



**Quatrième rapport d'évaluation
du programme de dépistage
organisé du cancer du sein en
Région bruxelloise (2009-2013)**



OBSERVATOIRE
DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
BRUXELLES



OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

LES DOSSIERS DE L'OBSERVATOIRE

**Quatrième rapport d'évaluation
du programme de dépistage
organisé du cancer du sein en
Région bruxelloise (2009-2013)**



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 dossiers de l'Observatoire» :

2015

Naître Bruxellois(e) - Indicateurs de santé périnatale des Bruxellois(es) 2000-2012

Les femmes sur le marché de l'emploi en Région bruxelloise

2014

Etude de faisabilité – Bruxelles, Ville-Région en Santé de l'OMS (BVS) (septembre 2013-août 2014)

2013

Recherche exploratoire sur l'élaboration d'un test d'impact sur la pauvreté en région bruxelloise

2012

Troisième rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise (Périodes : 2003-2010)

2008

Deuxième rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise (Périodes : 2003-2004 et 2005-2006)

Les indicateurs de santé périnatale en Région de Bruxelles-Capitale 1998-2004

2007

Vivre chez soi après 65 ans. Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles

Rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise (Période : juin 2002 à décembre 2005)

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

Veillez citer cette publication de la façon suivante :

Yannart M., Hercot D., Deguerry M. *Quatrième rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise (2009-2013)*, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, 2015

COLOPHON

Rédaction

Melody YANNART,
David HERCOT,
Murielle DEGUERRY

Contribution

Déogratias MAZINA,
Peter VERDUYCKT

Cartographie

Sarah LUYTEN

Remerciements

Ce quatrième rapport d'évaluation n'aurait pu voir le jour sans la précieuse collaboration de nombreux partenaires qui par leur transmission de données, leur relecture attentive et leurs conseils avisés ont enrichi ce travail :

Jean-Benoît BURRION, Joëlle PROBOST et Patricia SENELLE (Brumammo), Anne VANDENBROECK et Michel CANDEUR (Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers asbl), Julie FRANCCART et Isabelle DE BRABANDER (Belgian Cancer Registry), Reinhilde VAN EECKHOUDT et Pieter VANDENBULCKE (Agentschap zorg en gezondheid)

Lay-out

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

Traduction

Brussels Language Services

Numéro de Dépôt Légal

D/2015/9334/19

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

David HERCOT - Tél. : 02 552 01 81 - dhercot@ccc.irisnet.be

Vous pouvez **télécharger ce dossier** sur le site internet de l'Observatoire de la Santé et du Social : www.observatbru.be

TABLES DES MATIÈRES

1	RÉSUMÉ	6
2	HISTORIQUE DU PROGRAMME ET CONTROVERSES	8
	2.1 Introduction	8
	2.2 Fonctionnement du programme bruxellois	8
	2.2.1 Principaux partenaires	8
	2.2.2 Fonctionnement et perspectives du programme bruxellois	11
	2.2.3 Un dépistage organisé qui suscite débats et controverses	15
	Références	16
3	ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER DU SEIN EN RÉGION BRUXELLOISE	17
	3.1 Incidence du cancer du sein chez les femmes bruxelloises	17
	3.1.1 Évolution de l'incidence	17
	3.1.2 Incidence par âge	18
	3.1.3 Incidence par commune	19
	3.1.4 Incidence et régions	20
	3.2 Mortalité par cancer du sein chez les femmes bruxelloises	22
	3.2.1 Mortalité par âge	22
	3.2.2 Évolution du taux de mortalité par cancer du sein	22
	3.2.3 Mortalité et incidence	24
	3.2.4 Mortalité et régions	24
	3.3 Cancer du sein et statut socio-économique	25
	3.3.1 Incidence et statut socio-économique	25
	3.3.2 Mortalité et statut socio-économique	26
	Références	27
4	ACTIVITÉS DU PROGRAMME BRUXELLOIS	28
	4.1 Activités des unités de mammographie	28
	4.1.1 Mammothests par année	28
	4.1.2 Mammothests par unité	29
	4.1.3 Recrutement géographique des unités de radiologie	31
	4.2 Activités du programme	32
	4.2.1 Invitations	32
	4.2.2 Mammothests	33
	Références	36
5	CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES PARTICIPANT AU DÉPISTAGE	37
	5.1 Participation au dépistage	37
	5.1.1 Âge des femmes au premier mammothest	37
	5.1.2 Mode et raisons de participation	37
	5.1.3 Délai entre invitation et mammothest	39
	5.1.4 Délai entre deux mammothests	40
	5.2 Fidélisation au programme	41
	Références	42

6	PERFORMANCE ET RÉSULTATS	43
6.1	Délais entre la réalisation du mammothest et l'envoi des résultats.....	43
6.1.1	Délais entre le mammothest et l'envoi des résultats	43
6.1.2	Délais entre le mammothest et la deuxième lecture	45
6.1.3	Délais entre la dernière lecture et l'envoi des résultats	46
6.1.4	Délais entre la seconde et troisième lecture	47
6.2	Résultats du mammothest.....	47
6.2.1	Densité des seins	47
6.2.2	Discordances entre les deux premiers lecteurs et troisième lecture.....	48
6.2.3	Conclusion du mammothest transmise à la patiente	49
6.3	Données de suivi des mammothests positifs et effet global du programme	51
6.3.1	Résultats pour la période 2005-2010.....	52
6.3.2	Résultats selon les dépistages initiaux et subséquents et comparaisons régionales	52
6.3.3	Les cancers d'intervalle.....	54
	Références	55
7	CONCLUSIONS	56
8	REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES.....	58
9	GLOSSAIRE.....	59
10	ANNEXES.....	61

I RÉSUMÉ

Le **programme de dépistage organisé** du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans a été mis en place en Région bruxelloise depuis juin 2002 et est mis en œuvre par l'asbl «Centre bruxellois de coordination pour le dépistage du cancer du sein» Brumammo. Ce quatrième rapport analyse les données du programme entre 2009 et 2013.

Fin 2013, 32 **unités radiologiques** sont agréées à Bruxelles, dont 30 fonctionnent en numérique et 2 en analogique; environ 54 radiologues sont actifs dans la lecture des mammothests.

Depuis 2010, Brumammo met progressivement en place une gestion numérique globale de l'imagerie médicale, des données administratives et des protocoles de lecture des radiographies.

Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous de mammothest diffèrent selon les unités : il faut entre 2 jours et 6 semaines pour obtenir un rendez-vous.

Depuis 2010, les actions d'information et de sensibilisation ont été très limitées. Au vu de l'évolution du débat sur l'importance d'informer correctement les femmes sur les avantages et inconvénients du dépistage, partant des outils existants, il pourrait être utile de développer ou de mettre à disposition des outils de communication adaptés aux différents publics cibles bruxellois. Le travail du Centre Fédéral d'Expertise (KCE) sur le sujet pouvant servir de base de travail.

Le cancer du sein est le **cancer le plus fréquent chez la femme** : les 930 tumeurs invasives diagnostiquées chez les Bruxelloises en 2012 représentent plus d'un tiers des cancers féminins.

En 2012, le taux d'incidence brut est de 157,8/100 000. Ce taux diminue depuis 2004 et après standardisation pour l'âge, il devient, à partir de 2011, intermédiaire entre l'incidence mesurée en Wallonie et celle en Flandre. **L'incidence diffère selon l'âge**, 45 % des cancers du sein surviennent entre 50 et 69 ans. L'incidence est plus élevée dans les communes du sud-est de la région ainsi qu'à Ganshoren et Jette, reflétant en partie la distribution inégale des facteurs de risque et des facteurs protecteurs vis-à-vis du cancer du sein et probablement aussi la meilleure couverture du dépistage.

Le cancer du sein est la **première cause de décès par cancer chez la femme** et également la **première cause de décès prématuré féminin**. En 2013, 208 Bruxelloises sont décédées d'un cancer du sein ce qui représente 18,5 % des décès par cancer et 4,2 % de l'ensemble des décès.

En 2013, le taux de mortalité brut par cancer du sein est de 35,0/100 000. Depuis le milieu des années 80, ce taux diminue. Le taux de mortalité des Bruxelloises âgées de 25 ans ou plus (67,9/100 000), est supérieur à celui en Flandre (55,2/100 000) (données standardisées, 2011). Le risque de **décéder d'un cancer du sein augmente avec l'âge**. La mortalité par cancer du sein n'est pas significativement différente entre les clusters socioéconomiques des communes bruxelloises.

En 2012-2013, 107 681 invitations ont été envoyées, ce qui représente 93,9 % des femmes de 50-69 ans inscrites au Registre national et affiliées à un organisme assureur (en 2009-2010, 104 583 invitations avaient été envoyées soit 97,1 % de la population cible) : le taux d'invitation a donc légèrement diminué.

En 2013, 6 034 Bruxelloises ont effectué un mammothest dans une unité radiologique à Bruxelles. Le **taux de couverture** par mammothest est stable depuis 2009-2010, il varie entre 9,9 et 10,7 %. Cependant, même si l'on rajoute le taux de dépistage par mammographie hors programme (42,7 % en 2011-2012), la proportion de femmes bénéficiant d'un dépistage est d'environ 53 % ce qui est inférieure au taux de 70 % recommandé au niveau européen.

En 2013, 70,8 % des femmes qui font un mammothest subséquent le font dans les trois ans après le précédent ce qui est le délai recommandé par l'Europe ; 52,9 % le font après 21 à 27 mois (recommandation en Belgique : 24 mois).

Sur dix femmes participantes, environ six femmes participent au programme sur base d'une invitation, trois sur base d'une prescription d'un médecin et une apporte à la fois une invitation et une prescription. Les **principales raisons qui poussent les femmes à réaliser une mammographie** sont les conseils de leur médecin généraliste ou de leur gynécologue. Le mammothest est plutôt recommandé par le généraliste et la mammographie hors programme par le gynécologue.

En 2012-2013, 75 % des résultats sont envoyés dans les 16 jours, soit deux jours de plus qu'en 2009-2010. Cette augmentation est en partie due à la forte augmentation du nombre de troisième lecture qui atteint 24,6 % des mammothests contre 13 % en 2009-2010 et 3 % en Flandre en 2013.

En 2012-2013, **13,4 % des femmes sont rappelées** pour des examens complémentaires que ce soit pour

un mammotest positif (11,3 %), pour des seins denses (2,1 %) ou une mammographie ininterprétable. C'est un pourcent de moins qu'en 2009-2010 mais ce taux reste loin au-dessus des normes européennes. Le changement d'algorithme décisionnel en 2011 a eu pour conséquence une diminution du rappel pour échographie pour sein dense mais en parallèle, il y a eu une augmentation des mammotests positifs, notamment en raison du passage au numérique (visibilité de petites lésions, absence d'anciens clichés).

En 2009-2010, on détecte 6,9 cas de cancer pour 1 000 femmes dépistées lorsqu'il s'agit d'une première participation (mammotest initial); 36 % de ces cancers sont des cancers invasifs avec un stade II ou plus. Pour les participations ultérieures (mammotests subséquents), le taux de détection est de 6,0 pour 1 000; 34 % de ces cancers sont des cancers invasifs de stade II ou plus (valeurs corrigées pour la population standard mondiale). Les chiffres relatifs au mammotest initial sont influencés par le nombre important de femmes bruxelloises qui ont déjà réalisé une mammographie diagnostique avant de participer au programme organisé. Ce qui veut dire qu'une part significative des mammotests initiaux sont en fait des mammotests subséquents.

