologue et la méconnaissance du programme jouent, d'après l'enquête, un rôle majeur dans la conviction du médecin généraliste.

5.2 Enquête auprès des radiologues des unités de mammographie

Fin 2004, Brumammo a effectué une enquête auprès des responsables des 31 unités radiologiques impliquées à cette date dans le programme.
Il en ressortait que l'information concernant le programme était insuffisante, notamment en ce qui concerna l'éligibilité, la gratuité et la périodicité. La question de la complémentarité entre le programme organisé et les bilans sénologiques était aussi posée. Les radiologues soulignaient enfin le coût élevé du contrôle technique et l'insuffisance de feed-back des firmes.

5.3 La perception du programme par les femmes

En ce qui concerne **la perception du programme par les femmes et leur attitude**, il ne nous a pas été possible de réaliser une enquête. Nous approcherons donc cet aspect à travers l'opinion des professionnels de santé et le compte-rendu des «rencontres-échanges» avec la population, organisées à Forest par l'ASBL Forest-Quartier-Santé [47]. Puis nous le mettrons en perspective d'une enquête effectuée en France.

46 *«La participation du médecin généraliste : résultats de l'enquête» citée dans Hainaut Prévention Info, Lettre d'information aux médecins sur les activités de prévention de l'OSH, Octobre 2005.*

47 *Forest Quartiers Santé (FQS) est un projet qui existe depuis 1992, né de la rencontre entre 2 maisons médicales et 2 maisons de quartier, toutes situées sur la commune de Forest.L'objectif général de l'association est d'élaborer avec la participation des acteurs concernés de meilleures réponses aux besoins de santé de la population. L'association propose donc des animations santé dans des associations locales, des ateliers de santé communautaire, l'animation de réseau et de lieux de concertation locale, des formations et de la recherche action, des activités sportives et culturelles pour les femmes, des activités de rencontres intergénérationnelles.*

5.3.1 Vus par les professionnels de santé

Ces réponses sont extraites de l'enquête citée au paragraphe 6.1 auprès de 22 médecins et gynécologues travaillant en région bruxelloise. La question qui leur était posée : «Quels sont, à votre avis les obstacles qui empêchent les femmes de participer ?»

- **La non uniformisation des programmes entres les 3 communautés, l'absence de perméabilité des 2 filières, la multiplication des prescripteurs, les habitudes antérieures, la prise en charge non personnalisée** ne favorisent pas l'accès au programme.
- **La gratuité** dévalorise la campagne pour certains (mais favorisent l'accès pour d'autres).
- **L'information** n'est pas efficace, en particulier les médecins soulèvent le problème de l'invitation qui serait soit non reçue soit non comprise ou non lue, n'étant pas identifiée comme un document officiel ou légitime ; selon les uns ou les autres, les brochures doivent être plus objectives ou sélectives, sous forme de question-réponse ; pour certains le discours du médecin est celui qui emportera la décision.
- **Si certains mentionnent la peur du cancer, beaucoup mentionnent la peur de la douleur comme obstacle à la participation.** Plusieurs citent des moyens de réduire cette peur (accueil plus personnalisé, personnel plus attentionné, féminin).
- **Les délais pour obtenir un rendez-vous de mammotest ou pour la mise au point, pour être informée des résultats** sont jugés beaucoup trop longs et anxiogènes.

5.3.2 Vus par les femmes

Ceci reflète l'opinion de 50 femmes (y compris hors tranche d'âge mammotest) ayant participé par petits groupes à des rencontres au sujet de la campagne de dépistage du cancer du sein. Cet échange s'insère dans une série d'ateliers réunissant professionnels et population mis en place autour de cette problématique par Forest Quartier Santé depuis Octobre 2005 afin d'aborder les possibles actions à mettre en place pour une plus grande participation des femmes au dépistage.

- **Les femmes s'estiment insuffisamment informées :**
  - par rapport au cancer du sein : une tuméfaction mammaire est synonyme de cancer, un cancer du sein est synonyme de mort,
  - par rapport à la campagne de dépistage : but de la campagne («s'assurer que tout va bien» ou «chercher un cancer»), comment participer, les personnes inscrites dans une maison médicale au forfait ont peur que le fait de se présenter avec l'invitation dans un centre n'entraîne un coût puisqu'il s'agit d'une structure extérieure à la maison médicale [48], certaines craignent que le médecin ne cache le résultat.
- **Elles attendent que l'initiative soit prise par le médecin :** l'autopalpation génère trop de stress («trop de boules possibles»), la pudeur empêche les femmes d'entreprendre la démarche, elles préfèrent que le praticien réalise ces examens et donne les informations en routine, un examen «tout à coup» générant plus d'inquiétudes, elles souhaitent qu'il y ait un «protocole» clair des actes préventifs («toutes les x années, vous devez faire…»).
- **La recommandation du médecin est essentielle :** il est clair que l'avis du médecin joue un rôle clé dans l'adhésion et la participation au programme.

48 *Le système du forfait appliqué par certaines maisons médicales implique le non paiement de tous les actes de médecine générale réalisés par la maison médicale mais le paiement complet de ceux qui seraient réalisés par d'autres médecins généralistes.*

- **Les invitations posent problème :** certaines disent ne pas l'avoir reçue, celles qui l'ont reçue ne l'ont pas identifiée comme une prescription, certaines l'ont prise pour une publicité.
- La réception d'une invitation à réaliser un dépistage du cancer peut renforcer un **sentiment de «fin de vie»** déjà présent chez certaines femmes qui font face au même moment au processus de ménopause aussi associé à une «fin».
- Les femmes expriment de nombreuses peurs qui sont autant de **freins à la participation :**
  - peur de la compression (propagation d'un cancer s'il existe),
  - peur de la douleur (expérimentée par elle-même ou par les pairs) d'autant plus qu'elle est très souvent niée par les techniciens radiologues,
  - peur des radiations (générateur de cancer),
  - peur du résultat.
- **Pour les femmes, la «gratuité» de l'examen est un plus** mais ne semble pas être une réalité (probablement par la non applicabilité du tiers payant lors de bilans complets); aucune n'a mentionné la gratuité comme dévalorisant le programme.

5.3.3 Enquête française

En 2005 dans 8 villes françaises, une étude qualitative (40 entretiens qualitatifs et 3 réunions de groupe) a été réalisée par l'Institut National du Cancer auprès de 70 femmes de 45 à 74 ans issues de différents milieux sociaux, dépistées ou non, récentes utilisatrices du dépistage organisé ou habituées du dépistage individuel.
Les enseignements clés de cette étude sont les suivants :

Le dépistage du cancer est un acte de dépistage anxiogène assimilé au diagnostic du cancer.

Le dépistage organisé du cancer du sein ne souffre pas d'un déficit d'information sur son existence. Il est avant tout confronté à une faiblesse de conviction de certaines femmes qu'on est tenté de raccorder à des attitudes générales de la population à l'égard des dépistages des cancers. Le poids de la peur du cancer et le paradoxe qui consiste à devoir se préoccuper de maladie en absence de symptômes sont des freins à la participation ; la dédramatisation du geste, son intégration aux côtés d'autres habitudes de santé, l'environnement médiatique et les signes d'une mobilisation générale ramène un sentiment de normalité, qui est retrouvé en équilibre avec le sentiment de gravité chez les femmes dépistées.

Le dépistage du cancer est, pour les femmes dépistées, un acte de souci de soi qui amène des exigences de qualité tant de l'examen que des centres impliqués.

Il existe une tendance à la dépréciation d'un dispositif collectif même si les femmes utilisatrices du dépistage organisé viennent réfuter ces craintes.

Une dimension «sociale» du dépistage organisé qui prend le pas sur l'attribut «santé publique».

Le dépistage organisé n'est souvent pas compris comme une démarche de santé publique, mais est plutôt rattaché dans l'esprit des femmes au registre de l'action sociale.
Si l'argument de gratuité est bien intégré, il ne constitue pas un argument d'adhésion, renforçant l'idée d'un programme destinée aux femmes moins favorisées.

Dans le même sens, la prise en charge totale et l'absence de choix perçues dans le dépistage organisé («femmes passives») s'oppose au dépistage en tant que démarche volontaire.

Le rôle crucial de la prescription médicale

Le rôle des médecins est fondamental dans le travail de conviction mais également en termes d'apport d'information pratique sur l'examen et sa qualité. Aussi le fait que les femmes perçoivent l'absence du médecin généraliste ou du gynécologue dans l'organisation du dépistage organisé constitue une faiblesse.

Les femmes ayant expérimenté le dépistage organisé, bien que satisfaites, ont émis un certain nombre de **critiques et d'attentes :**

- le climat de l'examen oblige à des efforts de pédagogie et d'accueil,
- l'importance du dialogue avec le radiologue pendant l'examen et à la présentation des résultats,
- la pédagogie de la double lecture des clichés : la nécessité de cette double lecture doit être expliquée afin de mieux faire accepter les délais qui en découlent,
- tant les arguments et l'information présentés dans le courrier d'invitation que la lisibilité de l'émetteur (structure de gestion inconnue, nombreux logos de partenaire) doivent être améliorés.

6. Résultats de l'analyse du registre des mammotests réalisés à Bruxelles

6.1 Périodes et population étudiées

Les informations présentées dans cette section concernent l'ensemble des femmes qui ont effectué un mammotest à Bruxelles durant la période 2003-2005. En ce qui concerne le calcul des couvertures et taux de participation, nous nous sommes limités aux résidentes bruxelloises et au premier round du programme, c'est à dire à la période 2003-2004. Pour certaines activités, nous avons inclus les données de 2002 également.

Les données analysées proviennent du «registre des mammotests» constitué par l'ASBL Brumammo. Pour chaque femme qui effectue un mammotest, une feuille de collecte de données est remplie dans l'unité de radiologie lors de la première lecture. Cette feuille est transmise à Brumammo en même temps que les clichés. Une feuille similaire est remplie lors de la seconde et de la troisième lecture, le cas échéant. L'ensemble des informations est encodé à Brumammo afin d'aider à la gestion des dossiers individuels des femmes. Ces données anonymisées sont également utilisées afin de permettre l'évaluation du programme.

Les données disponibles présentent certaines limites, dont les principales sont :
- Il s'agit de données provenant de nombreuses unités de radiologie différentes qui, comme beaucoup d'autres données de routines, sont transcrites par du personnel non spécifiquement formé à cette fin, et sans autre contrôle de la qualité des données que celui pouvant être réalisé par les encodeurs.
- Les données de suivi (essentiellement les résultats des investigations complémentaires et délais de réception des résultats pour les femmes dont le mammotest est positif), ne sont actuellement pas collectées, ce qui limite l'évaluation des performances du programme.

6.2 Activités

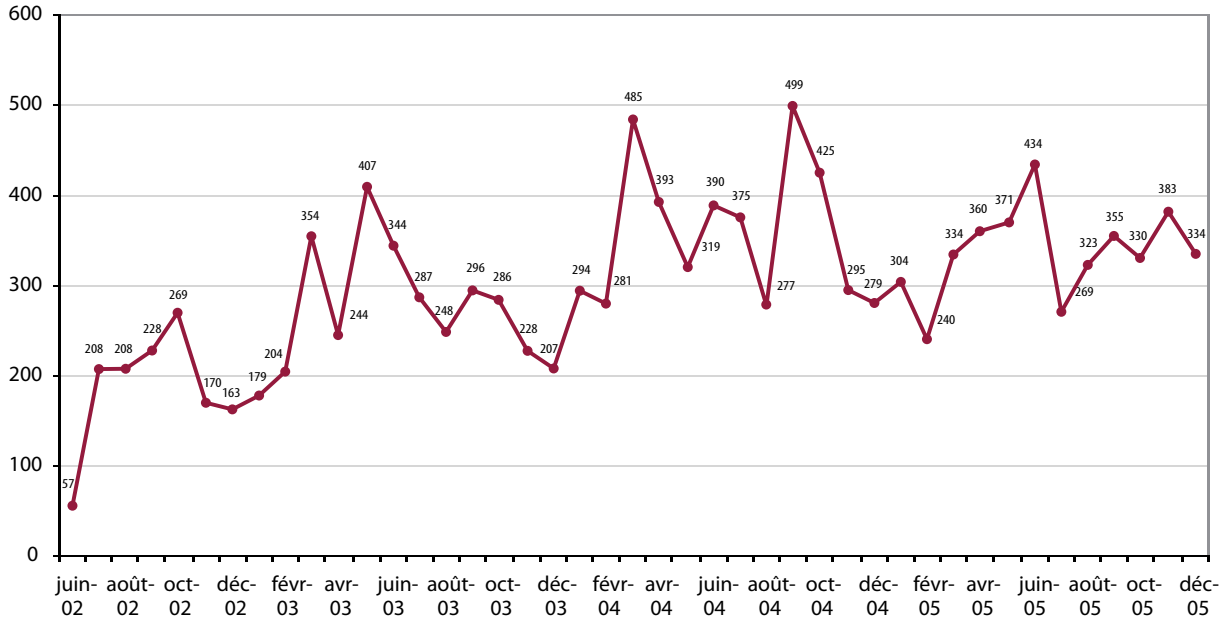
6.2.1 Nombre de mammotests réalisés, selon l'année et le lieu de résidence

Le programme a commencé officiellement en juin 2002. Le nombre de mammotests réalisés a augmenté de juin 2002 jusqu'au début de l'année 2004. Ensuite, ce nombre s'est stabilisé en 2004. Il a légèrement diminué en 2005 par rapport à 2004 (tableau 6.1 et figure 6.1 et 6.2).

Tableau 6.1 Nombre de mammotests réalisés à Bruxelles selon l'année, depuis le début du programme de dépistage

Année de réalisation du mammotest	Nombre
2002	1 303
2003	3 284
2004	4 312
2005	4 037
Total	**12 936**

Figure 6.1 **Nombre mensuel de mammotests réalisés dans les unités de radiologie bruxelloises depuis le début du programme de dépistage**



Une grande partie (19 %) des mammotests réalisés à Bruxelles concerne des femmes résidant en Flandre, très peu concerne des femmes résidant en Wallonie (tableau 6.2 et figure 6.2).

Tableau 6.2 **Nombre de mammotests réalisés à Bruxelles selon la région de résidence de la mère, 2003-2005**

Région de résidence de la femme	Nombre	%
Bruxelles	9 050	78,0
Wallonie	389	3,4
Flandre	2 160	18,6
Total	**11 599***	**100,0**

**34 femmes avec région de résidence inconnue*

En 2005, le programme a donc connu un léger ralentissement. En ce qui concerne les femmes résidant à Bruxelles, le nombre de mammotests réalisés a progressé de 42 % entre 2003 et 2004, et il a diminué de 5 % entre 2004 et 2005 (figure 6.2). Cette évolution (augmentation puis réduction du nombre de mammotests) concerne la plupart des communes bruxelloises. Certaines communes n'enregistrent pas de réduction mais une stabilisation du nombre de mammotest en 2005 (tableau 6.3). La réduction est encore plus marquée pour les résidentes flamandes qui effectuent leur mammotest à Bruxelles (-18 % de 2004 à 2005).

Figure 6.2 Nombre de mammotests réalisés dans les unités de radiologie bruxelloises depuis le début du programme par semestre, selon la région de résidence

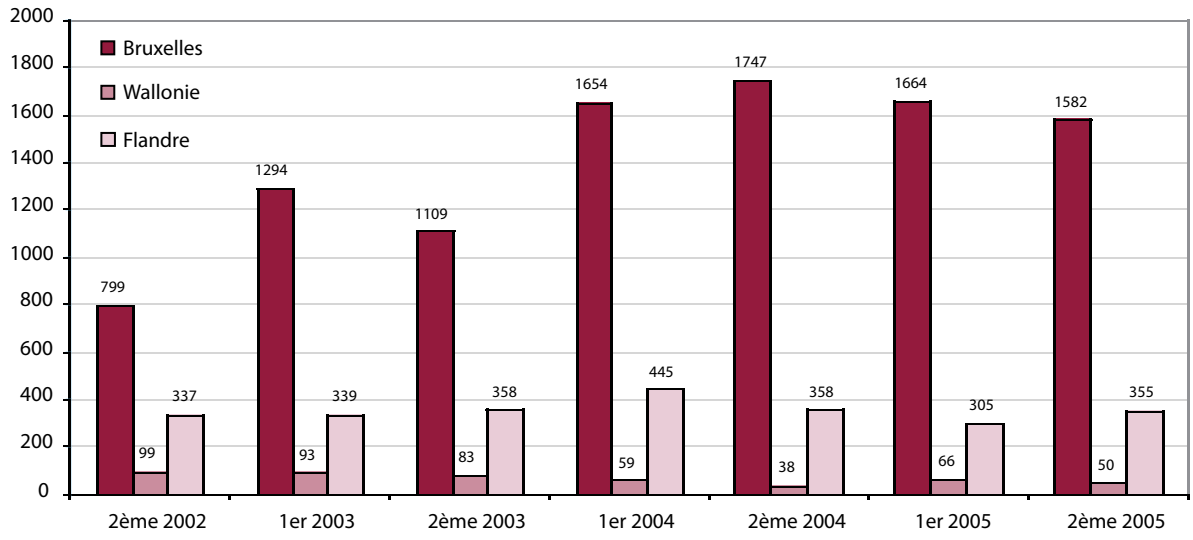


Tableau 6.3 Evolution annuelle du nombre de mammotests réalisés à Bruxelles selon la commune de résidence, 2003-2005

Commune de résidence	Nombre			Evolution	
	2003	2004	2005	2003 à 2004	2004 à 2005
Anderlecht	236	354	310	50 %	-12 %
Auderghem	73	168	94	130 %	-44 %
Berchem-Sainte-Agathe	70	113	112	61 %	-1 %
Bruxelles	296	377	407	27 %	8 %
Etterbeek	106	113	106	7 %	-6 %
Evere	70	112	124	60 %	11 %
Forest	123	161	156	31 %	-3 %
Ganshoren	78	139	97	78 %	-30 %
Ixelles	115	176	152	53 %	-14 %
Jette	200	270	275	35 %	2 %
Koekelberg	41	63	52	54 %	-17 %
Molenbeek-Saint-Jean	190	290	292	53 %	1 %
Saint-Gilles	69	104	88	51 %	-15 %
Saint-Josse-ten-Noode	39	72	63	85 %	-13 %
Schaerbeek	226	298	333	32 %	12 %
Uccle	121	163	165	35 %	1 %
Watermael-Boitsfort	66	70	95	6 %	36 %
Woluwe-Saint-Lambert	174	208	186	20 %	-11 %
Woluwe-Saint-Pierre	110	150	139	36 %	-7 %
Total Bruxelles	**2403**	**3401**	**3246**	**42 %**	**-5 %**

6.2.2 Nombre de mammotests réalisés, selon l'unité de radiologie

Au total, 31 unités de radiologie et 51 premiers lecteurs ont réalisé l'ensemble des mammotests à Bruxelles en 2003-2005 (tableau 6.4). Des 51 premiers lecteurs, 18 réalisent des lectures dans différentes unités (jusque 4 unités différentes pour un lecteur).

Les quatre premières unités en termes de réalisation des mammotests, ont réalisé 56 % des mammotests au premier tour. Celles-ci diminuent toutes les quatre leurs activités en 2005.
La plupart des unités (24/31) réalisent 10 mammotests ou moins par mois [49].
Une seule unité dépasse largement toutes les autres en termes de nombre de mammotests réalisés. Cette unité réalise 31 % des mammotests à Bruxelles. Un seul des lecteurs de cette unité a réalisé 28 % (n=3209) des mammotests à Bruxelles durant la période 2003-2005.
Le nombre de mammotests réalisés dans cette unité diminue cependant de 2004 à 2005, tout comme dans de nombreuses autres unités.

En France, un Accord pour le Bon Usage des Soins (ACBUS) relatif à la mammographie, négocié entre les professionnels et les caisses d'assurance maladie, a institué un débit minimum par radiologue de 500 mammographies réalisées par an [50].
Les recommandations européennes sont encore plus sévères puisqu'elles recommandent pour chaque radiologue une activité minimum de participation au programme de deux jours par semaine et avec un minimum de 20 mammotests par semaine (European guidelines for quality assurance in mammography screening, European commission, 2001) [51].

Le nombre total de mammographies par unité et par radiologue ne peut pas être estimé actuellement à Bruxelles. En effet, les informations dont nous disposons portent uniquement sur les mammographies réalisées dans le cadre du programme officiel. Le nombre de mammographies réalisées «hors programme» n'est donc pas disponible.