Entre 2005 et 2010, la sensibilité du programme est de 71,6 % et la spécificité de 95,2 %.

2 HISTORIQUE DU PROGRAMME ET CONTROVERSES

2.1 INTRODUCTION

L'incidence et la mortalité du cancer du sein sont élevées en Belgique et à Bruxelles. Elles sont parmi les plus élevées d'Europe, ce qui en fait un véritable problème de santé publique (1).

Le dépistage du cancer du sein est l'un des trois dépistages du cancer susceptibles de faire l'objet de programmes organisés. Suite au protocole d'accord signé en octobre 2000 par l'Etat fédéral et les entités fédérées, un programme de dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place pour les femmes de 50 à 69 ans dans chaque communauté. L'asbl «Centre bruxellois de coordination pour le dépistage du cancer du sein» (Brumammo) a été créée en 2002 pour assurer la mise en œuvre du programme en Région bruxelloise¹. Les invitations ont commencé à être envoyées en février 2003. Ce programme ne s'est pas implanté en terrain vierge puisque 47 % de la population cible bruxelloise effectuait déjà un dépistage de façon spontanée avant le début du programme (2). Après dix ans de programme, la proportion de femmes réalisant leur dépistage en dehors du programme organisé reste comparable. Le programme recrute environ dix pourcent des femmes éligibles.

Ce rapport est le quatrième rapport de l'Observatoire de la Santé et du Social concernant l'évaluation du programme bruxellois de dépistage organisé du cancer du sein².

Après un bref rappel du fonctionnement du programme et des questionnements qui l'animent, ce rapport s'attachera à décrire la situation épidémiologique du cancer du sein à Bruxelles et l'état des lieux du dépistage à partir des données de Brumammo et des Enquêtes de santé.

2.2 FONCTIONNEMENT DU PROGRAMME BRUXELLOIS

2.2.1 PRINCIPAUX PARTENAIRES

Le programme bruxellois résulte d'un montage complexe qui implique de nombreux partenaires.

Le **centre de référence Brumammo asbl** assure la mise en œuvre du programme : envoi des invitations, organisation des deuxièmes et troisièmes lectures (y compris facturation), collecte et enregistrement des données de suivi, envoi des résultats des mammographies, contrôle de la qualité technique du matériel utilisé et des conditions d'agrément des unités radiologiques, suivi des indicateurs de processus et de performance³.

L'exécutif de la structure comprend un médecin coordinateur, une responsable administrative et financière, deux assistantes administratives pour un total de 2,50 ETP (Equivalent Temps Plein). Le volet informatique est contractualisé avec un bureau expert (développement et maintenance du système d'information en radiologie (Radiology Information system (RIS)) et gestion du parc informatique).

À l'assemblée générale, sont représentés la Commission Communautaire Commune (Cocom), les universités bruxelloises (ULB, UCL et VUB), les médecins généralistes bruxellois via l'asbl Hippocrate, les gynécologues (via le Groupement des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) et Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG)), la Fondation Registre du Cancer et la Fondation contre le cancer.

Le programme bruxellois est financé à la fois par la Commission Communautaire Commune, la Vlaams Gemeenschap, la Fédération Wallonie-Bruxelles et l'INAMI.

1 Il existe un protocole d'accord entre la Cocom, la CF et la VG (2004 et 2009). Le centre dispose d'une convention avec la Cocom.

2 Les trois premiers rapports (2006, 2008 et 2012) peuvent être consultés et téléchargés sur le site www.observatbru.be dans la partie Publication/Santé/Dossiers.

3 Voir les résultats dans les rapports d'activité annuels de Brumammo sur le site www.brumammo.be.

La **Commission Communautaire Commune** est chargée de la coordination du programme et ce, sans préjudice des compétences des communautés française et flamande. Elle agréé le centre de référence, fixe les conditions d'agrément des unités de radiologie et les critères concernant la mammographie numérique. Son service d'études, l'Observatoire de la Santé et du Social, effectue régulièrement une évaluation du programme bruxellois.

Les **unités de radiologie agréées** réalisent les mammographies, assurent la première lecture, réceptionnent et font suivre les résultats du mammothest au médecin référent, effectuent les mises au point des mammothests positifs.

Les **médecins traitants (généralistes et gynécologues)** sensibilisent les patientes du groupe cible, rédigent éventuellement une prescription, réceptionnent et annoncent le résultat à la femme, orientent les patientes pour la mise au point et la prise en charge thérapeutique et en transmettent les résultats à Brumammo.

Lokaal Gezondheidsoverleg (LOGO Brussel) et le **Centre Bruxellois de Promotion de la santé (CBPS)** soutiennent le programme en aménageant la concertation locale des acteurs de terrain et en leur apportant un soutien méthodologique.

Les trois institutions nationales suivantes sont également des partenaires du programme bruxellois :

La **Fondation Registre du Cancer** est responsable depuis 2003 de l'enregistrement des données concernant les cas incidents de cancer en Belgique. Elle réalise le couplage des données du programme avec les données du registre du cancer.

Le **Centre du cancer**, créé en 2008 et fonctionnant comme un organe scientifique consultatif a comme missions principales l'évaluation de la politique en matière de cancer, la réalisation de l'état des lieux du Plan Cancer et la formulation de nouvelles mesures ; il a mis sur pied fin 2011 un groupe de travail technique entre les entités fédérées concernant les programmes de dépistage.

L'**Agence Intermutualiste (AIM/IMA)** réalise régulièrement un rapport national sur le dépistage du cancer du sein à partir des données de remboursement et dans ce cadre, a régulièrement invité les différents acteurs du programme afin de discuter des résultats et améliorations à envisager au programme (3).

2.2.2 FONCTIONNEMENT ET PERSPECTIVES DU PROGRAMME BRUXELLOIS

Seul un bref rappel du fonctionnement du programme sera repris dans ce rapport, on tentera plutôt de souligner les modifications intervenues depuis le dernier rapport⁴.

L'envoi d'invitations

Tous les deux ans, une lettre est envoyée aux femmes pour les inviter à participer au programme. Lors de la première invitation, l'envoi devrait en principe se faire dans le mois de naissance, année paire si le jour de naissance est un jour pair, année impaire dans le cas contraire. À partir du moment où la femme participe au programme, l'invitation suivante est envoyée 23 mois après la date de son dernier mammotest.

À partir des données du Registre national et des Organismes Assureurs, Brumammo reçoit via la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale le fichier des femmes à inviter : femmes atteignant 50 ans et donc nouvellement invitées, femmes atteignant 69 ans et donc plus invitées, déménagements, décès. Ce fichier est mis à jour plusieurs fois par an⁵. Jusqu'à présent, le programme bruxellois n'a pas mis en place un processus d'exclusion des femmes hors de la liste des invitations lorsqu'elles sont connues pour avoir un cancer incident dans le Registre du cancer. Chaque mois, Brumammo extrait les données nécessaires à l'élaboration des invitations et l'envoi est sous-traité à l'ASBL «Travail & Vie» qui se charge d'effectuer la mise sous pli environ tous les deux mois.

En 2013, 4,4 % des invitations ont fait l'objet d'un retour postal motivé principalement par un déménagement (2,7 %), une adresse incorrecte (1,4 %) ou autre (0,3 %).

Les unités radiologiques

Depuis le début du programme (2003), 42 unités radiologiques bruxelloises ont participé à un moment ou un autre au programme de dépistage organisé. Certaines se sont retirées ou ont été provisoirement non agréées, d'autres ont démarré leur collaboration au décours de 2012-2013.

Fin 2013, 32 unités sont agréées⁶ et opérationnelles, dont 30 fonctionnant en numérique et 2 en analogique. Entre 2008 et 2011, la plupart des centres sont passés de l'analogique au numérique.

4 Pour plus d'information sur le fonctionnement, consulter les trois précédents rapports de l'Observatoire et le Rapport d'activités 2013 de Brumammo.

5 Suite à un problème de transmission des mutations (40 % manquantes en 2010), un nouveau fichier complet a été mis en place en 2011. Chaque mois, des mises à jour sont intégrées dans le fichier.

6 Les unités sont agréées soit par la Commission Communautaire Commune soit par les communautés de tutelle des universités. L'agrément est conditionné par un certificat de conformité des appareils d'imagerie, un contrôle semestriel des installations (+ quotidien pour le matériel analogique), la qualité des clichés et la signature d'un protocole d'accord avec Brumammo. Cet agrément est accordé pour une durée de maximum 6 ans renouvelable.

La qualité des clichés est vérifiée annuellement pour chaque unité par une analyse de 10 clichés choisis au hasard. En 2013, 4 unités n'ont pas réussi le test et ont vu leur technicien convié à une formation. Avec l'informatisation de l'envoi des clichés, il est plus facile d'effectuer régulièrement cette vérification.

La formation des radiologues participant au programme prévue en collaboration avec la Communauté française n'a pu se concrétiser mais il existe un set de 200 clichés accompagnés de leur protocole de lecture qui peuvent être utilisés comme base d'exercice.

Un séminaire est organisé annuellement par Brumammo à l'intention des radiologues afin de faire le point sur le programme de dépistage du cancer du sein et le programme bruxellois en particulier.

Environ 53 premiers lecteurs sont actifs dans les 32 unités ; ils sont admis comme premiers lecteurs sur base de leur CV et de la recommandation de leur chef de service. En 2013, le nombre moyen de lectures de mammotests par premier lecteur dans le cadre du programme organisé est de 119 lectures annuelles et le nombre médian 86 (ce qui ne laisse rien présager du nombre total de mammographies (hors programme) lues par ces radiologues).

Un pool de cinq deuxièmes lecteurs est actif en 2013 ; il n'existe pas d'exigence en termes de volume d'activité ou d'expertise, hormis la connaissance personnelle qu'en ont les administrateurs de Brumammo. Il est difficile de mobiliser des deuxièmes lecteurs (déplacement au minimum hebdomadaire à Brumammo exigé, rémunération peu attractive) et en cas de besoin, des premiers lecteurs sont appelés en renfort. Les trois lecteurs les plus actifs ont effectué respectivement 2 768, 1 448 et 919 deuxième ou troisième lectures en 2013.

Annuellement, un feedback est adressé à chaque unité sur ses activités et son positionnement par rapport à l'ensemble des unités. Suite à l'analyse des mammotests avec un résultat positif de 2011, les lecteurs ont reçu un feed-back individuel sur leur taux de détection.

Le protocole de résultats

Chaque radiologue analyse les clichés réalisés et rapporte les résultats sur base d'un canevas de protocole harmonisé. Les informations récoltées au sujet de la femme et de l'interprétation du mammotest par les lecteurs ont changé en 2011 : certaines ont été ajoutées (résultat au terme du processus de double/triple lecture) ou supprimées (facteurs de motivation à la participation, recommandations de suivi, mise au point) et d'autres ont été modifiées (mode de participation, densité des seins, rappel pour échographie sein dense et conclusion du lecteur) (annexe 10-01). Toutes sont devenues obligatoires, il n'existe donc plus de données manquantes. Le premier et le deuxième lecteur remplissent indépendamment une fiche de résultat.

Fin 2011, l'algorithme de décision a été adapté dans le but d'améliorer la pertinence du recours à l'échographie.

Une conclusion pour chaque sein doit être sélectionnée parmi 8 modalités : 'aucune anomalie', 'anomalie bénigne', 'anomalie probablement bénigne ou indéterminée', 'anomalie probablement maligne', 'anomalie maligne', 'ininterprétable pour raison technique', 'mammotest non adapté/hors mammotest : autre examen conseillé pour le dépistage', 'échographie pour sein dense'.

Le résultat du mammotest est alors déduit de la synthèse des résultats de chaque sein et le résultat final transmis par Brumammo sera selon les cas :

- **négatif** si les conclusions des deux seins sont 'aucune anomalie' ou 'anomalie bénigne' ;
- **positif** si la conclusion d'au moins un sein est une 'anomalie probablement bénigne ou indéterminée' ou une 'anomalie probablement maligne' ou une 'anomalie maligne' ;
- **échographie pour sein dense** si la conclusion d'au moins un sein est 'échographie pour sein dense' (la conclusion de l'autre sein doit impérativement être soit identique, soit négative. Si la conclusion de l'autre sein est positive alors le résultat du mammotest est positif) ;
- **hors mammotest pour raison clinique (mammotest non adapté : autre examen conseillé pour le dépistage)** lorsque la conclusion d'au moins un sein est 'hors mammotest' (la conclusion de l'autre sein doit impérativement être soit identique, soit négative. Si la conclusion de l'autre sein est positive alors le résultat du mammotest est positif) ;

- **ininterprétable pour raison technique** si la conclusion d'au moins un sein est 'ininterprétable' (sauf si la conclusion de l'autre sein est positive alors le résultat du mammotest est positif).

Le recours à une troisième lecture est nécessaire lorsque les deux premières lectures ne sont pas concordantes pour chaque sein (négatif, positif, ininterprétable pour raison technique, mammotest non adapté : autre examen conseillé pour le dépistage, échographie pour sein dense). Le troisième lecteur doit opérer un choix entre les conclusions des deux premières lectures.

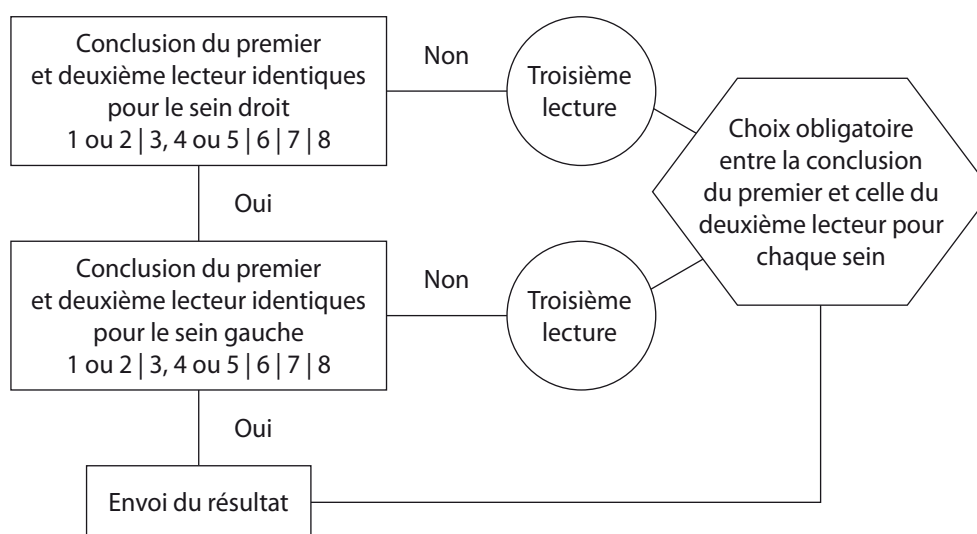
Le fait que le résultat 'échographie pour sein dense' ait été ajouté à l'algorithme a pour conséquence l'augmentation du nombre de troisièmes lectures.

La communication des résultats

En cas de résultat négatif, Brumammo envoie les conclusions aux unités et les radiologues se chargent d'informer les médecins référents. La patiente n'est pas informée directement.

Depuis 2010, en cas de positivité et afin d'améliorer la rapidité et la fiabilité des résultats, les résultats positifs sont adressés simultanément au radiologue et au médecin référent. En outre, les médecins sont contactés par téléphone. Le médecin référent doit retourner à Brumammo le document confirmant la réception de la lettre. Depuis 2011, un courrier est également envoyé par Brumammo à la patiente une semaine après l'envoi de la lettre aux médecins. La lettre à la patiente

Figure 2-02 Algorithme décisionnel de troisième lecteur (version novembre 2011)



Conclusion pour chaque sein : 1 'aucune anomalie', 2 'anomalie bénigne', 3 'anomalie probablement bénigne ou indéterminée', 4 'anomalie probablement maligne', 5 'anomalie maligne', 6 'ininterprétable pour raison technique', 7 'hors mammotest pour raison clinique', 8 'échographie pour sein dense'.

demande de contacter son médecin pour des examens complémentaires mais le résultat de l'examen n'est pas communiqué.

Si une femme téléphone à l'accueil de Brumammo pour connaître le résultat de son mammothest, on lui communiquera si celui-ci est négatif ; en cas de résultat positif, celle-ci est orientée vers son médecin traitant.

Refus de remboursement des mutuelles

Au début du programme, la population éligible a été identifiée comme les femmes de 50 à 69 ans⁷ inscrite au système d'assurance obligatoire maladie invalidité et en ordre d'assurabilité. Ce dernier critère n'a pas depuis été confirmé mais il est fréquemment appliqué par les mutuelles. Par ailleurs, dans la version préliminaire de l'avenant au Protocole d'accord Prévention liant les entités fédérées, il est prévu que *la convention peut contenir les modalités suivant lesquelles l'INAMI paie à l'autorité qui organise le programme de prévention l'intervention dans les prestations dispensées aux personnes faisant partie du groupe cible du programme de prévention qui ne sont pas bénéficiaires de l'assurance obligatoire de santé*. La mise en œuvre de ces modalités serait la bienvenue pour autant que les examens lors de la mise au point ainsi que l'éventuel traitement soient pris en charge de la même façon.

En 2013, 76 refus de remboursement des mutuelles ont été reçus à Brumammo (sans tenir compte des refus erronés pour l'âge) : 61 % concernent des personnes non membres de la mutuelle concernée, 15 % des personnes plus membres de la mutuelle concernée, 15 % des personnes non en ordre et 9 % des personnes ayant effectué le mammothest dans un délai inférieur à 2 ans⁸. Grâce au test d'éligibilité⁹, il n'y a plus de refus de remboursement pour l'âge et pour un délai inférieur à 2 ans à Bruxelles. Il y en a, par contre, pour les Bruxelloises dépistées antérieurement dans les autres régions.

Questions et plaintes

Un accueil téléphonique est assuré les jours ouvrables entre 9h et 15h ; les principales informations demandées concernent les modalités de rendez-vous, la différence entre mammothest et mammographie et le résultat du mammothest. Trois appels sur dix sont effectués en néerlandais. Il y également une à deux demandes quotidiennes d'envoi d'invitation.

Depuis 2009, Brumammo a mis en place un registre d'appels, où sont enregistrés la date, l'identité de l'interlocuteur, la nature et l'objet de la question et la suite donnée. Il est ainsi possible d'objectiver les questions, de vérifier qu'une réponse y a été donnée et de suivre l'évolution des différents types de questions en fonction des solutions structurelles adoptées. En 2014, 680 appels téléphoniques ont été enregistrés dont 122 demandes d'invitation, 51 demandes de résultats, 80 questions de médecins, 158 questions de patientes et 269 questions des premiers/seconds lecteurs et des unités radiologiques (en rapport avec l'encodage dans le système RIS).

Délais d'attente

Suite aux plaintes enregistrées par rapport aux délais d'attente pour obtenir un rendez-vous dans les unités agréées, Brumammo demande aux unités de communiquer leurs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous pour un mammothest. Les délais mentionnés par chaque centre sont communiqués sur le site de Brumammo. En 2014, pour les centres ayant transmis l'information, les délais vont de 2 jours à 6 semaines maximum.

Projet télématique

Depuis fin 2011, Brumammo utilise une gestion numérique globale de l'imagerie médicale, des données administratives et des protocoles de lecture radiologique¹⁰. Quatre phases d'implémentation ont été nécessaires :

- connexion à Brumammo des unités fonctionnant en numérique, permettant l'envoi direct des clichés ;
- mise en place d'un RIS offrant aux unités la possibilité de vérifier l'éligibilité⁹ des demandes et de transmettre les données de protocole de lecture on-line ou par web service ;
- renouvellement de la console de lecture et mise en place d'un système d'archivage et de transmission d'images (Picture Archiving and Communication System (PACS)) à Brumammo permettant l'archivage des clichés et une réconciliation automatique Images/RIS ;
- connections PACS à PACS et mise à disposition des images archivées aux unités radiologiques.

7 Le droit au mammothest commence le 1er janvier de l'année des 50 ans pour s'étendre jusqu'au 31 décembre de l'année des 69 ans ce qui implique que tant des personnes de 49 ans que des personnes ayant 69 ans révolus peuvent participer.

8 En pratique, un délai < 24 mois est acceptable car ce sont les années 'calendrier' qui sont prises en compte pour les calculs du délai et non les mois.

9 Lorsqu'une femme se présente pour un mammothest dans une unité de radiologie, son éligibilité est testée : sur base du numéro NISS, le système refusera de créer une nouvelle fiche si les conditions d'âge et de délai entre deux mammothests ne sont pas respectées. Le système étant limité aux mammothests réalisés en Région bruxelloise, il est donc demandé à la femme de certifier qu'elle n'a pas effectué de mammothest durant les deux dernières années. La base de données ne peut identifier que les Bruxelloises et les femmes déjà dépistées à Bruxelles qui proviennent d'une autre région, il est donc possible d'ajouter une femme dans la base existante.

10 Un budget supplémentaire de 90 000 euros a été alloué par la Cocom.

Les protocoles de première lecture sont actuellement encodés dans le RIS par toutes les unités sauf l'UZ VUB et les Cliniques de l'Europe. Toutes les deuxièmes et troisièmes lectures sont encodées directement dans le RIS.

Couplage des données de dépistage aux données du Registre du Cancer

La qualité et l'efficacité du programme se mesurent par sa capacité à détecter les cancers et ce, le plus précocement possible. L'évaluation du programme s'effectue notamment par l'estimation de la sensibilité, de la spécificité, des valeurs prédictives (positive et négative) et le dénombrement des cancers d'intervalle.

Le suivi par Brumammo des mammotests positifs permet de détecter les faux positifs et les cancers dépistés et partant de là, la spécificité et la valeur prédictive positive du programme¹¹. Pour identifier les cancers d'intervalle¹², les faux négatifs, la sensibilité et la valeur prédictive négative, un couplage a été effectué par le Registre du Cancer entre les données de dépistage et les données d'incidence du Registre du Cancer. Celui-ci enregistre de façon exhaustive les cas de cancer diagnostiqués en Région bruxelloise depuis 2004. Ces résultats sont discutés ci-dessous dans le chapitre 6 – Résultats.

Sensibilisation de la population et des professionnels de santé au programme

Dans l'objectif d'améliorer la participation régulière des femmes bruxelloises, il est nécessaire de développer des activités d'information et de sensibilisation, en tenant compte des spécificités bruxelloises (bilinguisme, multiculturalité, précarité).