49 *Parmi ces unités, une unité s'est retirée fin 2004, une autre n'est plus agréée depuis 2006.*

50 *Cité dans Le cancer du sein, Br. Séradour, Editions Springer, 2004.*

51 *En 2004 en Flandre, on comptabilisait 127 premiers lecteurs qui effectuaient en moyenne 619 lectures par an.*

Tableau 6.4 **Evolution du nombre de mammotests réalisés à Bruxelles selon l'unité de radiologie**

	Semestre							Total	Progression 2003 – 2004	Progression 2004 – 2005	Nombre moyen mensuel 2003 – 2005
	2ème 2002	1er 2003	2ème 2003	1er 2004	2ème 2004	1er 2005	2ème 2005				
1	478	510	543	663	646	561	564	3 965	+24 %	-14 %	97
2	173	247	144	222	134	163	143	1 226	-9 %	-14 %	29
3	73	154	88	164	197	161	174	1 011	+49 %	-7 %	26
4	114	152	153	97	109	85	74	784	-32 %	-23 %	19
5	46	64	51	95	103	119	108	586	+72 %	+15 %	15
6	42	45	51	95	85	101	81	500	+88 %	+1 %	13
7	48	46	57	73	81	85	67	457	+50 %	-1 %	11
8	28	49	57	45	64	73	72	388	+3 %	33 %	10
9	22	41	48	63	64	73	0	311	+43 %	-43 %	8
10	0	25	35	52	50	71	77	310	+70 %	+45 %	9
11	0	24	25	48	63	59	77	296	+127 %	+23 %	8
12	138	21	20	27	19	29	26	280	+12 %	+20 %	4
13	16	26	27	32	53	45	59	258	+60 %	+22 %	7
14	0	24	23	57	55	52	45	256	+138 %	-13 %	7
15	1	32	38	37	44	33	63	248	+16 %	+19 %	7
16	5	34	23	38	40	39	34	213	+37 %	-6 %	6
17	18	12	19	42	47	32	39	209	+187 %	-20 %	5
18	21	39	21	42	35	30	20	208	+28 %	-35 %	5
19	1	32	20	51	24	25	54	207	+44 %	+5 %	6
20	1	46	23	29	38	24	37	198	*	*	5
21	0	27	17	26	34	38	26	168	*	*	5
22	2	27	18	23	32	31	35	168	*	*	5
23	0	0	4	38	39	37	33	151	*	*	4
24	11	11	12	22	20	22	10	108	*	*	3
25	1	13	7	17	23	14	18	93	*	*	3
26	0	0	7	9	11	12	10	49	*	*	1
27	0	4	3	4	13	7	17	48	*	*	1
28	0	0	0	13	6	9	14	42	*	*	1
29	0	13	9	18	-	-	-	40	*	*	1
30	0	5	1	10	8	5	10	39	*	*	1
31	0	0	0	10	13	8	7	38	*	*	1
Total								**12 871**			**323**

**Nombre de mammotests 2002-2005 inférieur à 200*

6.3 Age des femmes

Très peu de mammotests (environ 1,5 %) sont réalisés pour des femmes qui n'appartiennent pas à la tranche d'âge des 50-69 ans, femmes auxquelles le programme s'adresse. La plupart le sont pour des femmes de 49 ans, dont une partie a eu 50 ans l'année du mammotest, ce qui signifie qu'elles ne sont pas «hors programme».
Au sein du groupe cible, toutes les tranches d'âge sont représentées de la même façon. Les femmes plus jeunes (50-59 ans) sont proportionnellement plus nombreuses parce qu'elles sont plus nombreuses dans la population bruxelloise.

Tableau 6.5 **Age des femmes lors de la réalisation du mammotest**

	Ensemble des mammotests réalisés Période 2003-2005		Mammotests réalisés pour des Bruxelloises Période 2003-2005		Mammotests réalisés pour des Bruxelloises Période 2003-2004 (Premier round)	
Age	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
<45 ans	1*	0,0	1*	0,0	1*	0,0
45-49 ans	133£	1,1	52	0,6	39	0,7
50-54 ans	3 374	29,0	2 523	27,9	1 644	28,3
55-59 ans	3 145	27,1	2 466	27,3	1 570	27,1
60-64 ans	2 590	22,3	2 037	22,5	1 299	22,4
65-69 ans	2 346	20,2	1 934	21,4	1 214	20,9
70-74 ans	36$	0,3	33	0,4	33	0,6
75-79 ans	1	0,0	1	0,0	1	0,0
Total	**11 626**		**9 047**		**5 801**	

** Une femme de 34 ans* *£ Dont 126 de 49 ans* *$ Dont 28 de 70 ans*

6.4 Mode de participation des femmes

6.4.1 La femme s'est-elle présentée avec une prescription ou une invitation ?

Les femmes peuvent participer au programme de dépistage soit en présentant leur invitation, soit en présentant une prescription de leur gynécologue ou médecin généraliste.

La fiche «première lecture mammotest» comporte la question suivante : «La femme s'est-elle présentée avec une prescription ou une invitation?». Cette donnée présente différents problèmes d'interprétation. Lorsque les patientes se présentent avec une lettre d'invitation et une prescription, elles sont enregistrées comme venant sur prescription, et donc, la proportion de femme venue avec invitation est sous-estimée. Par ailleurs, la question n'est pas remplie pour 22 % des femmes (28 % en 2003, 12 % en 2004, 27 % en 2005). La complétude de l'information est également très variable selon l'unité de radiologie.

Le tableau 6.6 en décrit la distribution chez les répondantes. Etant donné les limites décrites, les résultats doivent être interprétés avec précaution. En 2003-2005, 60 % des femmes se sont présentées avec une prescription, et 40 % se sont présentées uniquement avec une invitation.

Le nombre de femmes réalisant un mammotest sur prescription d'un médecin a diminué de façon très marquée après le premier round, pour rejoindre en 2005 des nombres nettement inférieurs à ceux du début du premier round. Ce nombre diminue dans l'absolu et en proportion des femmes ayant réalisé un mammotest (45 % en 2005 versus 76 % en 2003).

Inversement, le nombre et la part des femmes venant uniquement avec une invitation ont augmenté nettement durant cette période 2003-2005.

Tableau 6.6 **Proportion des femmes réalisant un mammotest avec prescription et invitation**

	2003	2004	2005	p-valeur	Total
Invitation	560 (24 %)	1501 (40 %)	1611 (55 %)		3672 (40 %)
Prescription*	1814 (76 %)	2285 (60 %)	1345 (45 %)	<0,001	5444 (60 %)
	2374	3786	2956		9116

**Inclut les femmes qui avaient à la fois une invitation et une prescription (nombre non connu)*

6.4.2 Facteurs qui ont décidé la femme à réaliser le mammotest

La fiche de première lecture prévoit également de demander à la femme, sur base d'une liste prédéfinie, quels sont les facteurs qui l'ont incitée à réaliser un mammotest. La qualité de l'interrogatoire de la femme et de la transcription de cette donnée sur la fiche de mammotest n'est pas validée, et les résultats doivent être interprétés avec précaution.

Parmi les 11633 femmes enregistrées en 2003-2005, 62 % ont mentionné un des facteurs listés. L'analyse des facteurs cités a été faite sur le groupe des femmes répondantes, c'est à dire ayant mentionné un facteur au moins. De ces 7203 répondantes, la majorité (96 %) a cité un seul facteur (tableau 6.7).

Le facteur incitant le plus souvent cité par les femmes ayant effectué un mammotest à Bruxelles est **l'invitation** (44 % de celles-ci mentionnent l'invitation). Les résidentes bruxelloises participantes au programme citent plus souvent l'invitation comme facteur déterminant (53 %) que les résidentes de Flandre (9 %).

Ces chiffres reflètent l'importance de la «seconde voie» (invitation) par rapport à la «première voie» (prescription) pour la participation au programme organisé, particulièrement pour les Bruxelloises. Ces résultats ne reflètent pas pour autant une bonne efficacité des invitations dans l'absolu puisque le nombre de mammotests est très faible (voir section couverture).

Le second facteur cité comme contribuant à la décision des femmes est leur **gynécologue** (27 %). Pour les femmes ayant passé un mammotest en région bruxelloise, le gynécologue est beaucoup plus souvent cité comme incitant par les femmes résidant en Flandre que par les résidentes bruxelloises ou wallonnes. Il ne s'agit pas ici bien entendu de comparaisons régionales, puisque les résidentes flamandes faisant l'objet de cette analyse sont un groupe particulier de femmes effectuant leur mammotest dans une unité de la région bruxelloise (pour 82 % de ces femmes il s'agit de la même unité)

Le troisième facteur cité comme contribuant à la décision des femmes est leur **généraliste**. Le généraliste est cité par 23 % des femmes. Le généraliste est le facteur déterminant pour une participante Bruxelloise sur quatre.
Les média ne sont presque jamais cités comme facteur contributif, quelque soit la région de résidence.

Tableau 6.7	Facteur cité par la femme comme ayant contribué à sa décision de réaliser un mammotest, par région de résidence				
Facteur mentionné (non exclusif)	Total	Région de résidence			p-valeur*
		Bruxelles n (%)	Flandre n (%)	Wallonie n (%)	
Invitation	3162 (44 %)	2976 (53 %)	126 (9 %)	60 (22 %)	<0,001
Gynécologue	1920 (27 %)	1025 (18 %)	850 (64 %)	47 (17 %)	<0,001
Généraliste	1619 (23 %)	1399 (25 %)	194 (15 %)	26 (10 %)	<0,001
Média	37 (1 %)	28 (1 %)	7 (1 %)	2 (1 %)	0,871

**Pour la comparaison entre régions*

Parallèlement à la diminution du nombre total de mammotests entre 2004 et 2005, on observe une diminution du nombre de prescriptions (tableau 6.6) et une diminution du nombre de femmes incitées à participer au programme par leur gynécologue (et dans une moindre mesure par leur généraliste) (tableau 6.8).

Par contre, le nombre de femmes ayant cité l'invitation comme facteur incitant augmente fort de 2003 à 2004, mais reste stable de 2004 à 2005.

Tableau 6.8	Facteur cité par la femme comme ayant contribué à sa décision de réaliser un mammotest, selon l'année			
Facteur mentionné (non exclusif)	Année de réalisation du mammotest			p-valeur
	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	
Invitation	697 (34 %)	1212 (45 %)	1263 (52 %)	<0,001
Gynécologue	697 (34 %)	702 (26 %)	527 (22 %)	<0,001
Généraliste	501 (24 %)	609 (23 %)	511 (21 %)	0,05
Média	22 (1 %)	8 (0 %)	8 (0 %)	0,001

6.4.3 Conclusions sur les facteurs incitants

Donc, le ralentissement du programme en 2005 semble davantage attribuable à la moindre participation des médecins qu'à une moindre réponse aux invitations. La participation des gynécologues au programme se dégrade plus particulièrement. Le rôle des média semble tout à fait marginal dans la décision des femmes.

6.5 Délai entre mammotest et envoi du résultat, 2003-2005

Le tableau 6.9 indique que délai entre la réalisation du mammotest par la femme et la date de l'envoi du résultat au radiologue qui a effectué la première lecture s'est amélioré en 2005 par rapport au premier round (2003-2004). La proportion de résultats envoyés durant la première semaine est passée de 7 % en 2003 à 17 % en 2005 (p-valeur<0,001). Le délai médian entre la réalisation du mammotest et l'envoi du résultat était de 15 jours en 2003, 14 jours en 2004 et 12 jours en 2005 (p-valeur<0,001) [52].

Notons que ce délai ne donne aucune information quant au délai d'obtention du résultat par la femme : ce résultat doit parvenir au radiologue, être lu et ré-adressé par celui-ci au médecin référent, lequel informera la femme.

Tableau 6.9 **Délai entre mammotest et envoi du résultat au premier lecteur, évolution de 2003 à 2005**

	2003			2004			2005		
	N	%	% cumulatif	n	%	% cumulatif	n	%	% cumulatif
1ère semaine	197	7,3	7,3	275	6,4	6,4	672	16,7	16,7
2ème à 4ème semaine	2066	76,5	83,8	3558	82,7	89,1	2973	73,8	90,5
5ème semaine ou plus	438	16,2	100,0	469	10,9	100,0	384	9,5	100,0

Le délai mammotest-envoi du résultat peut être décomposé en :
1. Délai mammotest-seconde lecture.
2. Délai seconde lecture-envoi du résultat au premier lecteur.

Le premier dépend à la fois de l'unité de radiologie et du centre de référence. Le second est propre au centre de référence.

6.5.1 Délai entre mammotest et 2ème lecture

Ce délai implique 2 intervenants : le radiologue et Brumammo. Le radiologue, une fois le mammotest effectué doit consigner les résultats d'une première lecture et l'adresser avec les clichés à Brumammo. Brumammo doit effectuer une seconde lecture.

Le délai médian entre la réalisation du mammotest et la seconde lecture est de 10 jours pour la période 2003-2005 et 21 % des secondes lectures sont réalisées au cours de la semaine qui suit le mammotest [53].
Ce délai est présenté de façon plus détaillée dans le tableau en annexe 13.

Il n'y a pas d'amélioration des délais mammotests - deuxième lecture de 2003 à 2005 (tableau 6.10). Entre 20 % et 23 % des secondes lectures sont faites au cours de la semaine de la réalisation du mammotest. La proportion de secondes lectures réalisées dans un délai très court (5 premiers jours) diminue. La proportion de délais excessivement longs reste stable.

Pour réduire le délai, les procédures de ramassage des clichés ont été revues par Brumammo : actuellement, le ramassage des clichés est fait à la demande des radiologues le jour même et les secondes lectures sont effectuées 4 jours sur 5.

52 *La Communauté Flamande recommande que dans 90 % des cas, le délai entre le mammotest et la communication du résultat à la femme soit de 2 semaines. En 2004 le délai moyen était de 20,7 jours (17,3 en 2005) avec 60 % des délais égaux ou inférieurs à 15 jours (79 % en 2005).*

53 *Dans l'arrêté du 20/01/06 du gouvernement de la communauté française en matière de dépistage de cancer du sein par mammographie, on demande au radiologue premier lecteur de fournir clichés et protocole au centre de référence dans un délai d'une semaine maximum après la réalisation du mammotest.*

Tableau 6.10 Délai entre mammotest et 2ème lecture, évolution de 2003 à 2005

	2003			2004			2005		
	N	%	% cumulatif	n	%	% cumulatif	n	%	% cumulatif
Cinq 1ers jours	373	11,6	11,6	281	6,5	6,5	315	7,8	7,8
6ème ou 7ème jour	358	11,1	22,7	560	13,0	19,5	566	14,0	21,8
2ème à 4ème semaine	2226	69,0	91,7	3151	73,2	92,7	2825	70,0	91,8
5ème semaine ou plus	270	8,4	100,0	312	7,2	100,0	329	8,2	100,0

6.5.2 Délai entre seconde lecture et envoi du résultat

Le délai médian entre la seconde lecture et l'envoi du courrier au radiologue s'est fortement amélioré de 2003 à 2005 (p-valeur<0.001). En effet, 86 % des courriers sont envoyés le jour même ou le lendemain de la seconde lecture, alors qu'il s'agissait de 32 % en 2003 et 50 % en 2004. Ce délai étant propre au centre de référence, l'amélioration du délai mammotest-envoi du résultat est donc due à l'amélioration de la vitesse de traitement des informations à Brumammo.

Tableau 6.11 Délai entre 2ème lecture et envoi du courrier, évolution de 2003 à 2005

	2003			2004			2005		
	n	%	% cumulatif	n	%	% cumulatif	n	%	% cumulatif
Le même jour que L2	279	10,4	10,4	805	18,7	18,7	2258	56,0	56,0
Le lendemain de L2	590	22,0	32,4	1359	31,6	50,3	1204	29,9	85,9
Jour 2 à 8	1414	52,6	85,0	1807	42,1	92,4	529	13,1	99,0
Jour 9 ou plus	404	15,0	100,0	326	7,6	100,0	38	0,9	99,9

6.5.3 Conclusion concernant les délais

Globalement, le délai entre la réalisation du mammotest par la femme et la date de l'envoi du résultat au radiologue qui a effectué la première lecture, s'est amélioré de 2003 à 2005, grâce à une amélioration du traitement des informations par le centre de référence. Le délai global jusqu'à l'envoi du résultat reste cependant important (tableau 6.12).
Par ailleurs, pour se faire une idée du délai entre le mammotest et la communication du résultat à la femme, il faut rajouter à ce délai médian de 12 jours celui de la communication du résultat au médecin traitant et ensuite à la femme, pour lequel nous ne disposons pas d'information. Etant donné la complexité du parcours du résultat, la durée de ce délai supplémentaire et le risque d'erreur dans la transmission des résultats risquent d'être non-négligeables; il serait important de les estimer.

Tableau 6.12 **Délais en 2005, en résumé**

	Délai médian	≤ une semaine
Mammotest-seconde lecture	11 jours	22 %
Seconde lecture-envoi du résultat au premier lecteur	<1 jour	98 %
Mammotest-envoi du résultat au premier lecteur	**12 jours**	**17 %**

6.6 Résultats du mammotest : densité des seins et rappel pour échographie

Le tableau 6.13 indique que selon le premier lecteur 12 % (n=1141) des femmes ont les seins denses (ce qui rend les clichés de mammographie difficilement interprétables). Selon le second lecteur, il s'agit de 7,5 % (n=841) des femmes. Parmi les femmes aux seins denses, le premier lecteur propose d'en rappeler 58 % pour une échographie et le second lecteur propose d'en rappeler 51 %. Des informations plus détaillées à ce sujet sont présentées dans l'annexe 14.

Ces femmes rappelées pour échographie par le premier lecteur parce qu'elles ont les seins denses représentent 7 % de l'ensemble des femmes examinées ; en ce qui concerne les rappels par le second lecteur, ces femmes représentent 4 % de l'ensemble des femmes examinées. En cas de demande d'écho pour sein dense, la patiente est rappelée, que ce soit le lecteur 1 ou le lecteur 2 qui en a fait la demande. Donc, au total, **7 % des femmes sont rappelées par l'un ou l'autre des deux lecteurs afin d'effectuer une échographie parce qu'elles ont les seins denses**.

L'échographie n'étant pas réalisée au même moment que le mammotest, les patientes sont rappelées pour refaire cet examen ultérieurement.

Tableau 6.13 **Conclusions des 1er et 2ème lecteurs quant à la densité des seins**

	L1*	L2*
Seins denses	11,7 %	7,5 %
Rappel échographie parmi seins denses	58,1 %	50,7 %
Rappel échographie pour seins denses parmi l'ensemble des femmes	6,8 %	3,8 %

* *Après exclusion des femmes pour lesquelles l'information n'est pas notée ou est incohérente.*

6.7 Résultats du mammotest : présence d'anomalies mammographiques

La première lecture est effectuée dans l'unité où la femme a réalisé le mammotest. L'unité de première lecture retranscrit sur la fiche les conclusions de la première lecture, les recommandations de suivi, et transmet la fiche et les clichés au centre de référence. La seconde lecture est effectuée au centre de référence sans que le second lecteur ait connaissance des résultats reportés par le premier. Ensuite, les résultats des lectures sont encodés et confrontés, et une troisième lecture est recommandée en cas de discordance, le troisième lecteur ayant l'avis final. L'objectif de cette stratégie est surtout d'augmenter la sensibilité (diminuer les faux négatifs) au risque de perdre en spécificité. Les guidelines européens considèrent que cette augmentation de sensibilité peut varier de 5 à 15 % suivant la méthodologie utilisée et la compétence des lecteurs ; cette double lecture est impérative lors de programmes décentralisés, la perte de spécificité étant limitée par l'intervention d'un troisième lecteur expert.

6.7.1 Résultats du mammotest : présence d'anomalies selon le premier et le second lecteur

De façon générale, le premier lecteur qualifie plus souvent la mammographie d'anormale que le second lecteur. On observe 11,0 % de mammotests positifs (indéterminé à malin) selon le premier lecteur et 6,9 % selon le second lecteur. Les premiers lecteurs protocolent également plus souvent des anomalies bénignes que le second lecteur : 25,0 % contre 18,8 %.