En Région bruxelloise, au-delà de la lettre d'invitation envoyée aux femmes éligibles tous les deux ans par Brumammo, aucune structure n'a reçu le mandat de coordonner les actions d'information et de promotion de la santé dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein.

Après plusieurs années de réunion non conclusives, les Ministres passent en juin 2009 une convention avec la Fondation contre le cancer pour l'élaboration d'un *Plan stratégique pour l'information et la sensibilisation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise en direction du public cible et des professionnels de santé*. Les acteurs bruxellois¹³ participent à la clarification des rôles et des tâches de cette nouvelle entité pour la promotion du dépistage et approuvent la version finale du plan en juillet 2010 mais ne parviennent pas par la suite à s'accorder sur une stratégie concertée d'opérationnalisation du plan. Aucune suite n'a, à ce

jour, été donnée à ce projet par les pouvoirs publics. La réflexion devrait de toute façon être menée de façon plus large, et notamment dans le cadre de l'ordonnance Prévention en santé et du Plan de santé bruxellois, en incluant l'organisation des programmes de dépistage du cancer du côlon et du col de l'utérus.

Cette thématique a été peu traitée depuis 2010.

Par Brumammo :

2011 : diffusion d'une vidéo de promotion du mammotest sur You Tube et renouvellement de la brochure d'information ;

2013 : participation avec le KCE à la rédaction d'un outil d'information sur les avantages et inconvénients du dépistage du cancer du sein (diffusion sur www.brumammo.be en 2014).

Conjointement par le LOGO et le CBPS, notamment dans le cadre de «Boezemvriendin – Sein et Sauf» :

2011 : Le CBPS et le LOGO ont effectué en 2011 une enquête auprès des associations et organisations qui travaillent directement sur le terrain afin d'avoir un aperçu du travail réalisé et d'affiner d'éventuelles demandes autour de cette thématique.

Par le CBPS (travail de deuxième ligne) :

2011 : Réalisation d'une synthèse/analyse de paroles des différents groupes de professionnels et rétro-information vers les groupes pour mettre en évidence des éléments innovants et des pistes de travail (et/ou "outils" spécifiques).

Par le LOGO :

2013 : Promotion du jeu de société 'Mammoboxspel' (Objectif : amener un petit groupe de femmes à discuter de la thématique – Public cible : femmes non dépistées/migrantes/femmes défavorisées sur le plan socio-économique).

Par le KCE :

2014 : Publication du rapport «Dépistage du cancer du sein : messages en support d'un choix informé» (Rapport 216B).

Suite au travail réalisé par l'AIM sur les déterminants de la non-participation, certaines communes flamandes ont démarré en 2015 des projets pilotes de sensibilisation des femmes non participantes via leur médecin généraliste de référence (DMG ou consultations récentes). La pertinence de cette approche pourrait être étudiée pour le contexte bruxellois.

Comme cette énumération le laisse entrevoir, très peu d'initiatives ont été prises depuis 2010 pour assurer la promotion du dépistage. Si une partie du problème réside dans la difficulté d'informer correctement les femmes sur les avantages et désavantages du programme, l'absence de décision et de moyens pour la mise en œuvre du plan

11 Pour la procédure, voir Partie VI.

12 Les cancers d'intervalle sont les cancers survenant chez les femmes moins de 24 mois après avoir bénéficié d'un dépistage avec un résultat normal.

13 Les réunions réunissaient les représentants des Ministres, de la Fondation contre le cancer, du CBPS, du LOGO Brussel, de l'asbl Hippocrate, de Brumammo, des Mutualités et de l'Observatoire de la Santé et du Social.

stratégique proposé a également limité les possibilités d'action. Une information correcte et équilibrée de la population semble pourtant encore nécessaire à ce jour. Le travail avec les médecins généralistes, actuellement testé dans quelques communes flamandes, pourrait être une piste intéressante.

2.2.3 UN DÉPISTAGE ORGANISÉ QUI SUSCITE DÉBATS ET CONTROVERSES

Le programme de dépistage du cancer du sein n'est pas 'un long fleuve tranquille' et sa mise en œuvre a suscité bien des polémiques ces dernières années : « pas assez de participation », « pas convaincu(e)s », « programme de qualité », « surdiagnostic », « médecine à deux vitesses », « population précarisée ne participe pas »... Ces opinions reflètent à la fois la complexité du dépistage en santé publique et la diversité des acteurs impliqués. Nombreux et quelquefois contradictoires, sont les enjeux, les débats, les objectifs et les pouvoirs qui animent les différents acteurs impliqués¹⁴.

Dès la parution du rapport Européen sur l'efficacité du programme de dépistage par mammographie des femmes de 50 à 69 ans en 1996 (4), un débat ne cesse d'opposer différents groupes de chercheurs sur l'efficacité du programme¹⁵. Les hypothèses et arguments utilisés par les uns et les autres divergent, rendant le débat contradictoire difficile, plus encore pour un observateur extérieur : le bénéfice attendu du programme, la diminution de la mortalité par cancer du sein suite au programme est remise en doute par certains auteurs (5), alors que de nouvelles études continuent de montrer l'efficacité des programmes de dépistage à long terme (6). En parallèle à la mise en place du dépistage, les technologies d'imagerie ont évolué permettant de détecter des anomalies de plus en plus fines. Ces anomalies radiologiques sont souvent considérées comme suspectes et traitées comme tel entraînant une augmentation des mises au point et des traitements. L'évolution spontanée en l'absence de traitement de ces microlésions est cependant méconnue. Une partie d'entre elles n'auraient vraisemblablement jamais été responsables d'un cancer du sein avec une incidence clinique (7).

Les traitements se sont également améliorés et permettent de guérir plus de femmes atteintes d'un cancer du sein qu'avant, même à des stades un peu plus avancés et contribuent de ce fait de façon plus importante

que le dépistage à la réduction de la mortalité. Cela ne concerne cependant qu'une partie des cancers.

Certains cancers du sein, en particulier chez les femmes plus jeunes (moins de 50 ans), restent plus difficiles à diagnostiquer précocement et à guérir. Pour ces cancers-là, les scientifiques sont unanimes que les programmes organisés de dépistage par mammographie ne sont pas efficaces (8). Une approche par facteurs de risques individuels permet d'estimer le risque et de proposer un suivi adapté (9).

Certains auteurs en appellent à une révision de la politique de dépistage (10). Il faut cependant garder à l'esprit que dans le contexte bruxellois le dépistage organisé n'est utilisé que par une minorité de femmes de 50 à 69 ans. La plupart des femmes qui se font dépister le font via un dépistage opportuniste, parfois annuel, proposé par leur gynécologue. Inversement, 26,2 % des femmes bruxelloises de 50-69 ans enregistrées auprès d'une mutualité n'ont jamais participé au dépistage qu'il soit organisé ou opportuniste durant la période 2007-2012 (11). Selon les communes, ce taux varie de 19,1 % à 35,2 %. En Région flamande, ce taux est de 20,0 % et en Région wallonne, il s'élève à 25,8 %. Une éventuelle réévaluation du programme si elle devait être décidée ne devrait donc se faire qu'en prenant en compte ces réalités sans quoi, la balance coût-bénéfice pourrait s'aggraver (12).

Il faut également prendre en compte que le programme organisé est accompagné d'une politique de qualité (appareils, positionnement, double lecture, suivi de la sensibilité et spécificité des radiologues) et d'enregistrement des informations nécessaires aux analyses qui bénéficie aux femmes participantes et indirectement aux femmes bénéficiant d'une mammographie diagnostique.

Un consensus se dégage sur l'importance d'informer les femmes afin qu'elles puissent, autant que faire ce peu, faire un choix éclairé (13-14). C'est un exercice difficile pour lequel le KCE a récemment publié un outil d'aide à l'information (15) et cela reste un défi pour les femmes peu éduquées ou précarisées.

Pour conclure, le cancer du sein reste une cause importante de décès et de décès prématuré des femmes :

- s'il est admis que l'efficacité du dépistage par mammographie sur la mortalité par cancer du sein est moindre qu'espérée (et qu'elle est certainement moindre que celle due à l'arrêt de l'hormonothérapie ou à l'avènement de traitements performants), qu'il existe des effets indésirables pour les femmes, qu'il y a des diagnostics et des interventions par excès étant donné la faible connaissance de l'évolution naturelle de certains cancers et que le dépistage biannuel n'est pas adapté à l'ensemble des femmes ;

14 Cf discussion à l'occasion du colloque sur La prévention et ses excès (septembre 2011, Patrick Trefois (Question Santé))

15 Par exemple, Gotzsche P.C., Olsen O., Is screening for breast cancer with mammography justifiable ? The Lancet 2000 ; 355 (9198) : 129-34

- il est actuellement raisonnable d'offrir un dépistage organisé du cancer du sein aux femmes de 50 à 69 ans parce qu'il existe une logique de plausibilité, comme dans tout dépistage (diagnostiquer des cancers moins avancés donnent plus de chance au traitement), et qu'un dépistage organisé représente un gage de qualité et une mesure égalitaire en permettant à de nombreuses femmes non suivies actuellement d'y participer ;
- ceci pour autant que la balance bénéfices-risques soit présentée de façon équilibrée aux médecins et aux femmes (droit à l'information), que l'évaluation soit menée de façon régulière et rigoureuse afin de faire progresser la connaissance, et que la qualité du dépistage et du suivi soit contrôlée (contrôle de l'appareillage et des clichés, double lecture des clichés, suivi des mammothests positifs).

RÉFÉRENCES

- (1) Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, Globocan 2012, International Agency for Research on Cancer, World Health Organisation, France 2015
- (2) Programme de Dépistage du Cancer du Sein - Période 1999-2002 - Rapport n° 2 de l'Agence Intermutualiste, IMA-AIM, Bruxelles, novembre 2004
- (3) Programme de Dépistage du Cancer du Sein - Comparaison du troisième tour (2007-2008) et du quatrième tour (2009-2010) - Rapport n° 8 de l'Agence Intermutualiste, IMA-AIM, Bruxelles, septembre 2014
- (4) European Commission, European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, 2nd edition, 1996
- (5) Gøtzsche PC, Jørgensen KJ, Screening for breast cancer with mammography (Review), The Cochrane Collaboration, 2013
- (6) Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA, Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study : randomised screening trial, BMJ, 2014 ; 348 :366
- (7) Bleyer A, Were Our Estimates of Overdiagnosis With Mammography Screening in the United States "Based on Faulty Science"?, The Oncologist, 2014 ; 19 (2) : 113-126
- (8) Identifying women at risk for breast cancer/technical methods for breast cancer screening, KCE Reports 172, Good Clinical Practice (GCP), 2012
- (9) Haute Autorité de Santé, Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? Questions/ réponses, 2014, p10
- (10) Michiels B, Dépistage du cancer du sein par mammographie, Minerva Online, 15/03/2014
- (11) Agence Intermutualiste IMA/AIM, Atlas (site interactif : <http://atlas.aim-ima.be/>)
- (12) Zorzi M, Overdiagnosis and extra-screening mammography, BMJ, 2015
- (13) Løberg M, Lousdal ML, Bretthauer M, Kalager M, Benefits and harms of mammography screening, Breast Cancer Research, 2015 ; 17 :63
- (14) Yaffe MJ, Pritchard KI, Overdiagnosing Overdiagnosis, The Oncologist, 2014 ; 19(2) :103-106
- (15) Kohn L, Mambourg F, Robays J, Albertijn M, Janssens S, Hoefnagels K et al, Informed choice on breast cancer screening : messages to support informed decision, KCE, 2014, p156, Report 216

3 ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER DU SEIN EN RÉGION BRUXELLOISE

3.1 INCIDENCE DU CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES BRUXELLOISES

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, il représente à lui seul 35 % des cancers féminins en 2012 à Bruxelles.