Tableau 6.14 **Conclusion de la première et de la seconde lecture (n=11633)**

	Lecteur 1		Lecteur 2	
	n	%	n	%
Ininterprétable pour raison technique (à refaire)	11	0,1 %	21	0,2 %
Aucune anomalie	7432	63,9 %	8613	74,0 %
Lésion bénigne	2911	25,0 %	2189	18,8 %
Positif, indéterminé	1162	10,0 %	734	6,3 %
Positif malin ou probablement malin	117	1,0 %	73	0,6 %
Inconnu	0	0,0 %	3	0,0 %

Les données concernant les recommandations de suivi pour la patiente formulées par les radiologues premiers lecteurs sont de moindre qualité. Les recommandations de suivi et le résultat de la lecture enregistrées dans la base de donnée sont parfois en contradiction (exemple : pour 35 femmes avec un résultat positif, aucun examen n'est recommandé, pour 69 femmes avec un résultat positif, on recommande un contrôle à 6 mois ou à un an). Ceci semble s'expliquer par des erreurs de retranscription des recommandations formulées par les radiologues dans les unités de radiologie. Le centre de référence encode ce qui est inscrit sur le formulaire. Il n'y pas de protocole annexé au cliché, et le centre de référence prend pour acquis que le résultat de la lecture 1 tel qu'inscrit sur la fiche correspond au résultat énoncé par le premier lecteur. Actuellement, en cas d'incohérence avec la recommandation inscrite sur la fiche, les encodeurs tentent de contacter les lecteurs et, dans la mesure du possible les données sont corrigées [54].

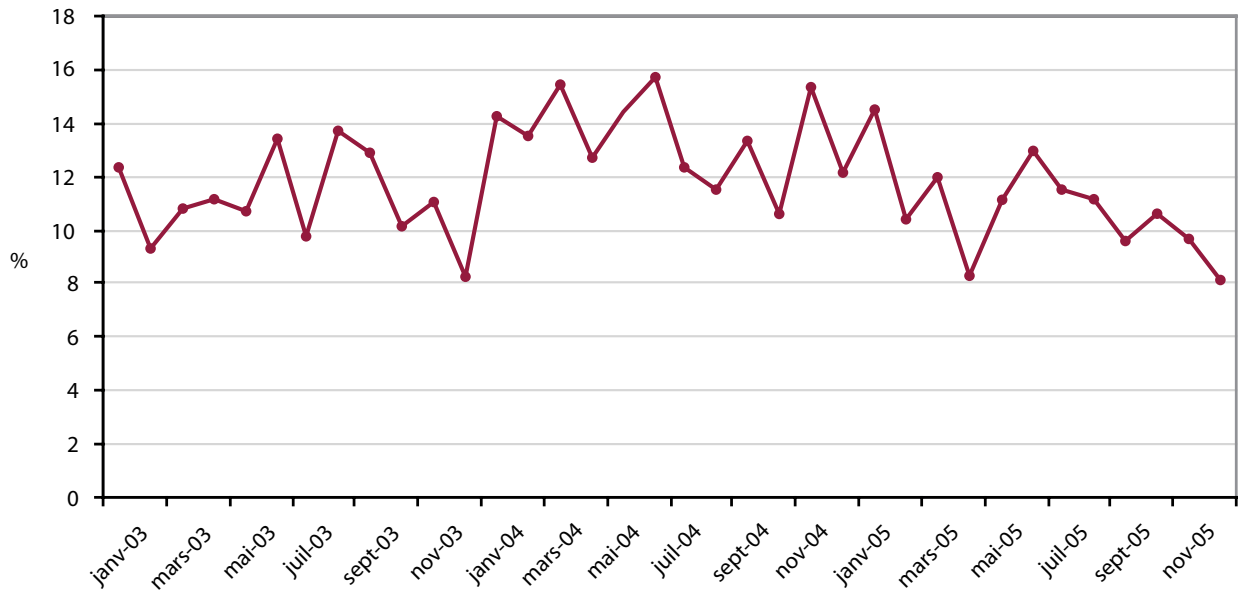
54 *Si on ne peut corriger les données, le postulat est qu'en cas d'incohérence entre résultat et recommandation, c'est le résultat qui est retranscrit sans erreur contrairement à la recommandation de suivi qui n'est pas retranscrite de façon correcte.*

6.7.2 Concordance/discordance et réalisation d'une 3ème lecture

Globalement au cours de la période 2003-2005, les premiers et deuxièmes lecteurs concordent dans 88,1 % des cas. Il y a 11,9 % de discordances «grossières» (positif pour l'un et négatif pour l'autre), ce qui correspond à 1382 femmes (coefficient de concordance kappa=0.27). La proportion de paires discordantes évolue peu au cours de la période (elle était légèrement plus importante en 2004 par rapport à 2003 et 2005 (p-valeur<0,001) (figure 6.3)). Des résultats plus détaillés concernant concordance et discordance sont présentés en annexe15.

La proportion de discordances est présentée ici à titre indicatif, il n'est pas possible d'en tirer des conclusions en termes de qualité du programme. Même si les seconds lecteurs sont choisis parmi les radiologues ayant le plus d'expérience, il ne s'agit pas de «lecteurs de référence» ou «gold standard». Des données de suivi concernant les cancers détectés ne sont pas disponibles, or ce type de données donnerait beaucoup d'information quant à la stratégie de double lecture. En particulier, elles permettraient de déterminer si la sensibilité augmente, comme il est attendu.

Figure 6.3 **Fréquence des discordances* entre L1 et L2, 2003-2005**



** Discordance grossière définie ici comme lecture 1 positive (indéterminé, probablement malin ou malin) et lecture 2 négative ou l'inverse.*

Globalement, les discordances se distribuent de la façon décrite au tableau 6.15. Deux tiers des discordances concernent des cas où le deuxième lecteur déclare la mammographie «négative» alors que le premier lecteur l'avait déclarée «positive».

Tableau 6.15	Discordances entre L1 et L2 quant au résultat de la mammographie	
Discordance	**n**	**%**
L1+ et L2-	926	67 %
L1- et L2+	456	33 %
Total	**1382**	

Si une discordance entre première et seconde lecture est constatée, une troisième lecture est recommandée, sur base d'un algorithme informatisé (voir en annexe 16).

Parmi les 1382 mammotests pour lesquels une discordance grossière (telle que nous l'avons définie dans notre analyse) a été constatée, 1381 ont eu une 3ème lecture enregistrée. Le tableau 6.16 montre la répartition des discordances après 3ème lecture.

Le troisième lecteur confirme plus souvent le résultat annoncé par le lecteur 2 que le lecteur 1. En effet, dans 38 % des discordances, le troisième lecteur confirme le premier lecteur, et dans 62 % des discordances, le troisième lecteur confirme le second lecteur. En cas de discordance, la conclusion finale (celle qui est envoyée au médecin traitant) correspond toujours à celle du lecteur 3.

Plus de la moitié des femmes pour lesquelles une discordance grossière a été constatée avaient une première lecture positive et une seconde lecture négative, résultat négatif confirmé par le troisième lecteur. Pour ces femmes, le résultat final annoncé est donc négatif.

Tableau 6.16	Type de discordance selon le résultat de L3		
Discordance		**n**	**%**
L1+ et L2-	L3+	181	13,2 %
	L3-	743	54,0 %
L1- et L2+	L3+	110	8,0 %
	L3-	342	24,9 %
Total		**1376***	

** hormis les cas exclus de l'analyse car pas interprétable ou inconnu pour L3.*

Le tableau 6.17 indique l'évolution de la proportion de 3ème lecture au cours du temps. Depuis le début du programme, les troisièmes lectures sont réalisées pour les discordances «grossières» décrites ci-dessus, mais également en cas de discordances plus mineures. L'algorithme de décision concernant la réalisation d'une 3ème lecture a été modifié à Brumammo en 2004 et certains types de discordances mineures ne font maintenant plus l'objet d'une 3ème lecture. Suite à cette modification, on constate une diminution importante et significative de la proportion de 3ème lectures, celle-ci atteignant 11,8 % en 2005 (p-valeur=0,001) (tableau 6.17) [55]. Plus de résultats sont disponibles en annexe 15.

Tableau 6.17	Fréquence des L3, 2003-2005		
	2003	**2004**	**2005**
Proportion de L3	24,5 %	19,9 %	11,8 %
Nombre de L3	805	859	475

55 *En région flamande, pour la période 2003-2004, 7,3 % des mammographies ont bénéficié d'une troisième lecture.*

6.7.3 Résultats du mammotest : résultat final des lectures et taux de rappel

Le tableau 6.18 décrit les résultats envoyés aux femmes au terme du processus de double/triple lecture. Le résultat final est positif pour 607 femmes durant la période 2003-2005. Il s'agit de 5,2 % des femmes examinées. De plus, une lésion bénigne est détectée pour 20 % des femmes.

Tableau 6.18 **Résultat final au terme du processus de double/triple lecture, 2003-2005**

	N	%
Ininterprétable pour raison technique (à refaire)	13	0,1
Aucune anomalie	8 685	74,7
Lésion bénigne	2 305	19,8
Positif, indéterminé	525	4,5
Positif malin ou probablement malin	82	0,7
Inconnu	23	0,2
Total	**11 633**	

En principe, l'algorithme ne prévoit pas de rappel pour les anomalies bénignes.
Le tableau 6.19 décrit les examens complémentaires recommandés pour les femmes dont le mammotest est positif. Pour la majorité des femmes, seule une échographie est recommandée dans un premier temps.

Tableau 6.19 **Mise au point recommandée en cas de mammotest positif, 2003-2005**

	N	%
Echographie seule	329	54,2
Echographie et mammographie	99	16,3
Mammographie seule	42	6,9
Tru-cut ou biopsie, avec ou sans mammographie et échographie	97	16,0
Examen inconnu	40	6,6
Total	**607**	

Au total, 12,5 % des femmes sont donc rappelées (soit 1456 femmes), soit pour mise au point immédiate pour mammotest positif, soit parce qu'elles ont les seins denses, ce qui rend le mammotest ininterprétable, ou parce que le mammotest est ininterprétable pour des raisons techniques (tableau 6.20).
Nous n'avons pas tenu compte ici de la proportion de femmes rappelées pour bilan d'anomalies bénignes, ceci étant difficile à estimer.

Tableau 6.20 **Raison des rappels pour examens complémentaires, 2003-2005**

	N	%
Pas de rappel	10 177	87,5
Ininterprétable pour raison technique	13	0,1
Rappel échographie pour sein denses	836	7,2
Mammotest positif	607	5,2
Total	**11 633**	

En région bruxelloise, le taux de rappel suite à la détection d'une anomalie ou un problème technique est de 5,3 % pour l'ensemble de la période (en excluant les rappels pour seins denses). Au niveau européen, le taux de rappel se définit comme la proportion de femmes à qui l'on recommande de revenir pour réaliser un examen complémentaire, que ce soit pour un problème technique ou pour une anomalie, quelle qu'elle soit. D'après les normes européennes le taux de rappel doit, au premier tour, être inférieur à 7 % (taux acceptable) et si possible inférieur à 5 % (taux souhaité) [56]. En Flandre, pour la période 2003-2004, le taux de rappel est de 5,0 %.

Le tableau 6.21 montre l'évolution des taux de rappel à Bruxelles selon que l'on prenne ou non en compte les femmes qui doivent revenir pour échographie parce qu'elles ont les seins denses. En 2005, le taux de rappel était de 4,4 % à Bruxelles, sans prendre en compte les rappels pour échographie pour seins denses.
La proportion de femmes rappelées pour examen mammographique positif a diminué entre le premier tour (2003-204) et 2005 (p-valeur=0,008). La proportion de femmes rappelées (toutes raisons confondues) diminue également (p-valeur<0,0001).

Tableau 6.21 **Taux de rappel, 2003-2005**

Raison du rappel	2003 N=3284	2004 N=4312	2005 N=4037
Examen mammographique positif	5,7 %	5,6 %	4,4 %
Echographie pour sein denses*	9,2 %	6,5 %	6,3 %
Mammotest ininterprétable	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Total	**15,0 %**	**12,2 %**	**10,8 %**

** Nous n'avons aucune information sur le nombre de femmes parmi elles présentant une échographie positive*

6.7.4 Suivi

L'évaluation des programmes de dépistage nécessite, selon les normes européennes, la mise en place d'un suivi systématique des femmes en termes de résultats des examens complémentaires réalisés et de prise en charge effectuée. Ce suivi nécessite de recontacter les médecins traitants ainsi que les médecins qui ont participé à la prise en charge. Il doit permettre, à travers le suivi des femmes qui ont un résultat positif, de calculer des indicateurs très importants comme le taux de détection, et la proportion de faux positifs. Il permet également, à travers le suivi des femmes dont le résultat est négatif en collaboration avec le registre du cancer, de calculer la proportion de faux négatifs et de cancers d'intervalles. Le suivi pourrait permettre également de déterminer les délais de réception des résultats par la femme, et la proportion d'erreurs de transmission ou de non-transmission des résultats.

A Bruxelles, le résultat est transmis à la femme par l'intermédiaire du radiologue premier lecteur et du médecin référent (celui qui a effectué la prescription ou celui qui est mentionné par la femme qui se présente avec une invitation à l'unité de radiologie). Au terme du processus de seconde lecture, le centre de référence adresse un courrier au premier lecteur, et celui-ci informe le médecin référent, qui informe la femme.
Lorsque le mammotest est positif, un formulaire accompagne le résultat demandant au médecin référent d'indiquer au centre de référence que la patiente a bien été informée et d'indiquer le lieu où se déroule la mise au point. Si aucune information ne parvient au centre de référence dans un délai d'un mois, une lettre de rappel est renvoyée au médecin. En cas d'absence de réaction, la procédure de rappel s'arrête ici. Il n'est pas prévu même

56 *Le taux de rappel pour raisons techniques doit être, toujours selon l'Europe, inférieur à 3 % (taux acceptable) mais si possible inférieur à 1 % (taux souhaité)*

dans ces cas, d'informer directement la femme. En 2005, au terme de cette procédure, 114 bordereaux ont été retournés sur 180 mammotests positifs (63 %). Pour 37 % des femmes ayant un mammotest positif (66 femmes), il n'y a donc pas de certitude que la femme a bien été informée du résultat du mammotest. Les résultats de la mise au point ne sont pas systématiquement suivis par le centre de référence. Un nombre insignifiant de protocoles histologiques ont spontanément été envoyés par les médecins référents (6 en 2005).

Le suivi n'est donc pas réalisé de façon systématique. Seule une enquête portant sur 207 femmes domiciliées à Bruxelles, invitées par le programme en 2004 et dont le mammotest était positif, a été réalisée par le centre de référence [57]. Les unités de dépistage et les médecins référents ont été contactés.
Lors de l'enquête, le résultat des investigations complémentaires a été obtenu pour 75 % de ces femmes (155 femmes) : pour 25 femmes, un cancer a été découvert (lobulaire ou canalaire, in situ ou invasif, hors hyperplasie atypique) et pour 130 femmes les examens complémentaires étaient négatifs (échographie, RMN, biopsie).
La valeur prédictive positive de la procédure de dépistage [58] **est donc de 16,1 %** dans cette enquête (intervalles de confiance à 95 % : 10,9 %-23,1 %).
En extrapolant cette valeur à l'ensemble des mammotests positifs de 2004, le taux de détection de cancer du sein peut donc être estimé à 9,0 pour 1000 femmes ayant passé un mammotest (38 cancers détectés) [59].
En Flandre, pour les années 2003-2004, le taux de détection est de 5,4 pour 1000 mais il serait hasardeux de comparer ces deux chiffres : en effet la taille de l'échantillon bruxellois est faible et les données n'ont pas été recueillies de la même manière.

En ce qui concerne les 52 femmes ayant un mammotest positif pour lesquelles les résultats des examens complémentaires n'ont pas été obtenus lors de l'enquête (correspondant à 25 % des mammotest positifs), le médecin traitant n'a pas répondu aux enquêteurs pour 24 femmes. Pour les 28 autres femmes (14 % des mammotests positifs), le médecin qu'elles avaient indiqué comme référent a déclaré ne pas avoir pu informer la femme, celle-ci étant perdue de vue [60] (on ne sait donc pas si ces femmes ont reçu leur résultats).

En Flandre pour la période 2003-2004, les données de suivi sont connues pour 77,4 % des dossiers. En Flandre cependant, le résultat est envoyé par le centre de référence au domicile de la femme une semaine après avoir été envoyé au médecin traitant. La situation des perdues de vue n'est donc pas comparable à Bruxelles, où, étant donné la complexité du trajet des résultats, un plus grand nombre de femmes risque de ne pas avoir été informées.

57 *Source : «Résultats préliminaires de l'étude sur la performance du programme en 2004», Brumammo, Dr F. Collart, Dr JB Burrion (résultats provisoires).*

58 *Probabilité pour une femme détectée positive au mammotest d'être atteinte d'un cancer du sein (le taux dépend étroitement de la prévalence du cancer du sein, avec une prévalence inférieure à 1 % on peut s'attendre à une VPP basse).*

59 *On fait la supposition que les femmes «positives» perdues de vue ne se différencient pas par des autres par leur taux de cancer. Il faut bien sûr prendre ces chiffres avec beaucoup de précautions étant donné que ce sont des nombres faibles issus d'une enquête ponctuelle.*

60 *Il faut noter que ces femmes sont déclarées perdues de vue au moment de l'enquête rétrospective, et non dans le mois suivant le mammotest.*

6.8 Couverture et taux de participation

Pour la détermination de la couverture et du taux de participation au programme, nous avons utilisé la base de données fournie par Brumammo. Le groupe cible total pour le premier round est basé sur le registre national. Au 1er janvier 2004, il comprenait 106 827 femmes résidant à Bruxelles et âgées de 49 à 69 ans.
Dans le fichier de population fourni à Brumammo pour réaliser les invitations, nous ne retrouvons que 73 809 femmes (fichier transmis en Janvier 2003 par la BCSS) [61].
Seules 63 763 femmes ont reçu une invitation du programme. Il existe plusieurs raisons qui expliquent la non invitation des femmes : une adresse inexploitable (28 %), le décès des femmes (4 %), des erreurs liées aux règles plus contraignantes d'invitations et de remboursement Inami (37 %), des erreurs dans le logiciel générant les invitations (25 %) [62], des raisons inconnues (7 %). On retrouve le détail de ces raisons dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6.22 Raisons de non-envoi d'invitations pour la période 2003-2004, Bruxelles

Invitations	Nombre
Femmes invitées	63 763
Femme non invitée à cause de :	
• Adresse inexploitable dans BCSS	2 833
• Décédées	371
• Contraintes liées aux invitations et remboursement INAMI	
– nées un jour impair en 1954	2 743
– nées un jour impair en janvier 1934	133
– nées un jour pair entre avril et décembre (sans novembre) 1934	822
• Invitations non générées dans le logiciel pour les femmes	
– nées un jour pair en novembre	2 486
• Autres raisons*	658*
Total dans la BCSS	**73 809**

**Parmi ces 658 femmes, entre 4 et 18 femmes ont déjà passé un mammotest avant d'être invitées.*

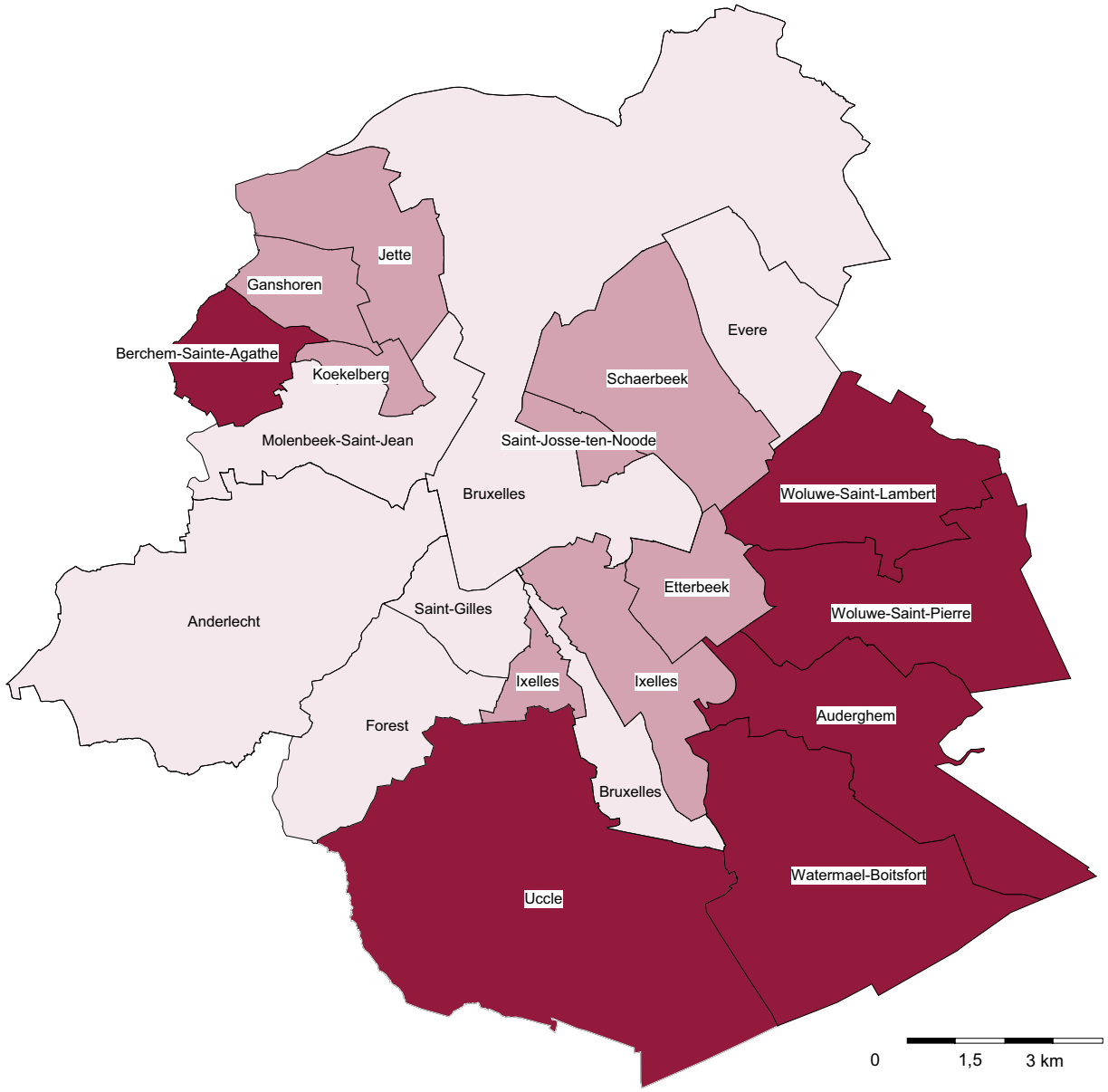
Le pourcentage de femmes invitées par rapport aux femmes de cette même tranche d'âge inscrites au Registre national est de 59,7 % pour la région bruxelloise.
Le tableau 6.21 reprend cette «couverture»par commune.