3.1.1 ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE

En 2012, 930 tumeurs invasives du sein ont été diagnostiquées chez les Bruxelloises. On trouvera ci-dessous le nombre de cas enregistrés par le Registre du Cancer pour les années 2004 à 2012.

Le taux d'incidence standardisé¹⁶ (en ne prenant que les cas à partir de 25 ans ; le cancer du sein étant très rare avant cet âge), qui prend en compte la variation de l'incidence en fonction de l'âge et la modification de la structure d'âge de la population bruxelloise, montre une légère tendance à la baisse entre 2004 et 2012. Ces chiffres sont à analyser avec précaution car l'évolution repose sur peu d'années et qu'il s'agit de relativement peu de cas chaque année.

La figure 3-01 illustre l'évolution des taux d'incidence standardisés dans différentes tranches d'âge pour la population de 25 ans et plus. On observe une légère diminution du taux d'incidence parmi les 25-49 ans et une augmentation chez les 70 ans et plus alors que le taux

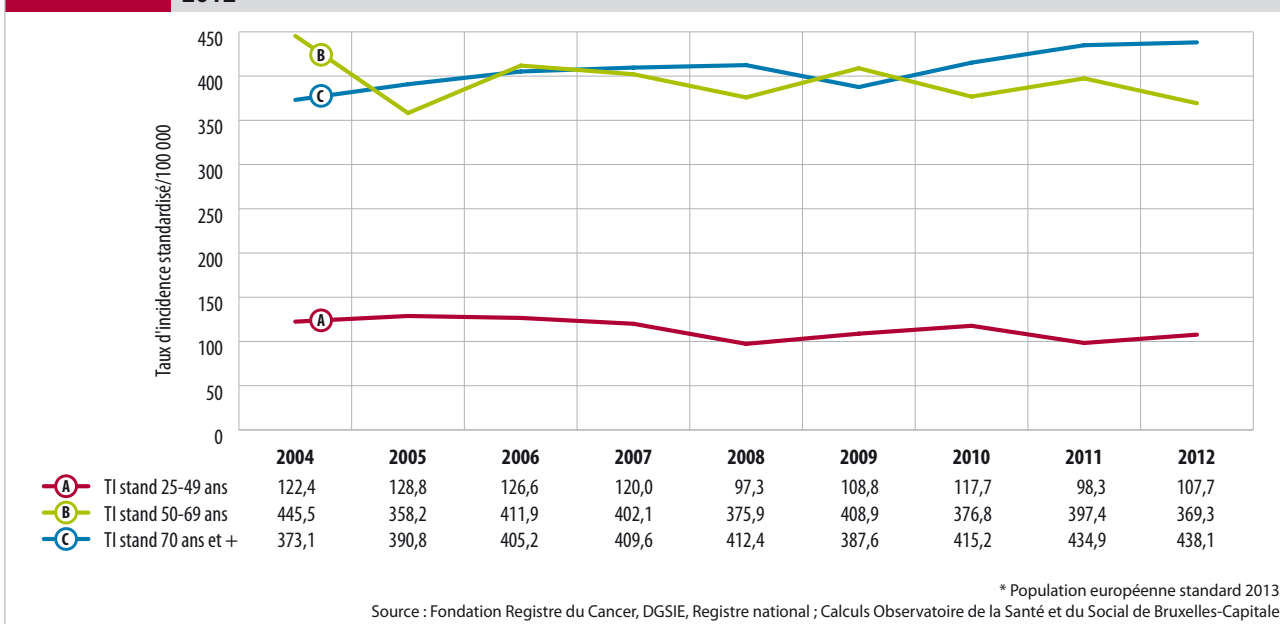
Tableau 3-01 Évolution du nombre de cas de cancer du sein invasifs et du taux d'incidence standardisé*, Bruxelles, 2004 à 2012

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de cas (tout âge)	926	872	933	921	861	911	924	930	930
Taux standardisé (25 ans et plus) pour 100 000	282,3	258,5	278,7	273,2	254,2	266,2	264,5	266,4	261,7

* Population standard européenne 2013

Source : Fondation Registre du Cancer ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Figure 3-01 Évolution des taux d'incidence standardisés* du cancer du sein, par tranche d'âge, Bruxelles, 2004 à 2012



16 Standardisation directe pour l'âge en prenant la population européenne 2013 comme population de référence (Eurostat, Revision of the European Standard Population : Report of Eurostat's task force, European Union, 2013). Dans les précédents rapports, la population européenne 1976 avait été utilisée ; les taux standardisés sont donc incomparables.

d'incidence chez les personnes âgées de 50-69 ans est stable.

En Région flamande et wallonne (non illustré), le taux d'incidence est stable chez les 25-49 ans et à la hausse chez les 70 ans et plus. Chez les 50-69 ans, on constate une diminution en Wallonie et un statut quo en Flandre.

3.1.2 INCIDENCE PAR ÂGE

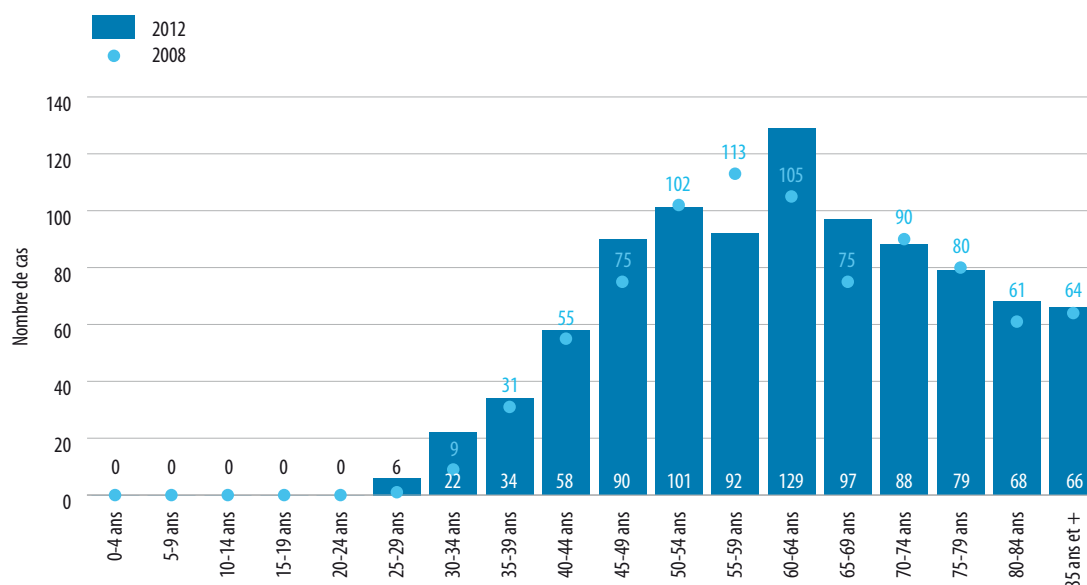
La figure 3-02 illustre la répartition par âge des nouveaux cas en 2008 et en 2012 : en 2012, **environ un cancer du sein sur 5** survient avant 50 ans (22,6 %), **un peu moins de la moitié** entre 50 et 69 ans (45,0 %) et un tiers

concernent des femmes de 70 ans et plus (32,4 %). Aucun cas n'a été enregistré avant 25 ans. C'est une répartition similaire à celle observée en 2008.

Les figures 3-03 et 3-04 reprennent l'évolution des taux spécifiques par âge entre 2004 et 2012. Entre 2004 et 2012, on observe une diminution du taux d'incidence pour les 40-69 ans et une augmentation pour les 70-74 ans et les 80 ans et plus.

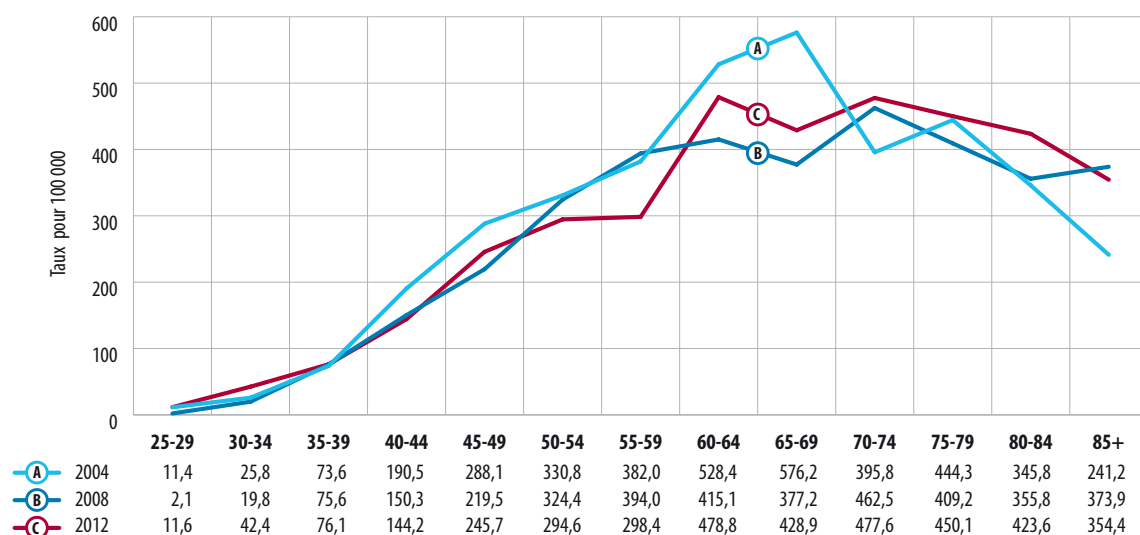
La figure 3-04 illustre l'évolution entre 2004 et 2012 du taux d'incidence (moyennes glissantes) dans les tranches d'âge ciblées par le dépistage organisé.