61 *Suite à une erreur technique d'un organisme assureur pour 31 % des femmes, voir annexe 12.*

62 *Selon des informations de Brumammo reçues après la finalisation des analyses, les femmes nées un jour pair de novembre auraient bien été invitées, ce qui ferait au total 66249 femmes invitées.*

Tableau 6.23	Pourcentage de femmes invitées de 50 à 69 ans par rapport aux femmes inscrites au registre national, par commune, Bruxelles, 2003-2004		
Communes	**Registre National**	**Invitations**	**Couverture (%)**
Anderlecht	10 005	5 181	51,8
Auderghem	3 550	2 287	64,4
Berchem-Sainte-Agathe	2 349	1 498	63,8
Bruxelles-Ville	13 678	7 810	57,1
Etterbeek	4 187	2 466	58,9
Evere	4 043	2 316	57,3
Forest	5 285	2 979	56,4
Ganshoren	2 700	1 698	62,9
Ixelles	7 210	4 211	58,4
Jette	4 917	3 041	61,9
Koekelberg	1 784	1 061	59,5
Molenbeek-Saint-Jean	7 416	4 075	55,0
Saint-Gilles	3 757	1 920	51,1
Saint-Josse-ten-Noode	1 741	1 020	59,0
Schaerbeek	10 145	6 224	61,4
Uccle	9 826	6 666	67,8
Watermael-Boitsfort	3 291	2 092	63,6
Woluwe-Saint-Lambert	6 055	3 964	65,5
Woluwe-Saint-Pierre	4 888	3 254	66,6
Total région bruxelloise	**106 827**	**63 763**	**59,7**

Carte 6.1 **Proportion de femmes invitées sur le total des femmes de 50-69ans d'après le registre national, par commune (Bruxelles, round 2003-2004)**



% femmes invitées pour un mammotest sur le total des femmes (50-69 ans) dans le Registre national

- 63 - 68 %
- 58 - 63 %
- 51 - 58 %

Source: Brumammo 2003-2004
© Observatoire de la Santé et du Social 2006

La carte ci-dessus reflète l'incomplétude du fichier transmis en 2003 par la BCSS. Celle-ci était liée à un problème technique lors de l'extraction par un organisme assureur, les affiliées de cet organisme assureur étant inégalement réparties selon les communes (centre ville et première couronne). Soulignons qu'en moyenne, 60 % des femmes du groupe d'âge ciblé ont été invitées en région bruxelloise. La résolution des problèmes cités ci-dessus laisse espérer que ce pourcentage augmentera fortement à partir de 2006.

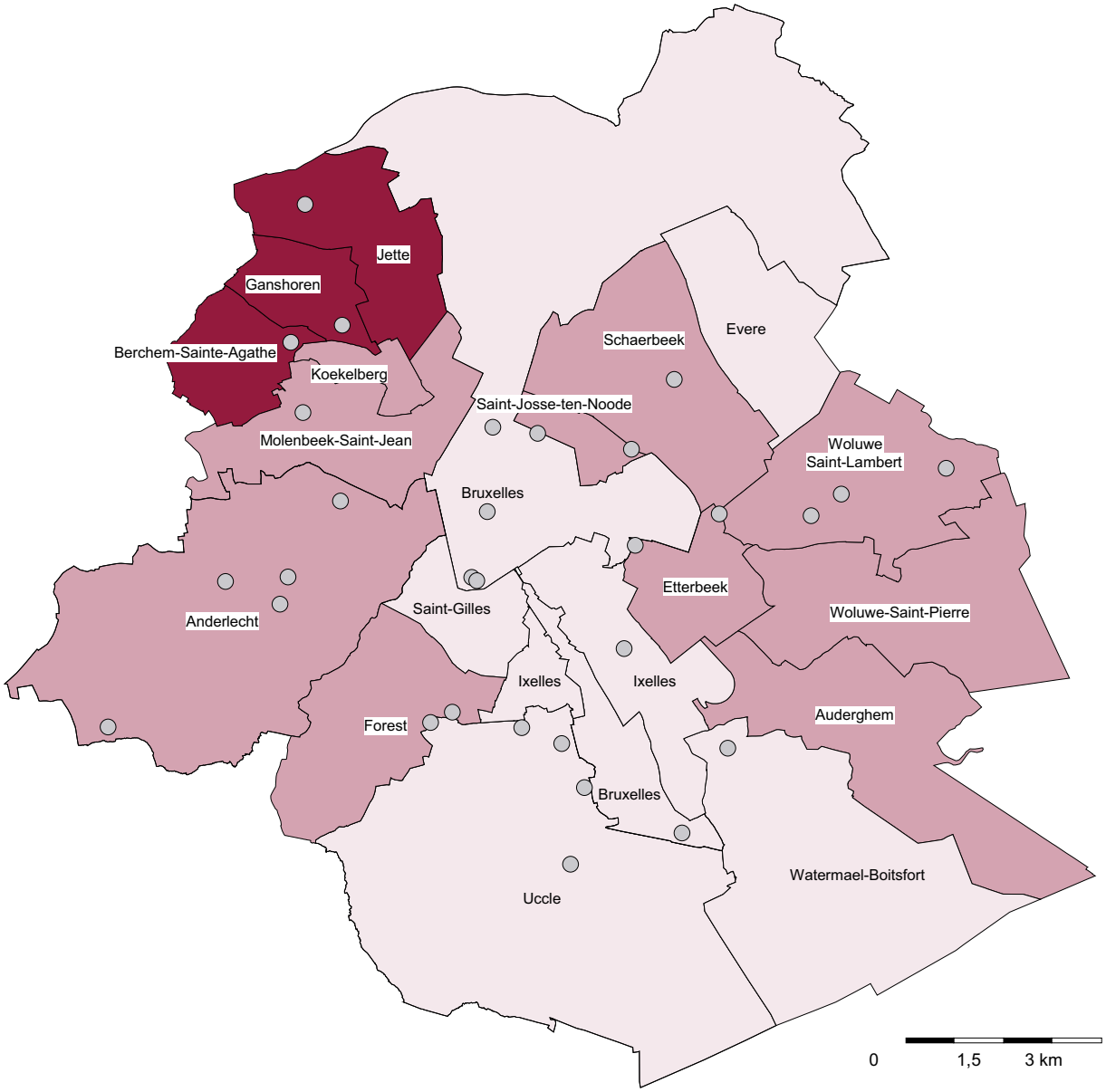
Le taux de couverture par mammotest mesure la proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont passé un mammotest parmi les femmes de cette tranche d'âge inscrites au registre national.
Finalement 5 755 femmes bruxelloises appartenant au groupe cible ont passé un mammotest dans le premier round (invitées ou pas) soit 5,4 % de la population cible du registre national.
Le taux de couverture par mammotest pour cette même période est de 35 % en Flandre et de 9,8 % en Wallonie.
Le taux de couverture est sensiblement le même pour les différents groupes d'âge de la population cible (5,5 % pour les 50-54 ans, 5,8 % pour les 55-59 ans, 5,9 % pour les 60-64 ans et 5,6 % pour les 65-69 ans) [63].
On trouvera ci-dessous le taux de couverture par commune.

Tableau 6.24 **Pourcentage de femmes de 50 à 69 ans ayant passé un mammotest par rapport aux femmes du registre national, par commune, Bruxelles, 2003-2004**

Communes	Registre National	Mammotest	Couverture (%)
Anderlecht	10 005	583	5,83
Auderghem	3 550	240	6,76
Berchem-Sainte-Agathe	2 349	182	7,75
Bruxelles-Ville	13 678	668	4,88
Etterbeek	4 187	217	5,18
Evere	4 043	181	4,48
Forest	5 285	281	5,32
Ganshoren	2 700	217	8,04
Ixelles	7 210	286	3,97
Jette	4 917	466	9,48
Koekelberg	1 784	104	5,83
Molenbeek-Saint-Jean	7 416	477	6,43
Saint-Gilles	3 757	173	4,60
Saint-Josse-ten-Noode	1 741	110	6,32
Schaerbeek	10 145	518	5,11
Uccle	9 826	281	2,86
Watermael-Boitsfort	3 291	135	4,10
Woluwe-Saint-Lambert	6 055	377	6,23
Woluwe-Saint-Pierre	4 888	259	5,30
Total région bruxelloise	**106 827**	**5 755**	**5,39**

63 *La couverture globale (5,4 %) prend aussi en compte les femmes de 49 ans dont le taux de couverture est beaucoup plus faible (2,2 %).*

Carte 6.2 **Proportion de femmes ayant passé un mammotest sur le total des femmes de 50-69ans d'après le registre national, par commune (Bruxelles, round 2003-2004)**



Unité de mammographie agréée

% femmes ayant bénéficié d'un mammotest sur le total des femmes (50-69 jaar) dans le Registre national

- 7 ,0 - 9,5 %
- 5 ,0 - 7,0 %
- 2 ,8 - 5,0 %

Source: Brumammo 2003-2004

© Observatoire de la Santé et du Social 2006

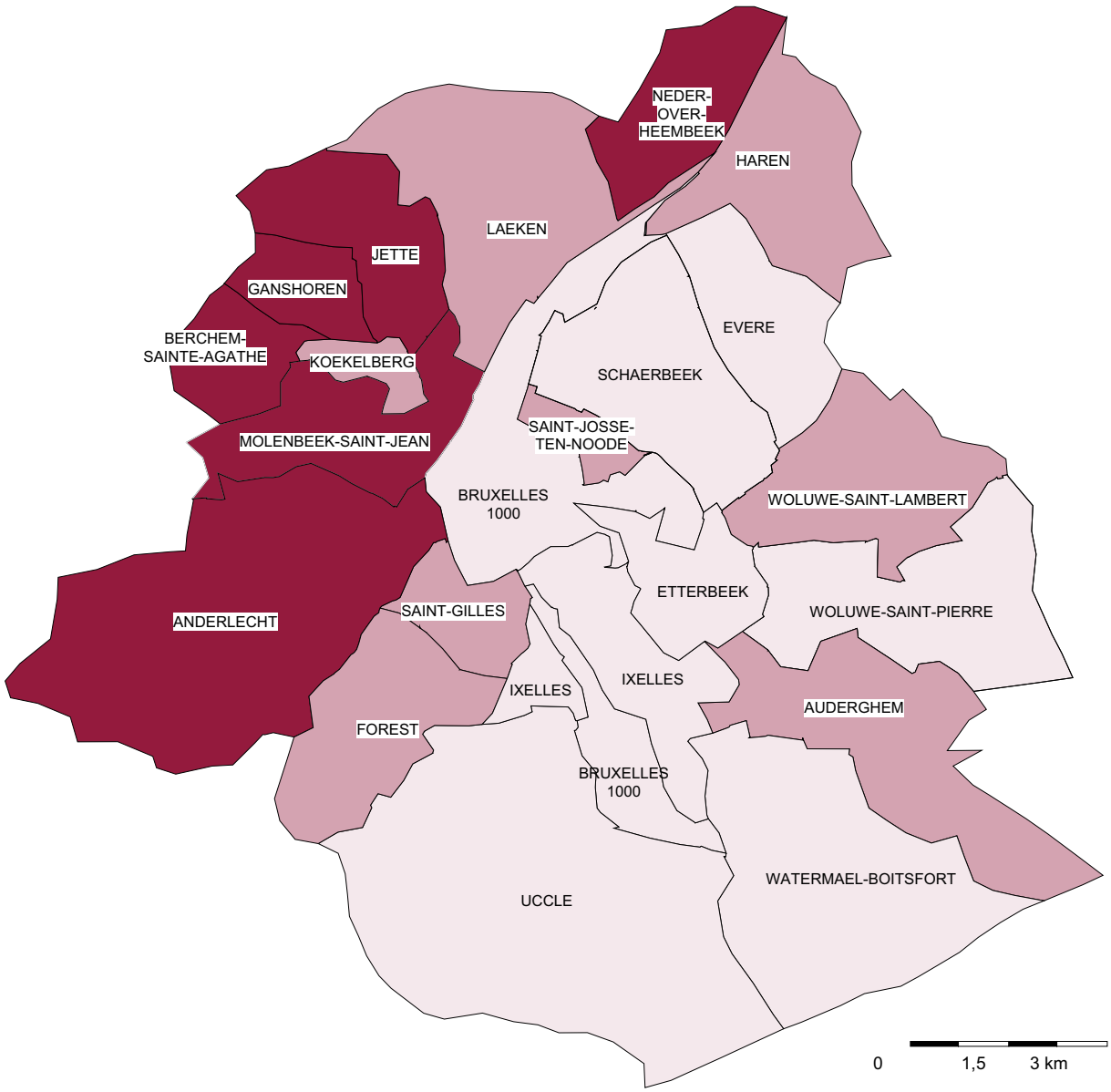
Il est intéressant de comparer cette carte à la carte précédente : le % de femmes invitées par commune n'est pas déterminant pour le taux de couverture par commune.
La présence d'unités agréées ne semble pas non plus jouer un rôle sauf peut être la proximité de celle de l'AZVUB. Il est possible que celle-ci, de par son dynamisme vis à vis de la campagne de dépistage du cancer du sein, diffuse une image positive du programme et par là-même incite les médecins et les femmes des communes avoisinantes à participer. Le taux de couverture étant mesuré avant les interventions de promotion par les communes (voir plus haut paragraphe 4.4.2), les différences entre communes ne peuvent être liées à celles-ci.

Le taux de participation mesure le nombre de femmes ayant passé un mammotest par rapport au nombre de femmes invitées : il est de 9,0 % en région bruxelloise. Selon les normes européennes, le taux de participation ne devrait pas être inférieur à 70 %.
En Flandre le taux de participation est de 35,3 % pour les années 2003-2004.
Les taux de participation par commune sont repris au tableau 6.25.

Tableau 6.25 **Taux de participation au programme organisé du cancer du sein, par commune (code postal), Bruxelles, 2003-2004**

commune	invitées	Mammotest	Participation (%)
Bruxelles 1000	3 545	251	7,1
Laeken	3 125	285	9,1
Schaerbeek	6 224	518	8,3
Etterbeek	2 466	217	8,8
Ixelles	4 211	286	6,8
Saint-Gilles	1 920	173	9,0
Anderlecht	5 181	583	11,3
Molenbeek-Saint-Jean	4 075	477	11,7
Koekelberg	1 061	104	9,8
Berchem-Sainte-Agathe	1 498	182	12,2
Ganshoren	1 698	217	12,8
Jette	3 041	466	15,3
Neder-Over-Heembeek	893	107	12,0
Haren	247	25	10,1
Evere	2 316	181	7,8
Woluwe-Saint-Pierre	3 254	259	8,0
Auderghem	2 287	240	10,5
Watermael-Boitsfort	2 092	135	6,5
Uccle	6 666	281	4,2
Forest	2 979	281	9,4
Woluwe-Saint-Lambert	3 964	377	9,5
Saint-Josse-ten-Noode	1 020	110	10,8
Total région bruxelloise	**63 763**	**5 755**	**9,0**

Carte 6.3 **Taux de participation par commune (Bruxelles, round 2003-2004)**



% femmes ayant bénéficié d'un mammotest sur le total des femmes (55-69 ans) invitées

- 11,0 - 15,4 %
- 9,0 - 11,0 %
- 4,2 - 9,0 %

Source: Brumammo 2003-2004

© Observatoire de la Santé et du Social 2006

L'absence de données sur les caractéristiques socio-économiques ou autres des femmes (participantes ou non au mammotest) et l'absence de données sur le nombre de femmes effectuant un dépistage hors programme, rend l'interprétation de ces données difficile.
On note cependant une claire partition de la région entre l'Ouest et l'Est.
Ces résultats suggèrent que le programme touche préférentiellement des communes où la population est plus âgée et le revenu médian de niveau moyen, comme à l'Ouest de la région ainsi que certaines communes où la majorité de la population est défavorisée (communes de la première couronne). L'influence de l'AZVUB pourrait ici aussi jouer un rôle pour les communes avoisinantes.

Pour étudier l'influence éventuelle du statut socio économique sur les résultats précédents, nous avons testé la corrélation entre d'une part le taux de participation au mammotest par secteur statistique et d'autre part le revenu médian et la proportion de femmes sans emploi dans ces mêmes secteurs statistiques. En ce qui concerne le revenu médian, la corrélation est inverse (plus le revenu médian est faible, au plus la participation est forte) et significative bien que faible, avec un coefficient de Pearson égal à -0.149 (p= 0.002).
En ce qui concerne la proportion de femme sans emploi, on observe de nouveau une corrélation significative mais faible (coefficient de Spearman égal à 0.131 avec p=0.006) : au plus la proportion de femmes sans emploi est haute, au plus le taux de participation est élevé.

Ceci confirme donc les constatations des auteurs du rapport de l'IMA : le programme semble toucher préférentiellement les femmes des quartiers défavorisés.

7. Revue d'autres données disponibles sur le dépistage du cancer du sein

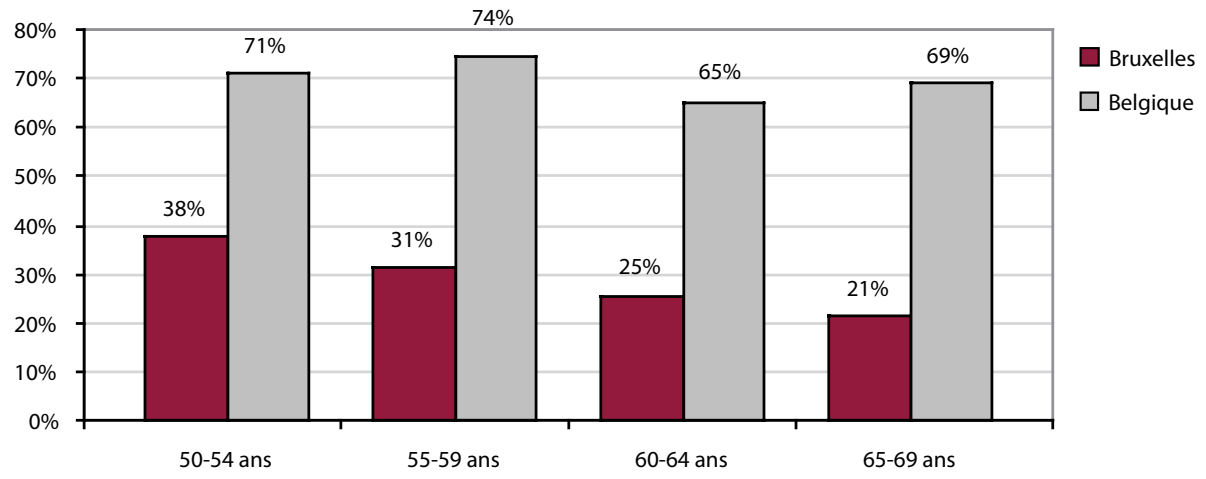
Dans cette partie du rapport, nous utilisons d'autres sources que celles de Brumammo, ce qui nous permet d'éclairer le contexte du programme.
Nous résumons des données publiées dans des rapports concernant la Belgique comme l'Enquête de Santé par interview, réalisée tous les 4 ans par l'Institut scientifique de Santé Publique ou les rapports annuels sur le dépistage du cancer du sein de l'Agence Inter-mutualiste reprenant les données de facturation et de population de l'ensemble des organismes assureurs belges.