Figure 3-02 Nombre de cas du cancer du sein par groupe d'âge, femmes bruxelloises, 2008 et 2012



Source : Fondation Registre du Cancer

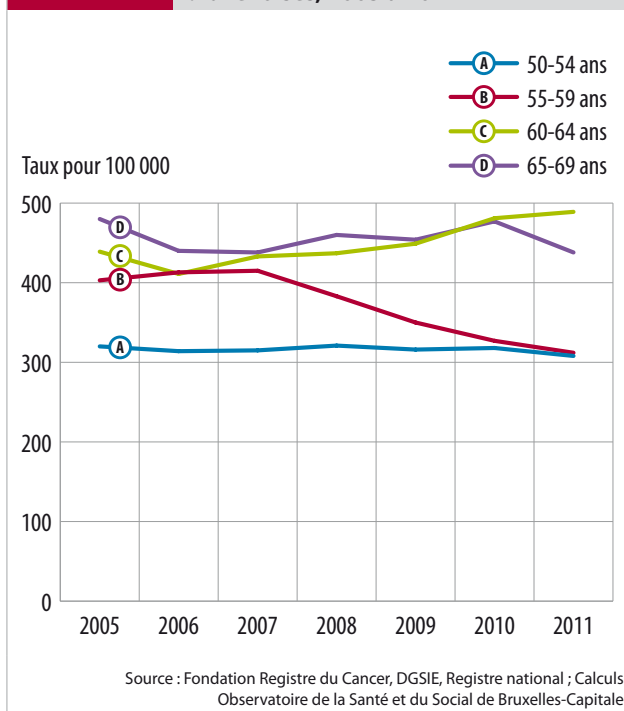
Figure 3-03 Taux d'incidence spécifique par âge, femmes bruxelloises, 2004, 2008 et 2012



Source : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Figure 3-04

Évolution du taux d'incidence du cancer du sein (moyennes glissantes sur trois ans) entre 50 et 69 ans, femmes bruxelloises, 2005 à 2011



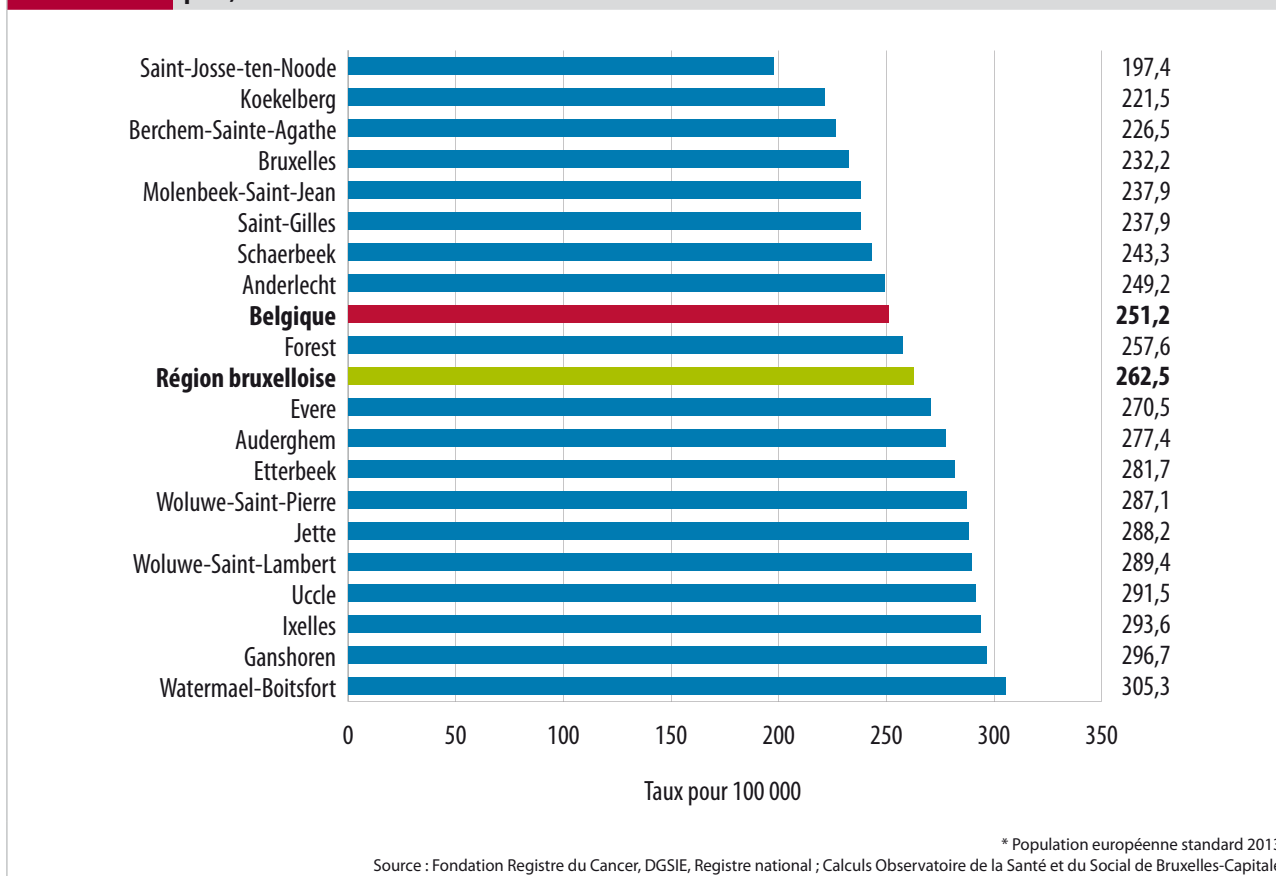
3.1.3 INCIDENCE PAR COMMUNE

Pour les femmes à partir de 25 ans, le taux d'incidence de la Région est plus élevé que le taux d'incidence belge. Huit communes ont un taux inférieur au taux belge. La figure 3-05 illustre le taux d'incidence standardisé du cancer du sein, par commune (population ≥ 25 ans).

En reportant sur une carte de la Région bruxelloise les taux d'incidence du cancer du sein pour les Bruxelloises de 25 ans et plus, on constate que l'incidence est plus élevée dans les communes du sud-est de la région ainsi qu'à Ganshoren et Jette (carte 3-01). La participation au dépistage et le surdiagnostic qui en découle, la prise d'hormones de substitution (HRT), les facteurs protecteurs (et notamment ceux liés à la vie reproductive : parité, âge à la première grossesse et allaitement) et les facteurs de risque liés au style de vie (obésité, tabac, alcool et sédentarité) sont inégalement répartis entre les communes et influencent donc le taux d'incidence mais ne suffisent pas à expliquer toutes les différences observées.

Figure 3-05

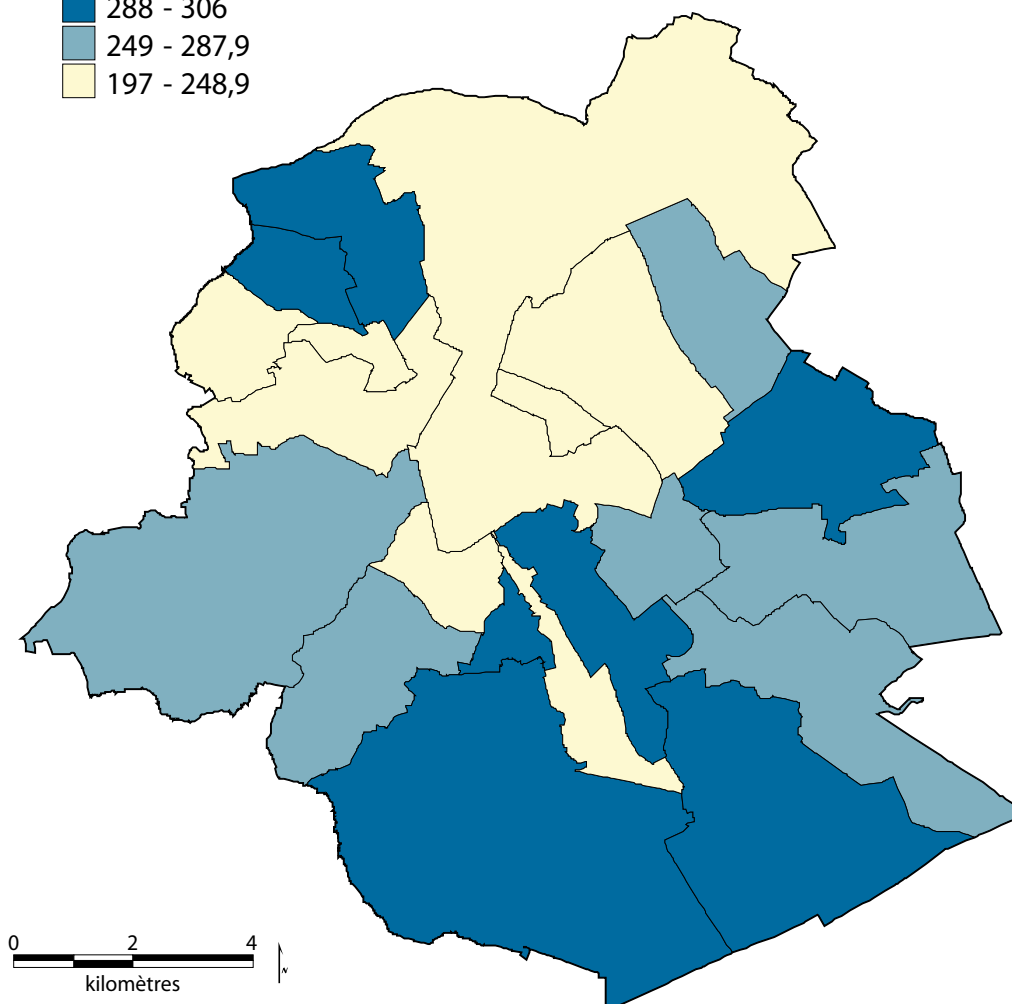
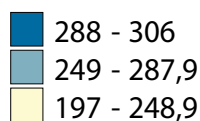
Taux d'incidence standardisé* du cancer du sein, par commune, femmes bruxelloises de 25 ans et plus, 2008-2012



Carte 3-01

Taux d'incidence standardisé* du cancer du sein, par commune, femmes bruxelloises de 25 ans et plus, 2008-2012

Taux d'incidence (/ 100 000)



* Population européenne standard 2013
Source : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national ; Calculs et cartographie Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

3.1.4 INCIDENCE ET RÉGIONS

Après standardisation, la Région bruxelloise présente un taux d'incidence plus élevé que les autres régions du pays jusqu'en 2010. À partir de 2011, le taux d'incidence en Région bruxelloise devient inférieur à celui observé en Wallonie (figure 3-06). Au cours des dernières années, les différences régionales semblent s'atténuer.

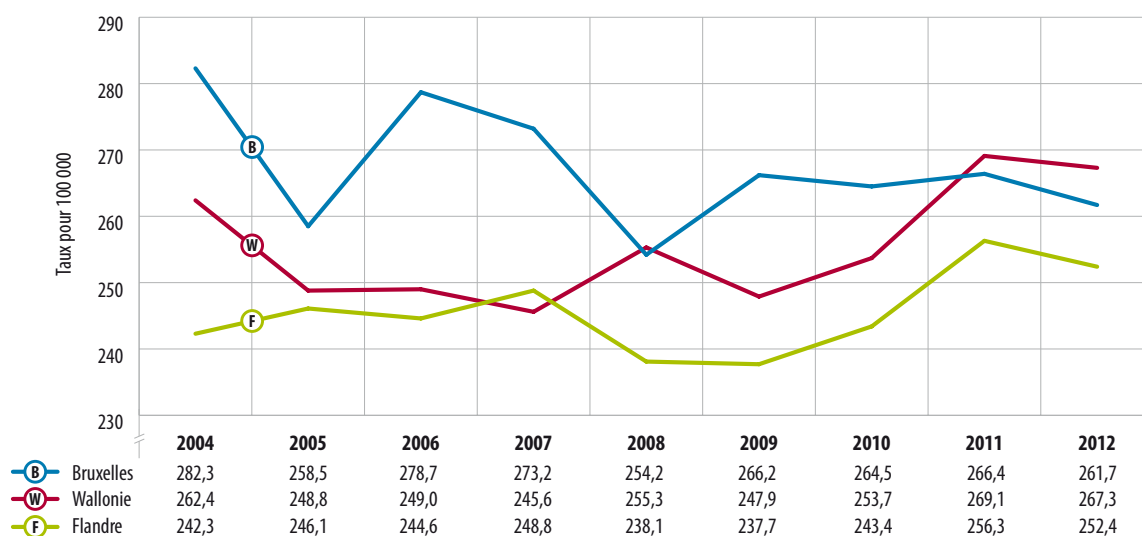
Même si les facteurs de risque décrits plus haut sont reconnus pour influencer l'incidence du cancer du sein au niveau individuel, il n'existe pas à ce jour d'étude permettant d'expliquer les différences d'incidence entre les régions et le pays.

Comme cela avait déjà été noté dans le rapport précédent (1), c'est surtout dans les tranches d'âge plus âgées que le taux d'incidence bruxellois est plus élevé que dans les autres régions (60-64 et 70-74 ans pour 2012). Une des hypothèses pourrait être le profil sociologique particulier de cette tranche d'âge en Région bruxelloise : femmes de niveau d'instruction en moyenne plus élevé que dans le reste du pays et vivant en milieu urbain, mieux insérées sur le marché du travail, une proportion plus importante d'entre elles pourrait avoir été exposée aux facteurs de risques liés à la vie reproductive (figure 3-07).

Le taux d'incidence du cancer du sein en Belgique est parmi les plus élevés en Europe et dans le monde en 2012 (2).

Figure 3-06

Taux d'incidence standardisé* du cancer du sein, par région, femmes de 25 ans et plus, Belgique, 2004 à 2012

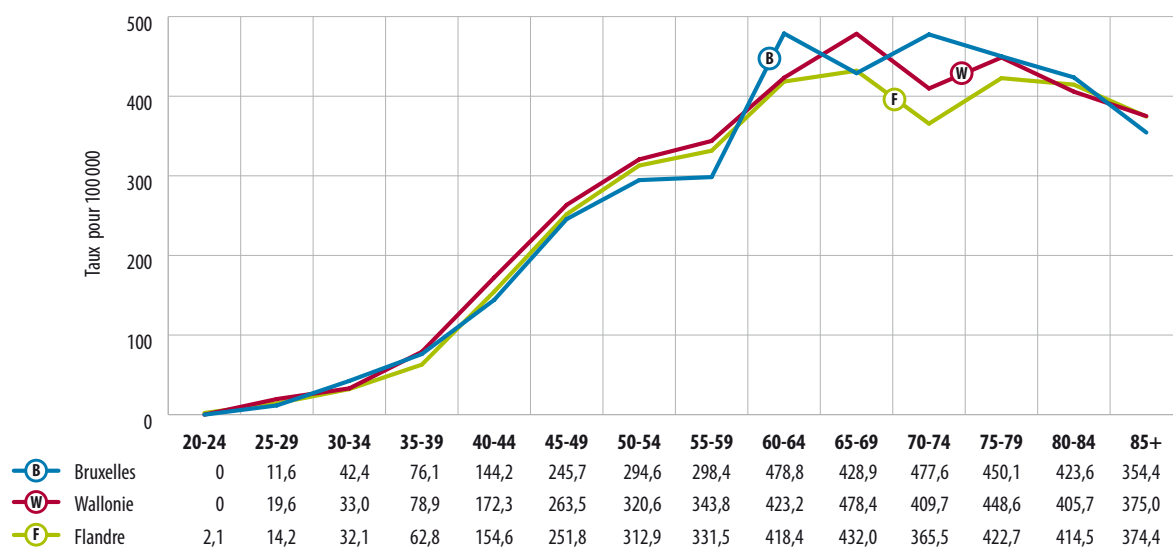


* Population européenne standard 2013

Source : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Figure 3-07

Taux brut d'incidence du cancer du sein par âge et par région, Belgique, 2012



Source : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Comme discuté ci-dessus, on n'a pas d'hypothèse actuellement quant à la position de la Région bruxelloise et de la Belgique en terme d'incidence du cancer du sein. Il faudrait pouvoir comparer entre les pays :

- La fréquence des caractéristiques individuelles favorables et défavorables.
- La pratique du dépistage, qui dans les premières années de la mise en place du programme peut donner lieu à une augmentation des cancers détectés (par rattrapage) et par la suite maintenir une incidence élevée par la détection de tumeurs moins agressives

ou qui n'auraient jamais évolué ('length time bias' et 'surdiagnostic').

- L'importance de la prescription hormonale substitutive à la ménopause.
- Les méthodes d'enregistrements des registres du cancer.

3.2 MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES BRUXELLOISES

En 2013, **208** Bruxelloises sont décédées d'un cancer du sein (en ne prenant que les cas à partir de 25 ans ; le décès par cancer du sein étant très rare avant cet âge). Elles étaient **242** femmes par an en moyenne entre 1999 et 2003, **211** entre 2004 et 2008 et **217** entre 2009 et 2013. Ce cancer représente en 2013, pour les femmes bruxelloises de 25 ans et plus, la **première cause de décès par cancer** (18,5 % des décès par cancer) et 4,2 % de l'ensemble des décès. C'est également la **première cause de décès prématuré** (décès avant 65 ans) et la deuxième cause de décès entre 65 et 74 ans, la première cause étant les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons (période 2009-2013). Entre 50 et 69 ans, tranche d'âge pour laquelle il existe un programme de dépistage organisé, le cancer du sein représente 23,0 % des décès par cancer et 10,8 % de l'ensemble des décès chez les femmes en 2013.

3.2.1 MORTALITÉ PAR ÂGE

Le risque de décéder d'un cancer du sein augmente avec l'âge, la mortalité après 70 ans étant environ 18 fois supérieure à la mortalité entre 25 et 49 ans en 2009-2013. En comparant les périodes 1999-2003, 2004-2008 et 2009-2013, on remarque que le taux brut de mortalité par âge pour 2009-2013 est très proche de celui de 2004-2008 sauf pour les 75-79 ans où il est supérieur (figure 3-08).

3.2.2 ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN

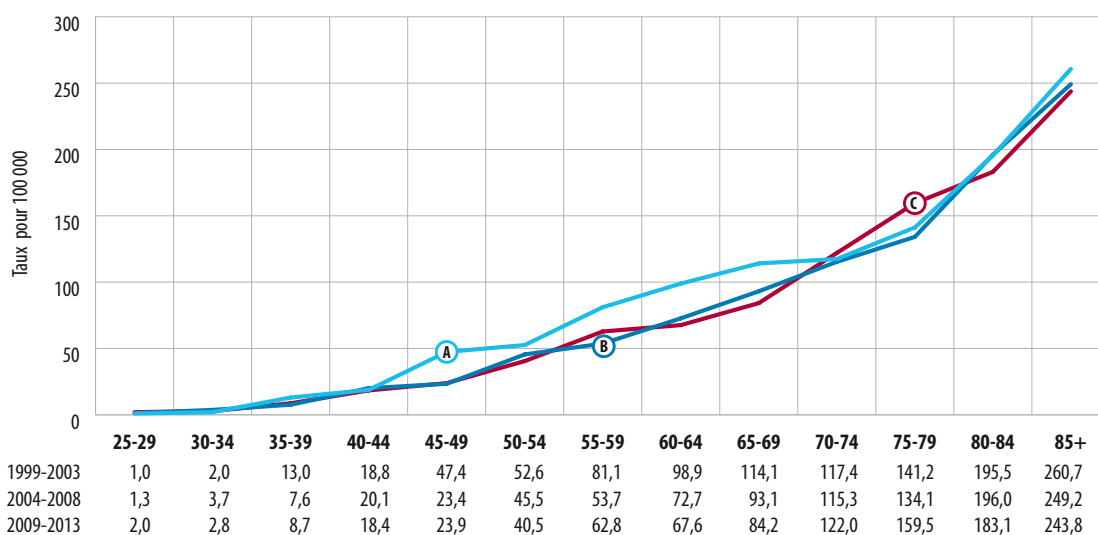
Depuis le milieu des années 80, on enregistre une diminution du taux brut de mortalité par cancer du sein ((3) et figure 3-09). C'est notamment dû au rajeunissement de la population bruxelloise, à une meilleure survie due à de meilleurs traitements et un meilleur accès à ces traitements et à une meilleure sensibilisation au cancer du sein impliquant une détection et une prise en charge plus précoce des cancers.

Pour suivre l'évolution de la mortalité en lien avec le programme de dépistage (qui s'applique aux femmes de 50 à 69 ans), il est important de distinguer trois groupes d'âge : les décès avant 50 ans (10,1 % des décès par cancer du sein en 2009-2013), qui ne peuvent être influencés par le programme de dépistage ; les décès entre 50-69 ans (31,7 % des décès en 2009-2013), qui représentent la tranche d'âge où un impact du programme sur la mortalité pourrait se marquer ; et les décès au-delà de 70 ans (58,2 % des décès en 2009-2013), résultant à la fois des cancers des années qui précèdent mais également de rechutes tardives de cancers à longue survie. L'impact du programme est de toute façon difficile à analyser car on peut s'attendre à la fois à une augmentation de la mortalité dans cette tranche d'âge par déplacement de décès qui seraient intervenus plus tôt ou une diminution par guérison vraie des cancers dépistés.

On observe que la mortalité pour les 50-69 ans diminue de façon plus importante entre 2003 et 2006, soit sept ans

Figure 3-08

Évolution du taux brut de mortalité par cancer du sein, par tranche d'âge, comparaison 1999-2003, 2004-2008 et 2009-2013, Région bruxelloise

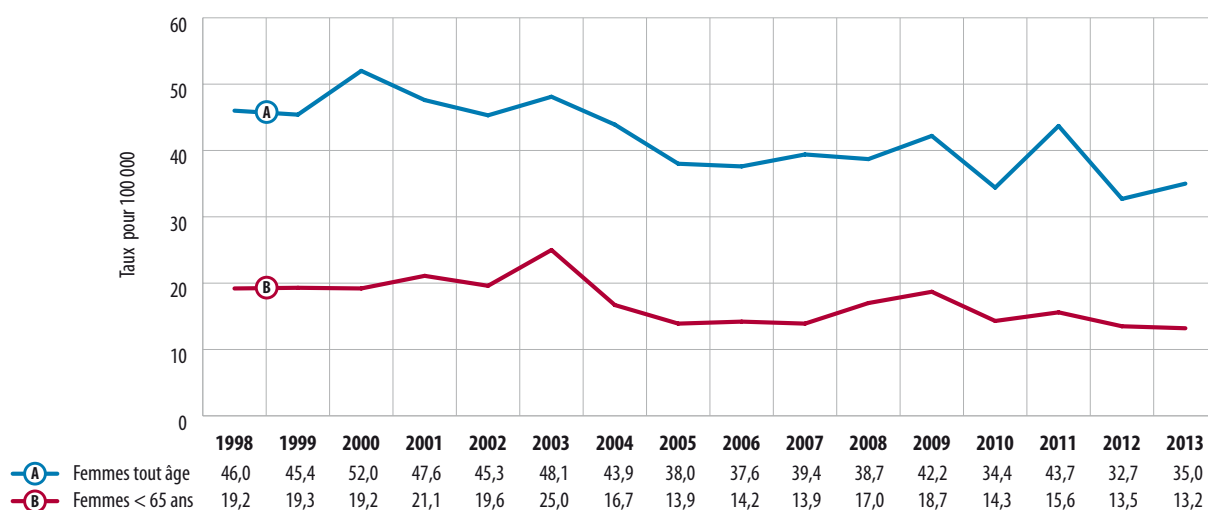


Source : DGSIE, Registre national, Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

après la publication des recommandations européennes en faveur du dépistage (figure 3-10). Le programme de dépistage organisé ne peut pas être responsable de cet impact vu qu'il ne couvre que dix pourcent des femmes éligibles et qu'il démarrait à cette période (3). À l'inverse, il faudrait explorer le rôle des mammographies opportunistes qui étaient réalisées depuis plusieurs années avant 2003 et couvraient, à l'époque déjà, environ 40 % des femmes éligibles.