7.1 Enquête de Santé

L'Enquête de Santé permet de suivre l'évolution du dépistage du cancer du sein au cours du temps, et ce en fonction de différents paramètres socio-économiques non disponibles dans les données de routine. Cependant, elle surestime sans doute les taux de couverture de mammographie car elle se base sur la déclaration des femmes, ce qui peut donner lieu à des biais de mémoire (pense avoir fait une mammographie dans les deux ans alors que date réelle antérieure) et des biais de culpabilité (dit avoir passé une mammographie alors que non effectuée).

Le pourcentage de femmes déclarant avoir reçu une lettre d'invitation au cours des deux années précédant l'enquête, et ce pour toutes les tranches d'âge concernées par le programme, est nettement plus faible en région bruxelloise (30 %) que dans l'ensemble du pays (70 %). L'incomplétude de la base de données de population (voir plus loin) ne peut expliquer à elle seule ce très faible pourcentage.
Le fait que ce pourcentage diminue avec l'âge est également interpelant.
Dans cette enquête, on ne peut distinguer une lettre d'invitation provenant du programme organisé d'une lettre qui proviendrait par exemple d'un médecin traitant ou d'un centre de prévention. D'autre part il s'agit bien de femmes se souvenant avoir reçu une invitation, ce qui suppose à la fois l'envoi d'une invitation et la reconnaissance/compréhension par les femmes de cette invitation. La faible proportion de femmes déclarant avoir reçu une invitation en région bruxelloise concorde bien avec les informations qualitatives recueillies tant auprès des femmes que des médecins.

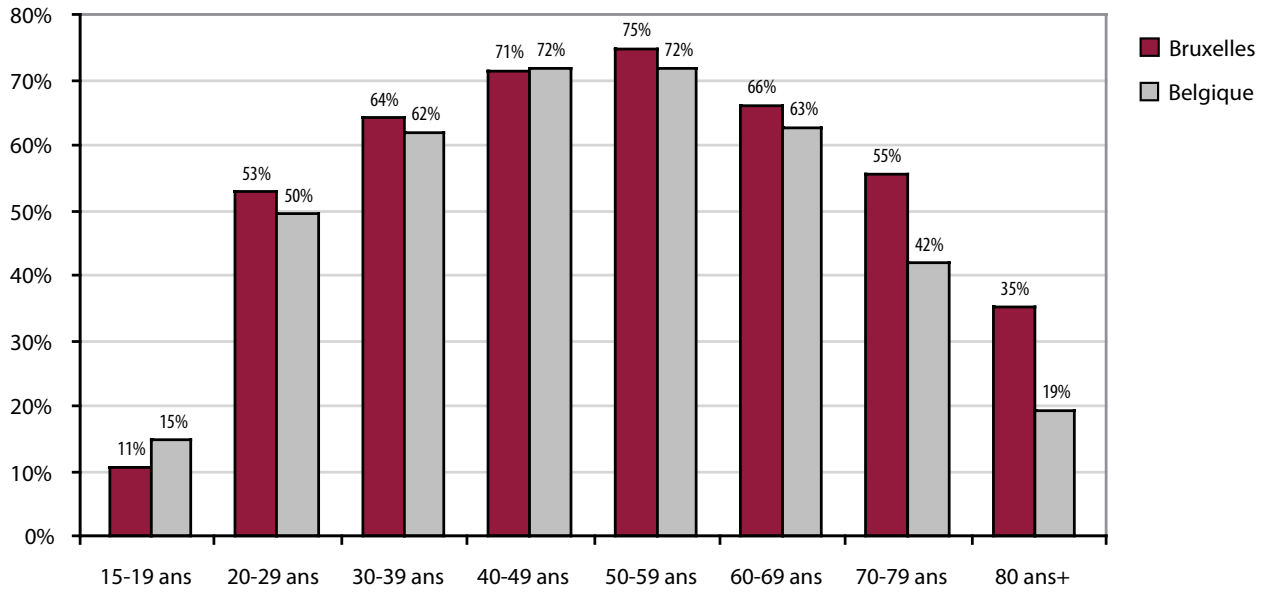
Figure 7.1 **Pourcentage de femme ayant reçu une lettre d'invitation pour une mammographie au cours des deux dernières années, 2004**



Source : Enquête de santé, ISP, 2004

La faible proportion de femmes déclarant avoir reçu une invitation en région bruxelloise ne semble cependant pas pénaliser les femmes bruxelloises en termes de suivi préventif. Ainsi, 59 % des bruxelloise de plus de 15 ans ont bénéficié d'un examen clinique des seins au cours des 2 dernières années (pas de différence entre les régions). Cette proportion est maximale entre 50 et 59 ans et diminue ensuite avec l'âge, ce qui révèle un moindre suivi gynécologique des femmes plus âgées.

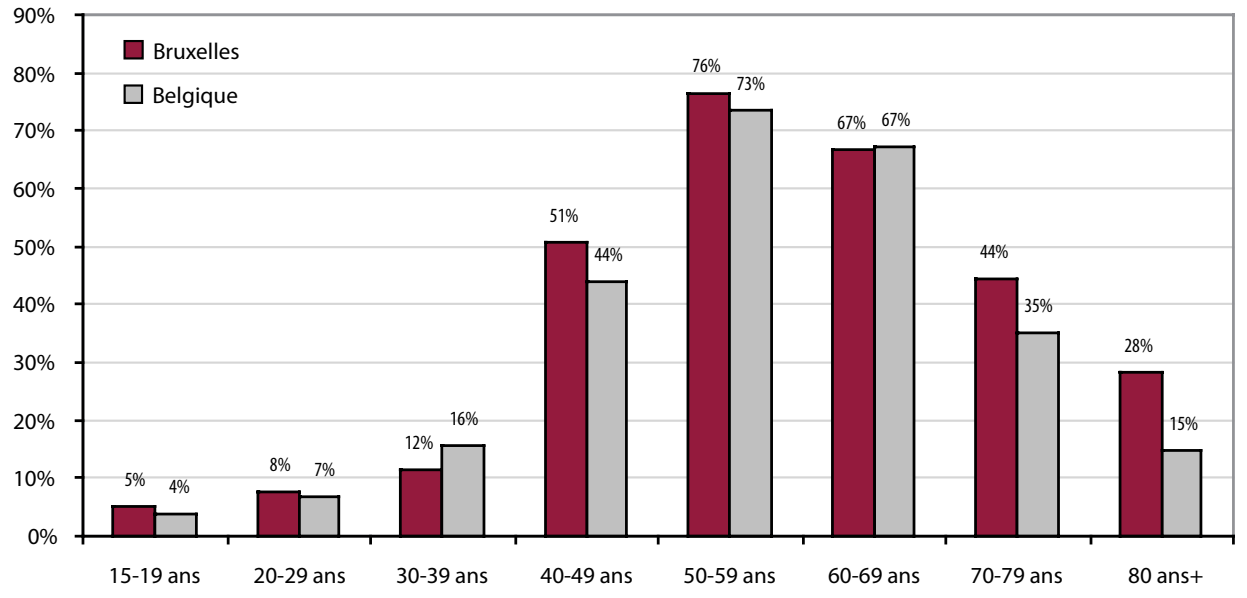
Figure 7.2 **Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'un examen clinique des seins au cours des deux dernières années, 2004**



Source : Enquête de santé, ISP, 2004

Les bruxelloises présentent la même proportion de femmes ayant bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années que les autres régions [64].
Les tranches d'âge les mieux couvertes par la mammographie sont celles concernées par le programme de dépistage organisé (72 % de couverture pour les 50 à 69 ans) mais on peut constater que 51 % des 40-49 ans et 44 % des 70-79 ans ont bénéficié d'une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête, ce qui reflète l'importance des mammographies «hors programme», et ce, particulièrement en région bruxelloise.

Figure 7.3 **Pourcentage de femmes ayant bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années, 2004**

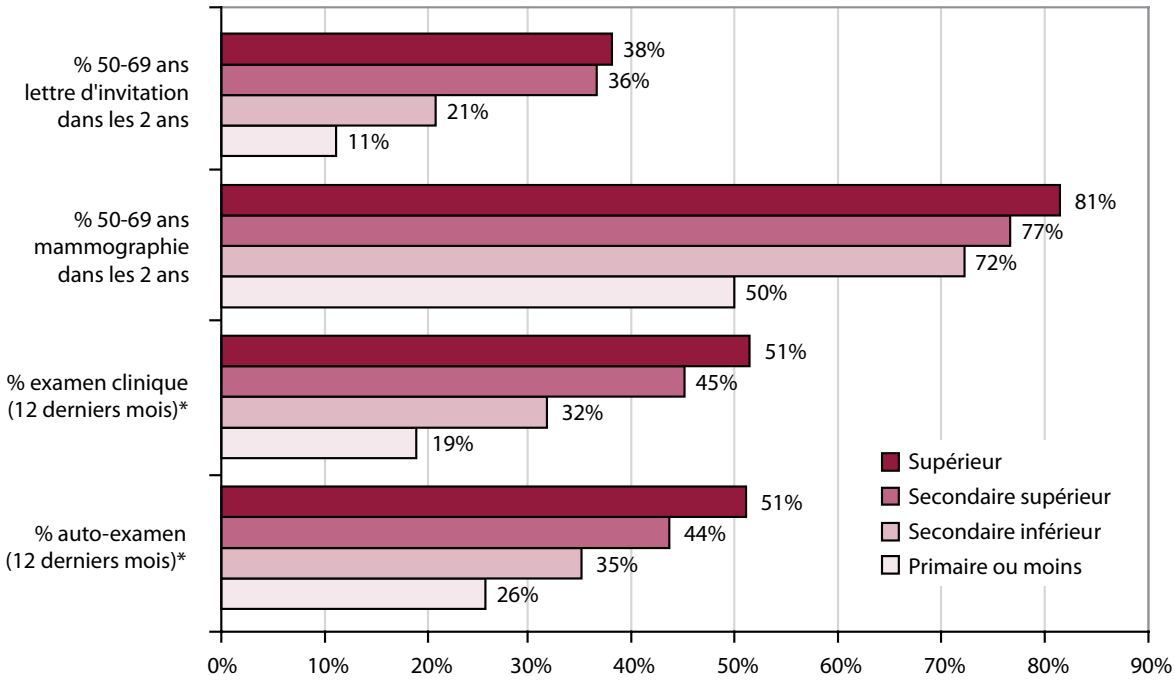


Source : Enquête de santé, ISP, 2004

64 *Les questions posées étaient les suivantes : Quand avez-vous passé une mammographie pour la dernière fois ? (avec un choix de plusieurs périodes) En quelle année avez-vous passé cette mammographie ? On ne peut donc distinguer ici mammographie de dépistage et mammographie diagnostique, dépistage organisé et dépistage hors programme.*

Enfin, et ceci est vrai pour la prévention en général, on observe des inégalités sociales très marquées face au dépistage du cancer du sein. Entre 50 et 69 ans, la chance de bénéficier de ce dépistage augmente fortement avec le niveau d'instruction : 50 % des femmes avec un niveau d'études primaire ont bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années pour 81 % des femmes ayant un niveau d'études supérieur. Il est intéressant de noter que ceci se vérifie en Wallonie mais non en Flandre.

Figure 7.4 **Pratique de dépistage du cancer du sein en fonction du niveau d'instruction, Région de Bruxelles-Capitale, Enquête santé 2004**



**Après contrôle pour l'âge (régression logistique)*
Source : Enquête de santé, ISP, 2004

7.2 Rapports de l'Agence Intermutualiste

Les rapports de l'Agence Intermutualiste [65] sont intéressants à plus d'un titre : ils sont basés sur les données de remboursement de l'ensemble des organismes assureurs, ce qui leur confère une certaine exhaustivité et ils permettent de faire des comparaisons entre les trois régions du pays. L'utilisation des codes de nomenclature permet de faire la différence entre les mammographies «hors programme» (de dépistage ou diagnostique) et les mammotests, donnant une idée de la perméabilité des programmes. De plus ces données individuelles permettent d'analyser un parcours de soins, même si elles sont présentées ici de façon agrégées. Enfin elles contiennent des données sociodémographiques sur la population cible : lieu de résidence, âge et régime de remboursement.
Par contre les données ne sont disponibles qu'avec un an de retard, ne contiennent aucune information médicale (telle que la plainte ayant motivé l'examen, le résultat d'un examen ou le diagnostic) et les périodes choisies ne correspondent pas toujours avec la période de réalisation du «premier tour» en région bruxelloise.

Ces rapports estiment que la majorité des mammographies réalisées en ambulatoire dans la filière hors programme sont des mammographies de dépistage et non des mammographies diagnostiques [66].
En 2003-2004, la couverture totale [67] s'élève à 51 % en région bruxelloise (47 % en 2000-2001) dont 5,4 % de couverture en mammotest. En 2003, 7,2 % des mammographies à Bruxelles sont des mammotests alors qu'en Flandre, 54 % des mammographies sont des mammotests. En Flandre la couverture totale est passée de 40 % (2000-2001) à 56 % en 2003-2004 ; les mammotests se sont, au fil du temps, non seulement rajoutés aux mammographies «hors programme» mais s'y sont également substitués en partie.
Le lent démarrage du programme à Bruxelles (observé également en Wallonie) est probablement en partie imputable à une couverture élevée préexistante en dépistage «hors programme».

Si le dépistage hors programme touchait essentiellement les femmes les plus jeunes à l'intérieur de la tranche d'âge 50-69 ans, on constate que le programme organisé atteint de la même façon toutes les tranches d'âge, ce qui résulte en une augmentation plus importante chez les femmes de 65 à 69 ans (dont plus de «nouvelles» femmes).

Le fait de bénéficier ou non de l'intervention majorée [68] peut-être utilisé comme un «proxy» du statut social. En Belgique, on observe que les femmes bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) recourent moins au dépistage «hors programme» que les autres femmes : 24 % de couverture pour les femmes BIM versus 33 % pour les femmes non BIM (2003-2004). Dans le programme organisé, les différences de couverture entre les catégories BIM et «non BIM» sont plus réduites (21 % versus 25 % pour la période 2003-2004).
Cependant la faible part du dépistage organisé dans l'ensemble des mammographies ne permet pas de réduire significativement les différences de couverture entre BIM et non BIM d'une période à l'autre.
Le programme organisé semble donc favoriser la participation des femmes plus âgées et moins favorisées chez qui la couverture préexistante était faible.

Le pourcentage d'examens mammographiques suivis d'un examen complémentaire [69] a augmenté entre 2001 et 2004 dans les deux filières et on observe qu'en 2004, 81 % des mammographies «hors programme» et 9 % des mammotests sont suivis d'examens complémentaires en région bruxelloise (respectivement 81 % et 7,9 % des mammographies sont suivies d'échographies la même année).
Ceci appelle plusieurs commentaires.

65 *Voir références bibliographiques 11 et 12.*

66 *Le fait que peu de ces mammographies soient suivies d'une ponction ou d'une biopsie (4,6 % en 2004 en région bruxelloise) renforcent les auteurs dans cette hypothèse.*

67 *La couverture totale mesure le nombre de femmes de la population étudiée qui ont bénéficié d'au moins une mammographie diagnostique ou un mammotest pendant la période étudiée de deux ans, divisé par le nombre de femmes éligibles (femmes de 50 à 69 ans affiliées à une mutuelle) chaque année de la période (2003 et 2004) et encore en vie à l'issue de la période.*

68 *Les affiliés dans une situation économique précaire bénéficient d'une intervention majorée de l'Assurance maladie Invalidité c'est-à-dire d'un remboursement des soins plus important ; en région bruxelloise, pour la période 2003-2004, 23 % des femmes de 50 à 69 ans étudiées dans le rapport AIM bénéficient de l'intervention majorée. (Source AIM)*

69 *Il peut s'agir d'examens de mammographie diagnostique, d'échographies et/ou d'IRM effectuées dans un délai de 3 mois après l'examen mammographique.*

Il existe une grande différence entre les pourcentages d'examens suivis d'une échographie pour les deux filières. Il est vrai que la filière «hors programme» comporte probablement plus de femmes à risque que la filière du dépistage organisé et également plus de femmes jeunes ayant potentiellement des seins denses. Cependant, le taux élevé d'échographies dans la filière «hors programme» suggère un caractère systématique de la prescription de l'échographie.
Par ailleurs, le fait que ces taux ne cessent d'augmenter prouve que les recommandations concernant l'absence d'utilité prouvée de l'échographie systématique ne sont pas entendues.

En ce qui concerne le délai, si la majorité des échographies sont réalisées le jour même lorsqu'elles suivent une mammographie «hors programme», le délai médian est de 49 jours en ce qui concerne les échographies suivant un mammotest[70]. Ce délai est calculé sur l'ensemble des femmes ayant passé un mammotest en 2004 et on n'indique pas dans ce rapport le délai observé chez des femmes ayant présenté une anomalie manifeste lors du mammotest.

70 *Dans le programme de dépistage organisé, la nomenclature interdit de facturer un examen complémentaire le jour du mammotest.*

8. Conclusions

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en Belgique (plus d'un 1/3 des cas de cancers féminins). Il représente également la première cause de décès par cancer chez la femme (19,3% des décès par cancer, 4,3 % de l'ensemble des décès).
C'est donc un important problème de santé publique et il existe un consensus quant à l'intérêt d'organiser un dépistage systématique par mammotest des femmes entre 50 et 69 ans.

En Région Bruxelloise le programme de dépistage organisé du cancer du sein a démarré en juin 2002 avec un centre de référence (Brumammo) et 32 unités radiologiques provisoirement agréées. Ce programme est né dans un contexte général de pratique de dépistage «hors programme» très répandu.
Ce dépistage couvrait environ 50 % de la population cible mais de façon très inégale selon l'âge des femmes et leur origine sociale. Un des défis du programme était donc d'augmenter la couverture des populations non couvertes. Les premiers résultats suggèrent que le programme atteint mieux les femmes plus âgées et moins favorisées que les dépistages «hors programme» et a donc un potentiel important en termes de réduction des écarts.

Les indicateurs de résultat ne sont pas tous disponibles mais ceux qui ont pu être calculés sont dans les normes européennes : le taux de rappel (mammotest avec anomalie suspecte) est de 5,3 % (sans compter les 7,2 % de femmes pour lesquelles une échographie est demandée pour seins denses) et on estime le taux de détection (% de cancer parmi les femmes dépistées) à 9,0 pour 1000.

Lors de la mise en place du programme, il a fallu surmonter de très nombreux problèmes techniques et d'organisation qui ont eu une répercussion sur les résultats du premier round d'invitations. Ceux-ci sont maintenant résolus. Un des problèmes persistants est le délai d'obtention du résultat par la femme : si les délais liés au centre de référence se sont bien améliorés, il reste une réflexion à mener avec tous les acteurs quant au circuit d'information de la femme.

Un des défis pour le prochain round sera d'augmenter le taux de participation des femmes ; si le programme a bien joué son rôle en permettant à des femmes plus âgées et moins favorisées d'accéder au dépistage, les taux de participation restent faibles. La participation des médecins est certainement un des moteurs essentiels du programme et la (légère) tendance à une moindre implication en 2005 impose de discuter avec tous les acteurs des facteurs nécessaires à une plus grande mobilisation.

En conclusion, si le programme a bien démarré en région bruxelloise, les résultats en termes de participation restent en deçà des attentes pour le round 2003-2004.
L'obtention d'une liste exhaustive de la population cible, un dialogue accru entre professionnels de santé et décideurs politiques, l'augmentation de l'adhésion des médecins et de la compréhension des femmes ainsi que le strict contrôle du fonctionnement du programme sont certainement les points clés de l'amélioration du programme organisé de dépistage du cancer du sein en région bruxelloise.

9. Sources

1. Le dépistage organisé du cancer du sein. Questions et priorités pour un nouvel élan. Colloque national du 28/09/2005, Institut National du Cancer, Paris.
2. Les cancers du sein chez la femme. La Revue Prescrire, octobre 2003/Tome 23 N°243, 680-687.
3. Dépister les cancers du sein sans mammographie ? La Revue Prescrire, avril 2006/ Tome 26 N°271, 286-289.
4. Mammographie et dépistage des cancers du sein. La revue Prescrire, mai 2006/Tome 26 N° 272, 348- 374.
5. Paulus D, Mambourg F, Bonneux L. Dépistage du cancer du sein. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des soins de Santé (KCE). 2005 avril. KCE Reports vol.11B. Ref D/2005/10.273/06. http ://www.centredexpertise.fgov.be
6. Z-Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth Edition, 2006, European Communities.
7. Puddu M, Tafforeau J. Opportunité du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans. Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. IPH/EPI Reports Nr. 2005-0001. http ://www.iph.fgov.be
8. Brumammo ASBL, Rapport d'activités 2004. Mars 2005.
9. Brumammo ASBL, Rapport d'activités 2005. Juin 2006.
10. Evaluation Breast Cancer screening programme, working document. Scientific Institute of Public Health, 2005.
11. Programme de Dépistage du cancer du Sein. Période 2000-2001 et 2002-2003. Rapport nr.3 de l'Agence Intermutualiste, Juin 2005.
12. Programme de Dépistage du cancer du Sein. Période 2001-2002 et 2003-2004. Rapport nr.4 de l'Agence Intermutualiste, Septembre 2006.
13. Séradour B. Le dépistage du cancer du sein, Un enjeu de Santé publique. Springer, Paris, 2004.
14. Vlaams bevolkingsonderzoek naar borstkanker. 2005. Ministerie Vlaamse Gemeenschap.
15. Otto SJ, Fracheboud J, Looman CW, Broeders MJ, Boer R, Hendriks JH *et al.* Initiation of population-based mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality : a systematic review. Lancet 361[9367], 1411-1417. 26-4-2003.
16. Tabar L, Yen MF, Vitak B, Chen HH, Smith RA, Duffy SW. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients : 20-year follow-up before and after introduction of screening. Lancet 361[9367], 1405-1410. 26-4-2003.
17. Les effets indésirables des mammographies de dépistage des cancers du sein. La Revue Prescrire, Avril 2006/Tome 26 N°271, 269-275.
18. Pièges et difficultés de l'évaluation des dépistages des cancers : l'exemple des cancers du sein. La Revue Prescrire, Avril 2006/Tome 26 N°271, 304-310.
19. Bayingana K, Demarest S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ, Tafforeau J, Van der Heyden J. Enquête de Santé par Interview. Belgique, 2004. REF : D/2006/2505/3, 2006.
20. Feedback Borstkankerscreening Huisartsen, Opleiding animatoren LOG-groepen Gynaecologie en Radiologie. Brussel, 18-05-2006.
21. Draaiboek. Vlaams Bevolkingonderzoek naar borstkanker, 16-12-05.

10. Glossaire

Bilan sénologique :
examen pratiqué dans le cadre de la mise au point d'une anomalie clinique ou d'un mammotest présentant une anomalie.

BIM (Bénéficiaire de l'intervention majorée) :
certaines catégories de la population bénéficient d'une intervention majorée pour les soins de santé (absence ou réduction du ticket modérateur) sous certaines conditions de revenu.

Cancer d'intervalle :
diagnostic d'un cancer du sein chez une femme qui a passé un mammotest déclaré négatif dans les conditions suivantes : diagnostic avant l'invitation suivante au mammotest, diagnostic dans une période deux ans chez une femme qui a atteint l'âge limite supérieur pour le dépistage (c'est-à-dire 69 ans).

Dépistage «hors programme» :
dépistage qui a lieu en dehors d'un programme organisé.

Dépistage initial :
premier examen de dépistage dans le cadre du programme pour une femme donnée, indépendamment du tour (round) de dépistage au cours duquel ce dépistage est effectué.

Femmes cibles :
femmes âgées de 50 à 69 ans inscrites au registre national.

Femmes éligibles :
femmes cibles inscrites à l'assurance obligatoire maladie invalidité.

Femmes invitées :
femme à qui une lettre d'invitation a été envoyée.

Femmes participantes :
femmes qui ont passé le mammotest, suite à une invitation ou à la prescription d'un médecin.

Mammographie diagnostique :
mammographie réalisée soit en dehors du programme de dépistage dans le cadre de la mise au point d'un symptôme ou d'une anomalie clinique, soit dans le cadre du programme pour la mise au point d'une anomalie détectée par le mammotest.

Mammotest :
examen radiologique de chaque sein sous deux incidences (= mammographie) réalisé dans le cadre du programme organisé de dépistage du cancer du sein.

Mammotest négatif :
examen ne présentant pas d'anomalie.

Mammotest positif :
examen qui présente une anomalie devant conduire à une investigation complémentaire destinée à poser ou exclure un diagnostic de cancer.

Médecin référent :
médecin ayant prescrit le mammotest ou médecin désigné par la patiente pour recevoir les résultats du mammotest et en assurer le suivi.

Premier tour (first round) :
première période (ici 2 années) pendant laquelle l'ensemble de la population cible est invitée.

Radiologue premier lecteur :
radiologue qui exerce dans une unité de mammographie agréée.

Radiologue deuxième lecteur :
radiologue premier lecteur chargé d'effectuer la deuxième lecture au centre de référence et d'évaluer de façon continue la qualité médico-radiologique des mammotests.

Radiologue troisième lecteur :
radiologue deuxième lecteur chargé de la troisième lecture des mammotests en cas de divergence d'opinion entre le premier et le deuxième lecteur.

Revenu brut médian :
revenu brut pour lequel il y a autant de ménages ayant un revenu inférieur que de ménages ayant un revenu supérieur (revenu se situant au milieu de la distribution des revenus classés par ordre de grandeur).

Taux de détection :
nombre de cancers confirmés détectés dans un tour de dépistage pour 1000 femmes ayant passé un mammotest.

Taux d'incidence de cancer du sein :
nombre de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués pendant une période donnée sur le nombre de personnes éligibles pendant cette même période.

Taux de participation :
nombre de femmes participantes par rapport au nombre de femmes invitées.

Taux de rappel :
nombre de femmes rappelées pour un examen complémentaire par rapport au nombre de femmes ayant passé un mammotest.

Taux de mortalité par cancer du sein :
nombre de décès par cancer du sein pour une période donnée sur le nombre de personnes à risque de décéder de cancer du sein pour cette même période.

Unité de mammographie agréée :
centre radiologique de dépistage par mammographie agréé par la Commission communautaire commune ou Communauté française ou flamande sur base d'un certificat de conformité.

Valeur prédictive positive :
probabilité pour une femme détectée positive au mammotest d'être atteinte d'un cancer du sein (le taux dépend étroitement de la prévalence du cancer du sein, avec une prévalence inférieure à 1 % on peut s'attendre à une VPP basse).

11. Repères méthodologiques

Signification statistique

Le degré de signification statistique évalue le rôle des fluctuations aléatoires (autrement dit, du hasard) dans les résultats obtenus. Plus précisément, elle évalue la probabilité, appelée «valeur de p», que le résultat obtenu survienne uniquement par le fait du hasard. En général, on utilise le seuil de 5 % pour dire que le résultat est significatif ou non. Autrement dit, une valeur de $p < 0,05$ est considérée comme significative et donc, on considère que le résultat n'est pas dû au hasard.

Standardisation

La standardisation est une méthode qui consiste à corriger les taux pour permettre les comparaisons entre des populations dont la pyramide des âges est différente. La plupart des méthodes de standardisation utilisent une moyenne pondérée de taux spécifiques dans les catégories d'âge (ici, nous ne parlerons que de l'âge, mais on peut standardiser de la même façon pour une série d'autres caractéristiques comme le sexe par exemple).
Après avoir appliqué une méthode de standardisation, on obtient des **taux de mortalité standardisés selon l'âge** (on dit aussi ajustés). Quand on compare des taux ajustés pour l'âge, les différences observées entre les taux ne peuvent être dues à des différences de structures par âge des populations. Par opposition on parle de **taux brut** pour les taux non standardisés.

Taux de mortalité

C'est le rapport, pour une période donnée, du nombre de décès dans une population donnée à l'effectif de cette population en milieu de période. Il s'exprime en nombre de décès pour 1000 habitants et par année.
Les sources sont, pour le numérateur : le fichier des décès, constitué à partir des bulletins statistiques de décès, et pour le dénominateur les effectifs de population fournis par l'Institut National de Statistique.
Le **taux de mortalité par cause** est calculé en divisant le nombre de décès liés à une cause donnée au cours de la période étudiée par le nombre de personnes dans la population en milieu de période. Il s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants.

N.B. : en pratique, la population en milieu de période est estimée en effectuant la moyenne du nombre de personnes en début et en fin d'année.

12. Annexes

12.1 Annexe 1 : Cadre juridique

Protocole d'accord du 25/10/2000 «visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie» : l'Etat fédéral s'engage à financer les honoraires médicaux et les Communautés se chargent d'organiser le dépistage selon des critères définis.

Arrêté royal du 23/05/2001 : institue un numéro de nomenclature spécifique pour la mammographie de dépistage avec remboursement intégral par l'INAMI et principe du tiers-payant.

Avenant du 30/05/2001 au protocole du 25 octobre 2000 : fixe les principes et conditions de mise en œuvre du programme de dépistage par les Communautés.

Arrêté du 19/07/2001 du Collège réuni de la Commission communautaire : fixe les conditions d'agrément des Unités de dépistage du cancer du sein.

Protocole d'accord du 22/06/2004 de collaboration entre le Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale, la Communauté flamande et la Communauté française en ce qui concerne le dépistage du cancer du sein par mammographie.

Avenant du 13/06/2005 au protocole d'accord du 25/10/2000 : Prolonge le protocole d'accord pour une durée de 5 ans à partir du 01/01/2004.

Arrêté du Collège réuni du 10/11/2005 : concerne l'agrément d'unités de mammographie disposant d'un appareil de mammographie numérique.

Arrêté ministériel du 13/12/2005 : détermine les conditions d'utilisation de la mammographie numérique pour le dépistage du cancer du sein dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Arrêté du 20/01/2006 du gouvernement de la Communauté française en matière de dépistage du cancer du sein par mammographie.

Arrêté du 9/06/2006 du Gouvernement flamand modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 2 février 2001 concernant l'agrément d'unités de mammographie et de centres de dépistage régionaux pour le dépistage du cancer du sein.

12.2 Annexe 2 : Taux de mortalité par cancer du sein pour la période 1998-2004, Bruxelles

Age	Nombre de décès	Population 1998-2004*	Taux de mortalité standardisé
0-4 ans	0	219 413,5	0
5-9 ans	0	195 641,0	0
10-14 ans	0	185 051,5	0
15-19 ans	0	185 992,5	0
20-24 ans	0	240 265,0	0
25-29 ans	3	295 399,0	1,0
30-34 ans	8	283 017,0	2,8
35-39 ans	34	258 640,0	13,1
40-44 ans	42	238 549,5	17,6
45-49 ans	94	221 896,5	42,4
50-54 ans	116	207 058,5	56,0
55-59 ans	128	176 711,0	72,4
60-64 ans	144	155 016,5	92,9
65-69 ans	171	156 827,5	109,0
70-74 ans	184	162 377,5	113,3
75-79 ans	211	157 421,0	134,0
80-84 ans	204	107 078,5	190,5
85-89 ans	167	70 216,0	237,8
90-94 ans	97	33 933,5	285,9
95 ans+	35	9 707,0	360,6
Total	1638	3 560 212,5	46,0

** Population 1998-2004 = somme des populations centre-années de 1998 à 2004.*

12.3 Annexe 3 : Nombre attendu de cancers du sein en région bruxelloise en 2005

Age	Femmes Bruxelloises en 2005*	Taux d'incidence du cancer du sein /100 000 Flandres**	Nombre attendu de cancers du sein à Bruxelles
0-4 ans	33 935	0	0
5-9 ans	28 847	0	0
10-14 ans	27 347	0	0
15-19 ans	27 502	1,5	0
20-24 ans	35 780	2,2	1
25-29 ans	44 184	14,0	6
30-34 ans	42 679	33,2	14
35-39 ans	38 160	83,2	32
40-44 ans	35 370	156,3	55
45-49 ans	32 775	267,2	88
50-54 ans	30 358	333,6	101
55-59 ans	27 847	379,0	106
60-64 ans	22 119	408,5	90
65-69 ans	20 988	374,3	79
70-74 ans	21 402	327,5	70
75-79 ans	20 616	353,5	73
80-84 ans	18 789	311,7	59
85 ans+	14 465	295,5	43
Total	523 163		816

* *Source : Registre national*

** *Source : «Cancer Incidence and Survival in Flanders 2000-2001»; Van Eycken E., De Wever N.; Flemish Cancer Registry Network*

12.4 Annexe 4 : Liste des unités de radiologie agréées

Unités agréées par la Commission communautaire commune

CH Fr. Rabelais
Site du CH César De Paepe
Rue des Alexiens 11, 1000 Bruxelles
Tél. 02/506.71.53

CHU St-Pierre
Rue Haute 322, 1000 Bruxelles
Tél. 02/535.44.86

Clinique Générale St-Jean
Rue du Marais 104, 1000 Bruxelles
Tél. 02/221.91.15

Institut Bordet
Rue Héger Bordet 1, 1000 Bruxelles
Tél. 02/541.32.68

CHIREC
Site de la Policlinique Centre Médical Europe Lambermont
Rue des Pensées 1-5, 1030 Schaerbeek
Tél. 02/240.60.60

Cliniques de l'Europe
Site de la Clinique St-Michel
Rue de Linthout 150, 1040 Etterbeek
Tél. 02/737.85.01

CHIREC
Site de la Clinique du Parc Léopold
Rue Froissart 38, 1040 Etterbeek
Tél. 02/287.51.50

Centre Privé de Radiologie
Avenue Franklin Roosevelt 127, 1050 Ixelles
Tél. 02/672.19.29

Hôpitaux IRIS Sud
Site du CH Etterbeek Ixelles
Rue J. Paquot 63, 1050 Ixelles
Tél. 02/641.46.25

Cabinet du Dr. Pierre Tréfois
Avenue Lieutenant Liedel 14,
1070 Anderlecht
Tél. 02/523.23.05
Centre de Mammographie et d'Echographie Générale
Avenue Paul Janson 28, 1070 Anderlecht
Tél. 02/521.85.39

Clinique Ste-Anne St-Remi St-Etienne
Site de la Clinique Ste-Anne St-Remi
Boulevard Graindor 66, 1070 Anderlecht
Tél. 02/556.50.14

Hôpitaux IRIS Sud - Site du CH Bracops
Rue Dr. Huet 79, 1070 Anderlecht
Tél. 02/556.15.00

Cabinet de Radiologie des Docteurs Bersou
Boulevard Mettewie 37, Bte 6 1080
1080 Molenbeek-Saint-Jean
Tél. 02/468.20.17

CH Fr. Rabelais
Site de l'Hôpital Français Reine Elisabeth
Avenue Josse Goffin 180,
1082 Berchem-Sainte-Agathe
Tél. 02/468.04.90

Clinique de la Basilique
Rue Pangaert 37-47, 1083 Ganshoren
Tél. 02/422.42.40

Cabinet du Dr. J.-J. Borremans
Avenue de la Sauvagine 9, Bte 37
1170 Watermael-Boitsfort
Tél. 02/672.31.60

Cabinet d'Imagerie Médicale du Sein
Avenue Winston Churchill 87, Bte 6
1180 Uccle
Tél. 02/374.51.90

Brussels Senology Center
Avenue Winston Churchill 239, 1180 Uccle
Tél. 02/340.14.14

CHIREC
Site de l'Institut Médical Edith Cavell
Rue Edith Cavell 32, 1180 Uccle
Tél. 02/340.41.71

Cliniques de l'Europe
Site de la Clinique Ste-Elisabeth
Avenue De Fré 206, 1180 Uccle
Tél. 02/373.17.70

Centre Privé de Radiodiagnostic
Avenue du Prince de Ligne 116, 1180 Uccle
Tél. 02/373.99.22

Hôpitaux IRIS Sud
Site du CH Molière Longchamp
Rue Marconi 142, 1190 Forest
Tél. 02/348.54.73

Dr. Thierry Hubert
Av. Maréchal Joffre 125, 1190 Forest
Tél. 02/347.27.25

Centre d'Imagerie Médicale de l'Avenue de Broqueville
Avenue de Broqueville 249,
1200 Woluwé-Saint-Lambert
Tél. 02/770.89.40

Centre d'Imagerie Médicale du Sein
Avenue Paul Hymans 55,
1200 Woluwé-Saint-Lambert
Tél. 02/770.49.86

Policlinique du CPAS de Saint-Josse-Ten-Noode
Rue Eeckelaers 37A,
1210 Saint-Josse-Ten-Noode
Tél. 02/220.29.42

Unité agréée par la Communauté flamande

Kankerpreventiecentrum Radiologie en Medische Beeldvorming van het Accademische Ziekenhuis van de Vrije Universiteit Brussel
Laarbeeklaan 101, 1090 Jette
Tél. 02/477.53.35

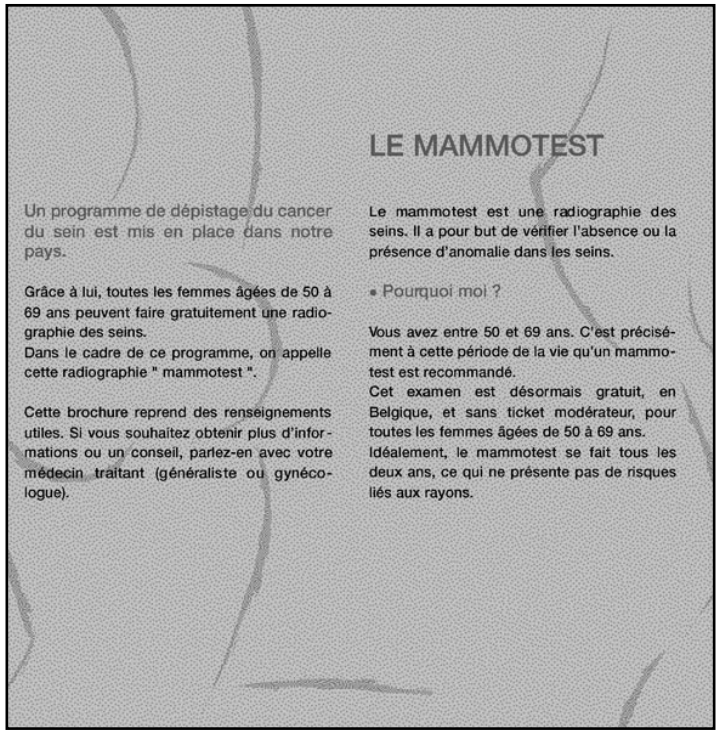
Unités agréées par la Communauté française

UCL - Unité de prévention et dépistage du cancer
Clos Chapelle aux Champs 30,
1200 Woluwé-Saint-Lambert
Tél. 02/764.30.35

Hôpital Erasme Université Libre de Bruxelles
Route de Lennik 808, 1070 Anderlecht
Tél. 02/555.46.31

Polyclinique du Lothier (Hôpital Erasme)
Quai aux Pierres de Taille 16, 1000 Bruxelles
Tél. 02/221.87.10

12.5 Annexe 5 : Brochure d'information



• A quoi sert le mammotest ?

Le mammotest permet de détecter une ou des anomalies dans les seins.
De nos jours, une femme sur douze est atteinte, au cours de sa vie, d'un cancer du sein, généralement après 50 ans. Beaucoup de ces cancers pourraient être guéris s'ils étaient traités au début de leur développement. Le mammotest permet ce diagnostic précoce et augmente ainsi les chances de guérison.

• Comment se passe le mammotest ?

Il s'agit d'une radiographie de vos seins. L'examen dure 10 minutes environ.
Vous devrez vous déshabiller jusqu'à la ceinture. Pour obtenir des radiographies de bonne qualité, les seins doivent être comprimés sur la plaque. Cette compression est désagréable, mais non douloureuse.

• Quels sont les résultats possibles du mammotest ?

La plupart du temps, le résultat est normal: il n'y a pas d'anomalie (les médecins disent que l'examen est "négatif").
On attend deux ans pour refaire un nouveau mammotest.
Si vous constatez une anomalie entre deux mammotests, consultez sans tarder votre médecin traitant.