Figure 3-09

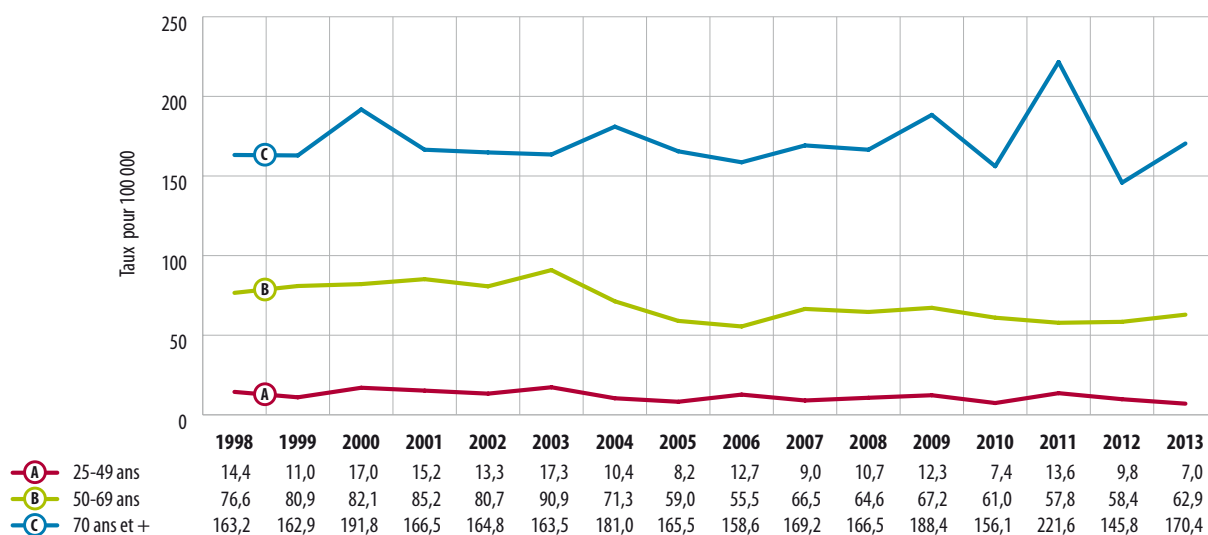
Évolution des taux bruts de mortalité tout âge et avant 65 ans par cancer du sein, Région bruxelloise, 1998 à 2013



Source : DGSIE, Registre national, Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Figure 3-10

Évolution du taux brut de mortalité par cancer du sein en fonction de l'âge, Région bruxelloise, 1998 à 2013



Source : DGSIE, Registre national, Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

3.2.3 MORTALITÉ ET INCIDENCE

Le ratio mortalité/incidence est de 0,21 en 2012 pour les Bruxelloises de 25 ans et plus : il y a donc 21 décès pour 100 cancers incidents.

Le taux d'incidence croît rapidement pour arriver à un maximum entre 60 et 74 ans puis redescend ensuite tandis que la mortalité croît constamment avec l'âge.

En 2012, chez les femmes de 50-69 ans, 39,3 % des cancers diagnostiqués étaient des cancers du sein. Le cancer du sein est d'ailleurs le cancer avec la plus forte incidence chez les femmes. En 2012, chez les femmes de 50-69 ans, 22,6 % des décès par cancer étaient des décès par cancer du sein (tableau 3-02). Cette différence entre l'incidence et la mortalité est expliquée par le très haut taux de survie à 5 ans des patientes atteintes d'un cancer du sein : ce taux était de 88 % pour la période 2004-2008 pour les Bruxelloises (4).

3.2.4 MORTALITÉ ET RÉGIONS

Le taux standardisé^[16] de mortalité par cancer du sein chez les femmes bruxelloises d'au moins 25 ans en 2011 (67,9/100 000) est plus élevé que la mortalité mesurée en Flandre (55,2/100 000).

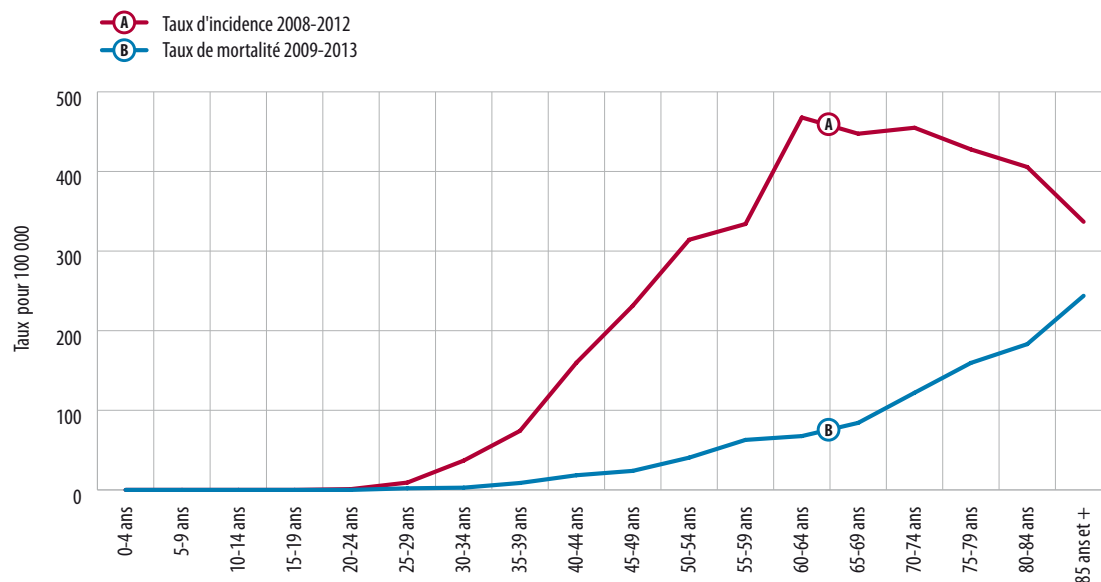
La Région bruxelloise fait également partie des régions européennes présentant les taux les plus élevés, comme la Flandre, les Pays-Bas, le Danemark, le sud de l'Irlande ou le Nord de la France. Cependant, l'important excès d'incidence ne se traduit pas par un excès de même ampleur dans la mortalité (5).

Les facteurs qui peuvent influencer le taux de mortalité sont :

- L'incidence du cancer du sein
- Le diagnostic précoce (le dépistage de cancers de grade moins avancé et de plus petite taille rend le pronostic plus favorable)
- les différences de type de cancer du point de vue moléculaire
- Les pratiques thérapeutiques (efficacité des traitements, globalité de la prise en charge, suivi)
- L'accessibilité des soins
- La qualité de l'enregistrement des causes de décès.

Figure 3-11

Taux bruts d'incidence et de mortalité du cancer du sein par âge, respectivement pour la période 2008-2012 et 2009-2013, Région bruxelloise



Source : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Tableau 3-02

Poids du cancer du sein parmi l'ensemble des cancers incidents et l'ensemble des décès par cancer par tranche d'âge, Région bruxelloise, 2012

	% cancers du sein (nombre total de cancers)	% décès par cancer du sein (nombre total de décès par cancer)
25-49 ans	42,6 (493)	34,4 (64)
50-69 ans	39,3 (1 066)	22,6 (297)
70 ans et +	27,3 (1 104)	13,8 (747)

Source : Fondation Registre du Cancer, Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

3.3 CANCER DU SEIN ET STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

La Région bruxelloise est une région urbaine très contrastée sur le plan socio-économique avec des disparités importantes, tant entre les communes qu'à l'intérieur d'une même commune. Ces inégalités socio-économiques se traduisent en inégalités de santé qui elles aussi se marquent spatialement, comme nous avons pu le voir dans la carte 3-01.

Les inégalités sociales en ce qui concerne l'incidence et la mortalité du cancer du sein sont approchées en croisant l'incidence et la mortalité avec le niveau socio-économique de la commune de résidence de la femme. La Région bruxelloise est divisée en trois catégories de communes¹⁷ selon leur niveau socio-économique¹⁸. Cet indicateur masque cependant les inégalités territoriales et sociales à l'intérieur des communes.

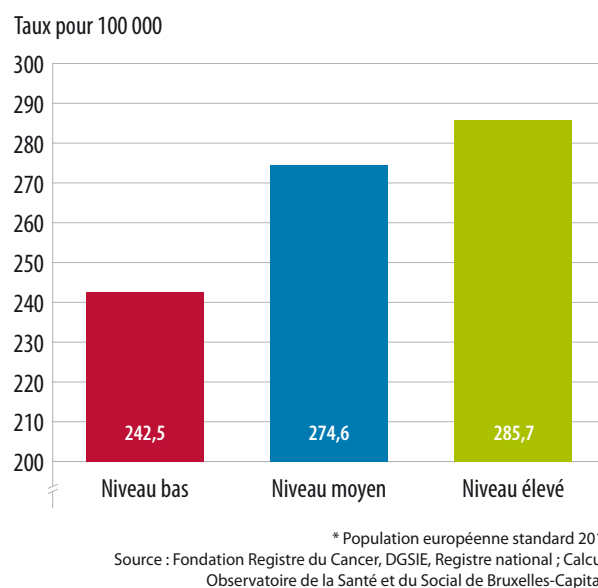
3.3.1 INCIDENCE ET STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

Le taux d'incidence est plus élevé dans les communes avec un niveau socioéconomique plus élevé et il est plus bas dans les communes avec statut socioéconomique plus bas (figure 3-12).

Ces différences d'incidence s'expliquent en partie par les différences de prévalence des facteurs de risque et facteurs protecteurs par rapport au cancer du sein et par les différences de participation au dépistage qu'il soit opportuniste ou organisé. Une proportion un peu plus grande de femmes participe au dépistage organisé dans les communes de niveau socioéconomique plus bas que dans les communes de niveau socioéconomique plus élevé mais cela ne suffit pas à combler la différence de participation totale.

Figure 3-12

Taux d'incidence standardisé* du cancer du sein, par niveau socio-économique des communes de résidence, femmes 25 ans et plus, Bruxelles, 2008-2012



Il existe une fréquence plus élevée de facteurs protecteurs (tels qu'une première grossesse jeune, un nombre plus élevé d'enfants et l'allaitement maternel) et de facteurs de risque (tabac et alcool) parmi certains groupes de population plus défavorisée ou immigrée tandis que d'autres facteurs de risque comme la prise d'hormonothérapie de substitution (HRT) s'observent plus fréquemment parmi les femmes de niveau socioéconomique plus élevé.

Le dépistage, qu'il soit opportuniste ou organisé est plus pratiqué parmi les femmes de niveau socio-économique plus élevé, ce qui pourrait contribuer à une incidence plus élevée dans ces communes, mais l'importance de ce lien n'est pas mesuré.