Parfois, le mammotest détecte une anomalie (les médecins disent que l'examen est "positif").
D'autres examens doivent alors être réalisés.
Le plus souvent (9 fois sur 10), l'anomalie découverte est sans gravité.

Parfois, il s'agit d'une lésion cancéreuse débutante. Un traitement doit alors être entrepris sans tarder.

EN PRATIQUE

• Quand faire un mammotest ?

Vous avez reçu (ou vous recevrez prochainement) une lettre d'invitation à passer un mammotest gratuitement. Cette lettre suffit pour vous présenter dans une unité de mammographie agréée pour le mammotest.
Votre médecin peut également vous remettre une prescription pour un mammotest. Dans ce cas, vous n'avez pas besoin de lettre d'invitation.

• Où se rendre pour faire un mammotest ?

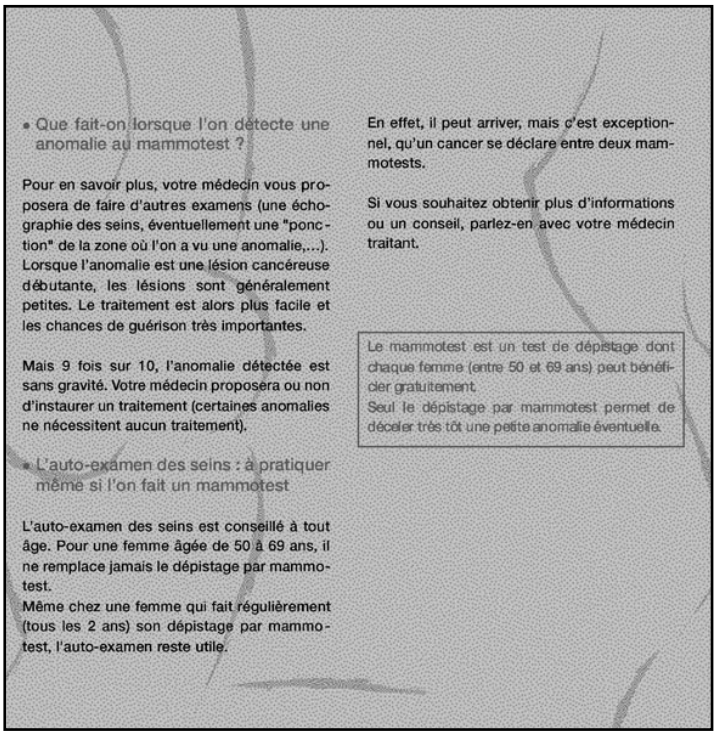
Seules certaines unités ont été agréées pour effectuer les mammotests. Ces unités doivent respecter des normes de qualité (appareils, lecture des radiographies par deux médecins différents, etc).
L'examen est gratuit si vous le faites dans une des unités de mammographie agréées.

Vous en trouverez la liste jointe à votre lettre d'invitation ou auprès du centre de coordination de la Région de Bruxelles-Capitale :

Brumammo asbl
(Centre bruxellois de coordination pour le dépistage du cancer du sein)
479 chaussée de Louvain, 1030 Bruxelles.
Tél. : 02 736 19 84 fax : 02 742 21 33
e-mail : brumammo@skynet.be
http://users.skynet.be/brumammo

• Les résultats : comment et quand les obtenir ?

L'unité de mammographie agréée pour le mammotest transmettra, dans les 3 semaines, les résultats au médecin (généraliste et/ou gynécologue) de votre choix. Vous pourrez alors contacter ce médecin.



• Que fait-on lorsque l'on détecte une anomalie au mammotest ?

Pour en savoir plus, votre médecin vous proposera de faire d'autres examens (une échographie des seins, éventuellement une "ponction" de la zone où l'on a vu une anomalie,...). Lorsque l'anomalie est une lésion cancéreuse débutante, les lésions sont généralement petites. Le traitement est alors plus facile et les chances de guérison très importantes.

Mais 9 fois sur 10, l'anomalie détectée est sans gravité. Votre médecin proposera ou non d'instaurer un traitement (certaines anomalies ne nécessitent aucun traitement).

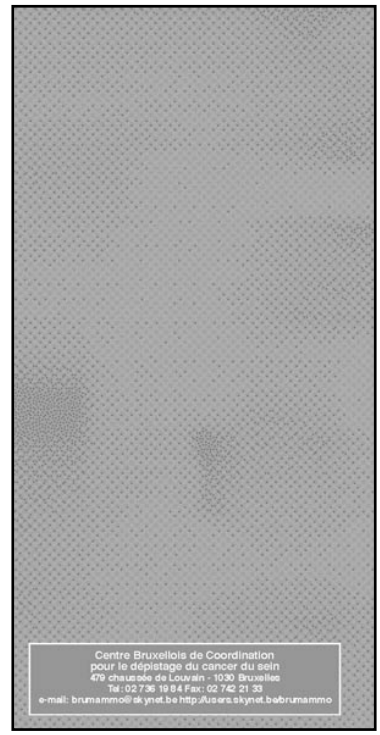
• L'auto-examen des seins : à pratiquer même si l'on fait un mammotest

L'auto-examen des seins est conseillé à tout âge. Pour une femme âgée de 50 à 69 ans, il ne remplace jamais le dépistage par mammotest.
Même chez une femme qui fait régulièrement (tous les 2 ans) son dépistage par mammotest, l'auto-examen reste utile.

En effet, il peut arriver, mais c'est exceptionnel, qu'un cancer se déclare entre deux mammotests.

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations ou un conseil, parlez-en avec votre médecin traitant.

Le mammotest est un test de dépistage dont chaque femme (entre 50 et 69 ans) peut bénéficier gratuitement.
Seul le dépistage par mammotest permet de déceler très tôt une petite anomalie éventuelle.



12.6 Annexe 6 : Planning d'invitation

Planning des invitations au Mammotest

Planning des invitations au Mammotest (2005-2006)

2005

Si vous êtes née en 1936, un jour pair ou impair, vous serez invitée dans le début de l'année 2005

Si vous êtes née entre 1937 et 1955, un jour impair, vous serez invitée en 2005, dans le courant du mois de naissance

Si vous êtes née en 1955, un jour ou un mois non précisé, vous serez invitée au cours de l'année 2005

2006

Si vous êtes née en 1937, un jour pair ou impair, vous serez invitée dans le début de l'année 2006

Si vous êtes née entre 1938 et 1956, un jour pair, vous serez invitée en 2006, dans le courant du mois de naissance

Si vous êtes née en 1956, un jour ou un mois non précisé, vous serez invitée au cours de l'année 2006.

12.7 Annexe 7 : Lettre d'invitation

Centre Bruxellois de Coordination
pour le Dépistage du Cancer du Sein

Brussels Coördinatiecentrum
voor Borstkankeropsporing

Mme/Mevr. XXX XXX XXXXXX
X /XX
X /XX
1030 SCHAERBEEK-SCHAARBEEK

Lettre d'invitation au Mammotest
(voir verso)

Vitnodigingsbrief voor de Mammotest
(zie verso)

Avec le soutien de / Met de steun van

Commission communautaire commune
Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie

Communauté française

Vlaamse Gemeenschap

Attention : si vous êtes suivie pour un cancer du sein, ou si vous portez des prothèses mammaires, cette invitation ne vous concerne pas. Parlez-en à votre médecin traitant.

Madame,

Vous avez entre 50 et 69 ans. Le Programme de dépistage du cancer du sein vous propose de bénéficier tous les 2 ans d'une radiographie gratuite des seins appelée ***Mammotest***. Le ***Mammotest*** augmente fortement les chances de détecter un cancer à ses débuts. Le traitement d'un cancer du sein identifié tôt est plus efficace et les chances de guérison sont bien meilleures. Si vous n'avez pas effectué de ***Mammotest*** depuis 2 ans, nous vous invitons à prendre rendez-vous dans une des unités de mammographie dont vous trouverez la liste en annexe.

Lors de la prise de rendez-vous, mentionnez explicitement que l'examen demandé est le ***Mammotest***.
Le jour du rendez-vous, n'oubliez pas de vous munir de cette **invitation**, de votre carte **SIS**, de deux **vignettes** de mutuelle, des **nom et adresse** de votre médecin généraliste et/ ou de votre gynécologue.
Apportez également les **dernières radiographies** de vos seins, si vous les possédez.

Bien que cette invitation n'ait pas de date limite, nous vous recommandons de procéder au ***Mammotest*** dés à présent.

Une question ? Le dépliant ci-joint pourra probablement vous apporter une réponse. Dans le cas contraire, n'hésitez pas à contacter votre médecin traitant ou le Centre Bruxellois de Coordination pour le dépistage du cancer du sein / Brumammo asbl 02 736 19 84, tous les jours de 9h00 à 12h30.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

Prof. Dr. A-R. Grivegnée
Président

Let op : indien u behandeld wordt voor borstkanker of indien u een borstprothese hebt, dan geldt deze uitnodiging niet voor u. Spreek erover met uw behandelend geneesheer.

Mevrouw,

Bent u tussen 50 en 69 jaar oud, dan biedt het Programma voor Borstkankeropsporing u de mogelijkheid om gratis om de 2 jaar een radiografisch borstonderzoek of Mammotest te laten uitvoeren. Dankzij de ***Mammotest*** kan een kanker in een vroeg stadium herkend worden. Een kanker die vroegtijdig herkend wordt kan efficiënter behandeld worden en de kans op genezing neemt toe. Indien u de voorbije 2 jaar geen ***Mammotest*** liet uitvoeren, dan nodigen wij u uit om een afspraak te maken in een erkende mammografische eenheid (zie de bijgevoegde lijst).

Wanneer u een afspraak maakt, meldt dan duidelijk dat u een ***Mammotest*** wenst.
De dag van het onderzoek moet u **deze uitnodiging meebrengen,** uw **SIS-kaart** , twee **stickers** van uw ziekenfonds, de **naam en het adres** van uw huisarts of uw gynaecoloog/oge.
Breng ook de laatste **mammografieën** mee, indien u er hebt.

Deze uitnodiging blijft onbeperkt geldig. Toch raden wij u aan voor uw gezondheid om spoedig een ***Mammotest*** te laten uitvoeren.

Hebt u vragen? In de bijgevoegde brochure kan u waarschijnlijk de nodige antwoorden vinden Indien niet, dan kan u steeds uw behandelende geneesheer of het Brussels Coördinatiecentrum voor Borstkankeropsporing contacteren / Brumammo vzw 02 736 19 84, alle dagen van 9u00 tot 12u30.

Met vriendelijke hoogachting,
Prof. Dr. A-R. Grivegnée
Voorzitter

12.8 Annexe 8 : Fiche de première lecture

Fiche 1ère lecture

Date du Mammotest : …./……/…….

Ambulatoire **0** ou hospitalisation **0**
Invitation **0** ou prescription **0**

A remplir par le radiologue (1er lecteur) :
Nom, prénom : :…… ……

N° Inami du 1er lecteur (cachet): …… Signature :

Identification de l'unité de mammographie :(cachet)

Accord de la patiente :
Par la présente, je marque mon accord pour l'enregistrement et le traitement de mes données médicales dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein. Je marque mon accord pour que le Centre Bruxellois de coordination de dépistage du cancer du sein recueille les résultats de mes éventuels examens de suivi auprès de mon médecin traitant et du Registre des pathologies mammaires. Le traitement des données sert à évaluer la qualité du programme de dépistage et l'améliorer. Les données seront traitées dans la plus stricte confidentialité, sous la responsabilité du médecin du centre de coordination. J'ai le droit d'accéder aux renseignements qui me concernent et de les rectifier.

Date :……
Signature précédée de la mention « pour accord » : ……
Dans quel langue souhaitez-vous recevoir vos résultats : FR NL

Qui vous a décidée à passer un mammotest : Généraliste. **0** Gynéco. **0** Amie **0** Invitation **0** Média **0** Autre **0**

Le mammotest n'est gratuit que s'il est effectué une fois tous les deux ans

1.Données administratives de la patiente: (2 vignettes de mutuelle ou remplir en imprimé SVP)

Nom et prénom :…… ……

Date de naissance(J/M/A) : ……../……../…….

Adresse :…… Code postal :…… Localité : ……

Nom de la mutuelle ou n° : ……
N° d'inscription à la mutuelle : ……

Numéro d'identification unique (**carte SIS**) : ……

Médecin généraliste (étiquette de préférence ou en imprimé).

Nom, Prénom : ……..

Adresse :……

Code postal :…… Localité :……

Médecin prescripteur (étiquette de préférence ou en imprimé).

Nom, Prénom : …… ……..

Adresse :……

Code postal :…….. Localité :……

Date de la prescription : ……../……../…….

A qui doit-on adresser le courrier : Généraliste **0** Prescripteur **0**

Technicien : oui **0** non **0** inconnu **0**

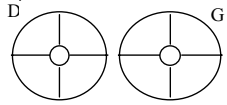
Nom et prénom : …….. …… Initiales : ……..

info@brumammo.be 1

2.Informations complémentaires utiles : (à noter par le technologue ou le radiologue)

A/ Anomalies cutanées :

	SD	SG
0 Cicatrice d'une opération antérieure	**0**	**0**
0 Naevus, Verrue	**0**	**0**
0 Autre : ……	**0**	**0**
Préciser :		



B/ Traitement hormonal substitutif : oui **0** non **0**

Antécedents : Ménopause oui **0** non **0**

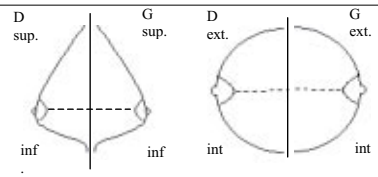
Traitement hormonal : oui **0** non **0**

Ou pilule contraceptive oui **0** non **0**

3/ Comparaison aux anciens clichés : **0** OUI (Date : ….. /….. /…….) **0** NON

0 Statu quo
0 Anomalie néoformée
0 Modification de l'anomalie

3.1/ Description des anomalies



Sein Droit :
Opacité : **0** non suspect
0 suspect : **0** flou **0** stellaire **0** distorsion
Rupture architecture **0**
Asymétrie de densité **0**

Calcifications : **0** suspecte(s) **0** non suspect

Sein Gauche :
Opacité : **0** non suspect
0 suspect : **0** flou **0** stellaire **0** distorsion
Rupture architecture **0**
Asymétrie de densité **0**

Calcifications **0** suspecte(s) **0** non suspect ⓘ

3.2/Classification pour la densité : Sein Droit : **0** Adipeux **0** mixte **0** dense

Sein Gauche : **0** Adipeux **0** mixte **0** dense

Si vous cochez, dense, souhaitez-vous rappeler la patiente pour une échographie ? oui **0** non **0** ⓘ

4/Qualité technique :

	Sein Droit	Sein Gauche
✍ Bonne :		Remarques :
✍ Mauvaise qualité :		
Problème technique, physique	**0**	**0**
Artéfact	**0**	**0**
Collimation	**0**	**0**
Flou	**0**	**0**
Visualisation de grille	**0**	**0**
Positionnement	**0**	**0**

5/Conclusion : (entourer la conclusion pour chaque sein) ⓘ

Sein Droit	**Sein Gauche**
0. Ininterprétable pour raison technique (à refaire)	**0.** Ininterprétable pour raison technique
Mammotest négatif	***Mammotest négatif***
1. Pas d'anomalie	**1.** Pas d'anomalie
2. Anomalie bénigne	**2.** Anomalie bénigne
Mammotest positif	***Mammotest positif***
3. Probablement bénin/indéterminé	**3. Probablement bénin/indéterminé**
4. Probablement malin	**4. Probablement malin**
5. Malin	**5. Malin**

6/Recommandation de suivi : (cocher d'une croix votre suggestion) ⓘ
0 Pas d'examen complémentaire
0 Bilan sénologique
0 Contrôle dans 6 mois ou **0** Contrôle dans 1 an

ⓘ **A REMPLIR IMPERATIVEMENT**

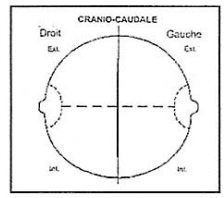
12.9 Annexe 9 : Fiche de suivi

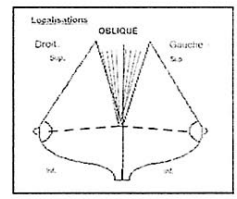
SUIVI DES MAMMOTESTS « POSITIFS »

Nom et Prénom:
Date de Naissance: Code SIS
Date du mammotest: Unité de mammographie

Description des anomalies nécessitant une investigation

	Sein Droit	Sein Gauche
Opacité	☐	☐
Microcalcifications	☐	☐
Rupture d'architecture	☐	☐
Asymétrie de densité	☐	☐





Examens réalisés

Clichés complémentaires	oui	0	non	0
Echographie	oui	0	non	0
IRM	oui	0	non	0
Cytoponction	oui	0	non	0
Histoponction	oui	0	non	0

Microbiopsie	☐ oui*	☐ non
Macrobiopsie	☐ oui*	☐ non
Biopsie chirurgicale	☐ oui*	☐ non
Sans nouvelle	☐ oui	☐ non

*** Veuillez joindre une copie du protocole histologique ou transmettre le nom du chirurgien et/ ou du pathologiste**

Résultats histologiques
(lésion la plus importante)

Normal / bénin	
Hyperplasie atypique	
Carcinome lobulaire in situ	
Carcinome canalaire in situ	
Carcinome invasif	
Sans précision	

Si carcinome invasif

Type histologique :	Microinvasif				
	Canalaire Invasif	SBR I	SBR II	SBR III	
	Lobulaire Invasif				
	Mixte				
	Autre Invasif				
	Sans précision				
Taille de la tumeur en mm (Sur pièce opératoire) :					
Aantal de ganglions axillaires analysés :					
Aantal de ganglions axillaires positifs :					
Type de traitement chirurgical :	Tumorectomie				
	Quadrantectomie				
	Mammectomie				
	Sans précision				

12.10 Annexe 10 : Caractéristique des médecins interviewés

Le profil des médecins se répartit comme suit :

- 12 médecins généralistes, ayant une patientèle de milieux sociaux économiques mixtes, hormis 2 extrêmes (patientèle plutôt favorisée et patientèle pauvre), 4 travaillant en maison médicale ou association.
- 10 gynécologues, dont 5 ayant une pratique exclusivement hospitalière, 1 ayant une pratique uniquement ambulatoire et 4 une pratique mixte.
- 10 femmes, 12 hommes.
- 15 francophones, 7 néerlandophones
- âgés de 30 à 70 ans.

Sexe	Type	Age inconnu	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	>59 ans	TOTAL
Féminin	MG	1	1	1	2		5
	GYN hosp.		1	1			2
	// privé					1	1
	// mixte	1		1			2
							= 10
Masculin	MG	2		3	2		7
	GYN hosp.		2	1			3
	// privé						0
	// mixte		1		1		2
							= 12
TOTAL		4	5	7	5	1	**= 22**

12.11 Annexe 11 : Brumammo : Membres du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale

Membres du Conseil d'Administration :

- Catherine Breucq, radiologue, représentant l'Academisch Ziekenhuis VUB
- André-Robert Grivegnée, radiologue, représentant l'Institut Jules Bordet
- Anne Vandenbroucke, radiothérapeute, représentant la Clinique Universitaire Saint-Luc
- Marlies Vos, représentant le Ministre Guy Vanhengel.

Membres de l'Assemblée Générale :

- Catherine Breucq, radiologue, représentant l'Academisch Ziekenhuis VUB
- Michèle Grégoire, représentant le Ministre Benoît Cerexhe
- André-Robert Grivegnée, radiologue, représentant l'Institut Jules Bordet
- Anne Vandenbroucke, radiothérapeute, représentant la Clinique Universitaire Saint-Luc
- Marlies Vos, représentant le Ministre Guy Vanhengel
- L'asbl Hippocrate, représentée par Myriam Provost, médecin ou par Christophe Struyve, médecin.

12.12 Annexe 12 : Base de données

1. Données prévues dans le protocole d'accord

L'annexe au protocole (concernant la transmission des données qui sont nécessaires pour l'exécution, le suivi et l'évaluation du programme de dépistage du cancer du sein par mammographie) précise que toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans qui sont inscrites auprès de l'assurance maladie-invalidité peuvent participer au programme de dépistage du cancer du sein. Elles y sont encouragées par leur médecin ou sont invitées sous la responsabilité des communautés à se présenter auprès d'une unité de mammographie agréée.
Pour procéder aux invitations il faut donc connaître les coordonnées des femmes du groupe cible.

2. Groupe de travail

Pour établir la base de données nécessaire à l'invitation du groupe-cible, un groupe de travail a été mis en place en 2001. Il était constitué de la Banque Carrefour de Sécurité Sociale (BCSS), du Collège intermutualiste national (CIN), de l'INAMI, des Organismes assureurs (OA), des communautés flamandes, françaises, germanophone et de la Commission communautaire commune (CCC) de Bruxelles. L'objectif de ce groupe était de discuter des procédures pour délimiter le groupe-cible de femmes et transmettre automatiquement les données relatives à ces femmes aux communautés, de façon à ce que celles-ci puissent inviter les femmes à participer au dépistage gratuit.

3. Procédures d'extractions des fichiers de 2001 à 2003

Dès juin 2001, un premier fichier de toutes les femmes de 49 à 69 ans inscrites dans un OA a été constitué. Les données provenaient des OA qui transmettaient les données à l'INAMI qui, après vérification des doublons, transmettait le fichier à la BCSS. La BCSS associait aux données reçues les données du registre national. Le fichier ainsi complété était renvoyé à l'INAMI qui transmettait alors les données à chaque communauté. En janvier 2002 et 2003, un nouveau fichier a chaque fois été constitué et transmis selon les mêmes procédures
Les données transmises dans ces fichiers comportaient les nom et prénoms, code INS de la commune de résidence, nom de la commune, adresse (rue, n°, CP), sexe et date de naissance. Un envoi régulier des «mutations» (décès, changement d'adresse) était prévu [71].
Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises pour évaluer le flux de données. Pour la région bruxelloise, il est apparu que le nombre de femmes reprises dans le fichier était largement inférieur au nombre attendu selon les données de population de l'INS : le nombre de femmes dont les données étaient exploitables équivalait à 61 % du groupe cible en 2002 et 67 % en 2003. Malgré les multiples demandes de la Commission communautaire commune au groupe de travail et une enquête sur un nombre limité de cas par la BCSS, l'origine de ce problème n'a pas pu être identifiée.
Le groupe de travail ne s'est plus réuni à partir de 2003 suite à des difficultés concernant le financement du travail réalisé par la BCSS. Aucun nouveau fichier n'a donc été reçu pour l'année 2004, mais les «mutations» continuaient à être envoyées. En Région de Bruxelles-Capitale, les invitations des années 2003, 2004 et 2005 ont été faites sur base du fichier 2003

71 *En Région de Bruxelles-Capitale, jusqu'en 2003, aucun logiciel ne permettait de gérer ces données. Le programme n'avait pas réellement débuté et donc les premiers fichiers (2001 et 2002) n'ont pas été utilisés pour inviter les femmes.*

et seules les mutations portant sur les décès ont été intégrées. Les femmes qui devraient entrer dans le programme parce qu'elles atteignent l'âge de 50 ans ne pouvaient être invitées, les changements d'adresse n'étaient pas intégrés. Le fichier servant de base pour les invitations était donc de moins en moins complet.
Fin 2005, le problème financier ayant été résolu, le groupe de travail s'est réuni à nouveau.
Une enquête plus approfondie a été réalisée par la BCSS et le CIN a permis enfin d'identifier l'origine du problème de l'incomplétude du fichier, à savoir un problème technique au niveau du processus d'extraction du public cible dans un OA. Ce problème a pu être rapidement réglé pour la nouvelle extraction de 2006 (voir point suivant).

4. Procédures d'extraction fichier 2006

Suite à l'évaluation du flux existant, un nouveau projet a été mis au point par le groupe de travail fin 2005.
Ce nouveau projet a démarré effectivement en 2006.
Les organismes assureurs ont délimité en janvier 2006 l'ensemble du groupe-cible inscrit dans une mutuelle. Chaque union nationale se charge de rassembler les données des femmes inscrites (numéro de registre national ou numéro BCSS [72]) dans une de leur mutuelle, à l'exception des femmes résidant à l'étranger et envoie les données au Collège intermutualiste national. Celui-ci, après élimination des doublons (femmes communiquées par plusieurs unions nationales) envoie un fichier à la BCSS. La BCSS joint à chaque numéro NISS communiqué par le CIN, la dernière adresse reprise au registre national.
Un fichier comprenant alors les données des femmes à inviter est transmis en février 2006 aux 3 communautés participantes (Communauté française, Commission communautaire commune et Communauté germanophone) [73].

Le projet prévoit que la BCSS transmet de manière régulière (un rythme hebdomadaire est prévu) les modifications qui sont intervenues concernant les femmes qui sont déjà reprises dans le fichier (décès, déménagement) mais également les données concernant des «nouvelles femmes» non encore incluses dans le fichier (par exemple les données d'une femme qui déménage et vient habiter en région bruxelloise seront transmises à la Commission communautaire commune de manière à ce que cette femme puisse être invitée également).

Il est prévu que chaque année, les OA transmettent à la BCSS les données des femmes qui ne figuraient pas encore dans le groupe cible l'année précédente (les femmes nouvellement inscrites, les femmes qui viennent d'atteindre l'âge ciblé,…). Et La BCSS transmettra aux communautés les «nouveaux dossiers». De même elle continuera à transmettre hebdomadairement les modifications intervenues pour toutes les femmes du fichier (les nouvelles et les femmes déjà inscrites).

Le nouveau fichier est utilisé par Brumammo pour inviter les femmes depuis début 2006. Et il intègre toutes les modifications de manière régulière.

Le coût de ce flux est actuellement à charge des communautés (de l'ordre de 6000 € pour la région bruxelloise pour l'année 2006 et 800 € pour 2007).

Ce nouveau projet a l'avantage que les centres de dépistages agréés (ici Brumammo) reçoivent automatiquement les données nécessaires pour contacter les femmes du groupes cible.

72 *Les données transmises par l'OA sont soit le numéro de registre national (ce numéro permet de reconnaître le sexe et la date de naissance) ou le numéro BCSS pour les femmes non inscrites dans le registre national. Le numéro BCSS est une clé d'identification attribuée par la BCSS pour les personnes inscrites dans le registre bis. Ce numéro ne permet pas de déduire automatiquement et avec certitude le sexe et la date de naissance. C'est pourquoi lorsque la date de naissance et le sexe ne sont pas disponibles auprès des OA, le registre BCSS doit être consulté.*

73 *Les autorités flamandes ne participent pas au nouveau flux de données pour le dépistage du cancer du sein initié par la BCSS. Elles utilisent une sélection des données provenant du «Verrijkt Personenregister» (VPR). Ce registre contient des données fournies par la BCSS et qui sont utilisées pour différents projets par les autorités flamandes (Vaccinnet, dépistage du cancer du sein, zorgverzekering).*

Cependant, il reste quelques problèmes non résolus qui pourraient aboutir à ce que des femmes du groupe cible soient exclues du flux de données :

- les femmes qui ne sont pas connues d'un OA (selon les calculs de la BCSS, pour 2003, 6 % des femmes bruxelloises inscrites au registre national n'étaient pas connues par un OA)
- les femmes inscrites dans un OA mais pour lesquelles celui-ci n'a pas intégré un dossier dans le répertoire des personnes de la BCSS.

D'autres problèmes peuvent survenir tels qu'une adresse incorrecte ou inconnue dans le registre national ou le registre BCSS, un retard dans l'actualisation des données du registre national (ex. décès ou déménagement pas encore enregistré).

C'est pourquoi il est essentiel de bien informer la population via d'autres moyens de communication que la lettre d'invitation. Les femmes qui, pour une raison ou pour une autre, n'auront pas été incluses dans le flux automatique pourront alors s'adresser à leur médecin ou leur mutuelle pour bénéficier des avantages du projet.
Les femmes qui sont inscrites à l'assurance maladie-invalidité belge mais ne résident pas en Belgique peuvent participer au programme de dépistage gratuit. Toutefois elles ne seront pas invitées par courrier. Elles doivent donc se présenter auprès d'une unité de dépistage agréée munie d'une prescription d'un médecin.

Les résultats de la petite enquête réalisée en 2002 par la BCSS met également en évidence des catégories de femmes qui ne bénéficient pas du programme parce que non inscrites à l'assurance maladie-invalidité alors qu'elles y auraient droit. Une campagne d'information portant sur les démarches à faire pour être réellement inscrit devrait être développée, spécifiquement orientée vers ces catégories.

12.13 Annexe 13 : Délai entre mammotest et 2ème lecture, 2003-2005

	n	%	% cumulatif
Trois 1ers jours	388	3,4	3,4
4ème jour	339	2,9	6,3
5ème jour	242	2,1	8,4
6ème jour	455	3,9	12,3
7ème jour	1029	8,9	21,2
2ème semaine	5299	45,8	67,0
3ème semaine	2158	18,7	85,7
4ème semaine	745	6,4	92,1
5ème semaine	377	3,3	95,4
6ème semaine	198	1,7	97,1
7ème semaine	110	1,0	98,0
8ème semaine	84	0,7	98,8
9ème semaine ou plus tard	142	1,2	100,0

12.14 Annexe 14 : Concordance entre 1er et 2ème lecteurs quant à la densité des seins

		Dense selon L2		Total
		non	oui, au moins un sein	
Dense selon L1	non	8093	215	8308
	oui, au moins un sein	631	480	1111
Total		8724	695	9419

Parmi les 9419 paires de lecteurs évaluables pour la concordance, on observe 91 % de paires concordantes (n=8573). Le coefficient de concordance indique une concordance modérée (kappa=0,485 ; p-valeur<0,001).

12.15 Annexe 15 : Concordance/discordance entre 1er et 2ème lecteurs quant à la présence d'anomalie, troisième lecture

Evolution dans le temps de proportion de discordance

La proportion de paires discordantes telle que nous les avons définies dans notre analyse (discordance grossière, c'est à dire résultat de la première lecture positif et de la seconde négatif, ou l'inverse) était plus importante en 2004 par rapport à 2003 (p-valeur<0,001).

Fréquence des discordances entre L1 et L2, 2003-2005			
	2003	2004	2005
Proportion de discordances	11,2 %	13,5 %	10,8 %
Nombre total de discordance	366	580	436
Nombre total de paires L1-L2	3269	4303	4026
Coefficient kappa	0,36	0,23	0,25

Fréquence des troisièmes lectures

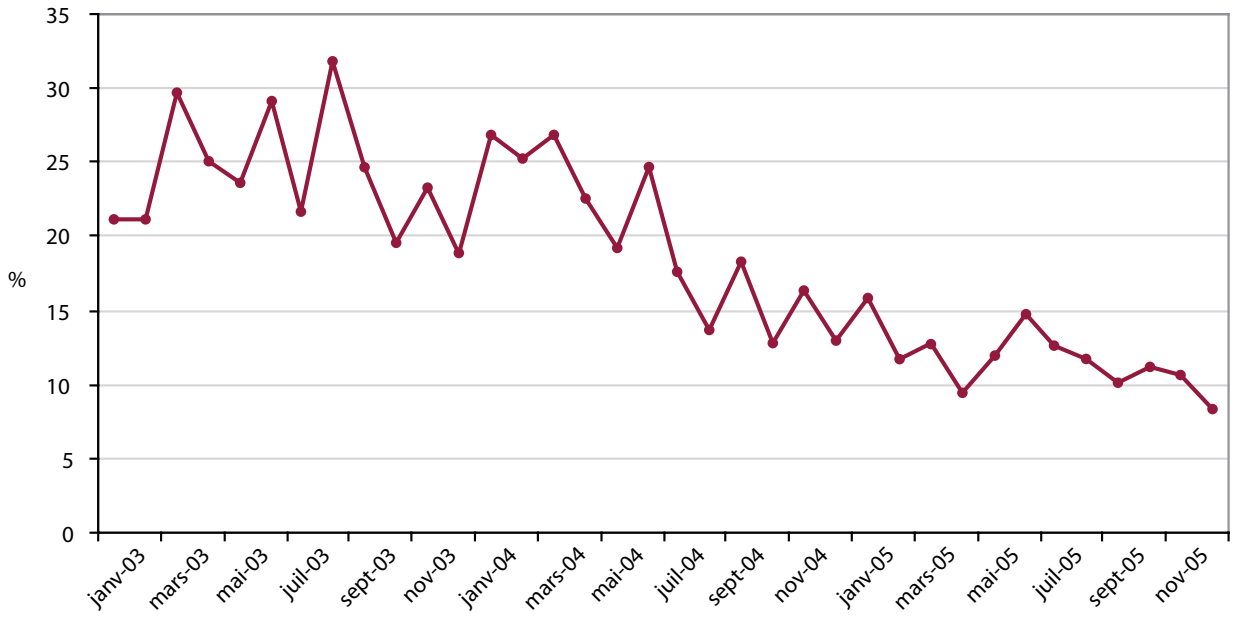
L'algorithme de décision concernant la réalisation d'une troisième lecture a été modifié à Brumammo en 2004 :
Août 2004 : «si les 2 lectures sont négatives, pas de 3ème lecture pour discordance fine».

Octobre 2004 : «ni si positif avec les mêmes conclusions et le même suivi» (voir algorithme en Annexe 16).

Avant cela, des troisièmes lectures étaient réalisées pour des discordances beaucoup plus mineures.

Ces modifications ont eu un impact important sur la proportion de réalisation de troisième lecture, qui a diminué fortement et significativement en 2005 (p-valeur=0,001).

Fréquence de la réalisation d'une L3, 2003-2005



Réalisation d'une troisième lecture en cas de discordance mineure

Parmi les 11 598 femmes pour qui on peut se prononcer, il y a 10 216 lectures concordantes (concordance grossière c'est à dire L1 et L2 positives ou L1 et L2 négatives). Parmi ces femmes avec deux lectures concordantes de façon grossière, une troisième lecture a été faite dans 7 % des cas (pour discordance mineure) (n=734).

Cette proportion a cependant évolué fortement : 14,6 % en 2003, 7,4 % en 2004 et 1,0 % en 2005 (p-valeur<0,001). Il s'agit d'une conséquence des modifications de l'algorithme.

Pour les 734 femmes avec «concordance grossière» et qui ont eu une troisième lecture, le résultat positif ou négatif est reconfirmé le plus souvent (94 % des femmes). Cependant, pour 6 % de celles-ci (n=45), le résultat n'est pas reconfirmé. Pour 40 femmes, un résultat concordant positif est finalement annoncé négatif par le troisième lecteur. Etant donné les implications potentielles, nous avons examiné ces 40 cas.

Fréquence des L3, parmi les concordances L1 et L2, 2003-2005			
Concordances L1 et L2		**n**	**%**
L3 pas faite		9 482	92,8 %
L1/L2+	L3+	148	1,4 %
L1/L2-	L3-	539	5,3 %
L1/L2-	L3+	5	0,0 %
L1/L2+	L3-	40	0,4 %
Total		10 214*	

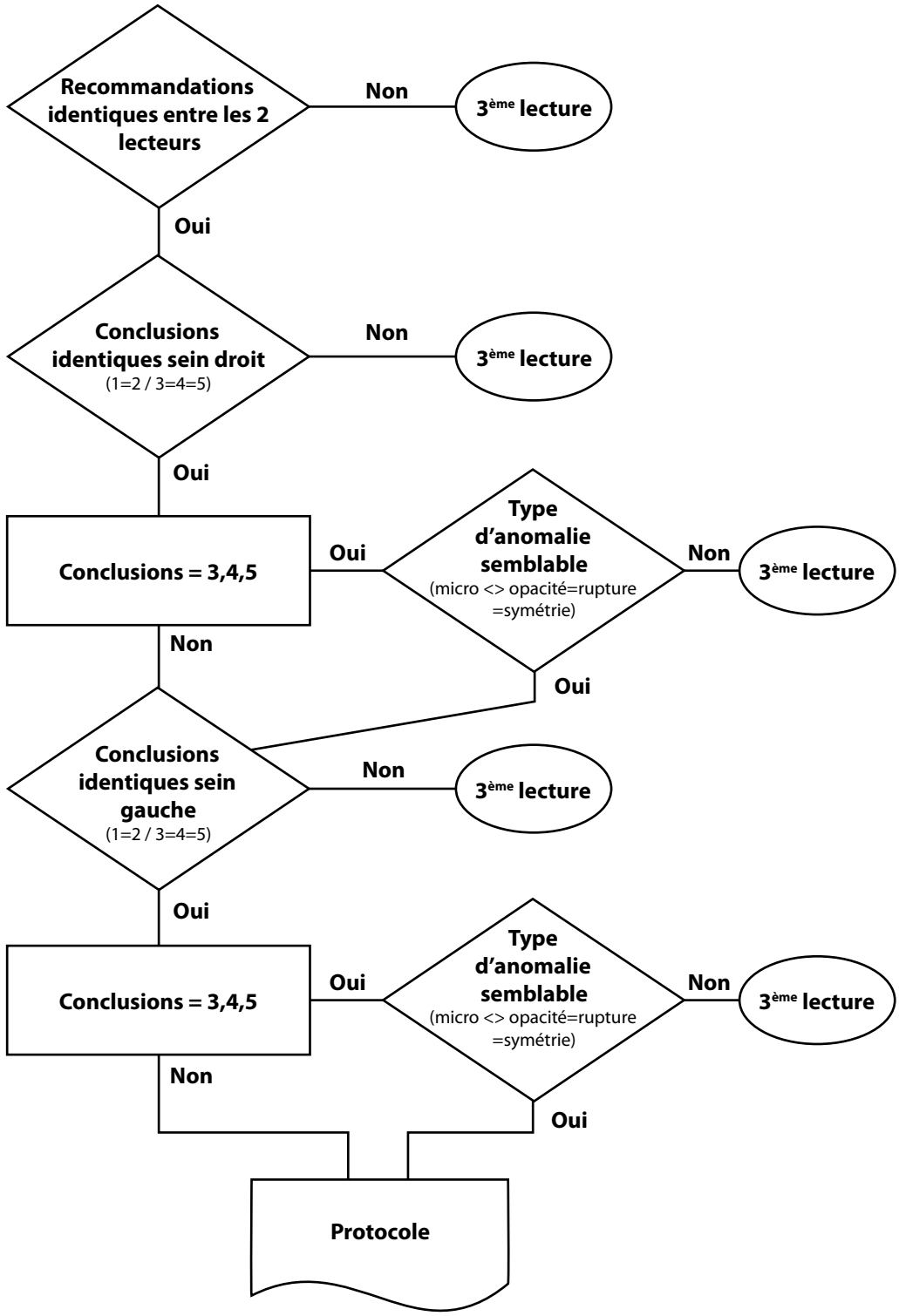
** deux L3 ininterprétables*

Pour 26 de ces 40 femmes cela s'explique par une discordance entre les résultats concernant un même sein, mais une concordance globale (exemple : indéterminé à gauche et aucune anomalie à droite selon le lecteur 1, aucune anomalie à gauche et indéterminé à droite selon lecteur 2) ; donc, les deux lecteurs sont d'accord pour dire qu'il existe une lésion indéterminée, mais pas pour le même sein. Il s'agit donc d'une fausse concordance. Aucun des deux lecteurs n'avait protocolé de lésion maligne ou probablement maligne dans ces 26 cas (il s'agissait toujours de lésions indéterminées).

Dans 14 cas il s'agissait de discordances plus mineures, avec une concordance entre L1 et L2 en ce qui concerne la conclusion de lésion indéterminée pour le même sein, et qui ont été négativées par le L3 (n=3) ou qualifiées de bénigne par le L3 (n=11). Les conclusions finales annoncées au médecin référent correspondent avec les conclusions du L3 sauf pour une femme, où elle correspond aux conclusions des deux premiers lecteurs.

12.16 Annexe 16 :
Algorithme décisionnel de troisième lecture

(version Novembre 2005)



OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES

OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

Les dossiers de l'Observatoire

Ce rapport d'évaluation permet de faire le point sur le premier cycle de deux ans du programme de dépistage organisé du cancer du sein en région bruxelloise, et de dégager les tendances en début de deuxième cycle.
Après avoir éclairé le contexte belge et bruxellois et rappelé les fondements scientifiques de ce programme, ce rapport en décrit l'organisation, les résultats en termes d'activités, de taux de participation et de couverture ainsi que de délais et de taux de positivité des examens mammographiques.
Les résultats d'une enquête exploratoire sur la perception et l'utilisation de ce programme menée auprès de 22 médecins exerçant en région bruxelloise y sont également repris.

www.observatbru.be

Ce document est également disponible en néerlandais

Dit document is ook beschikbaar in het Nederlands onder de titel:
«Evaluatierapport van het georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest»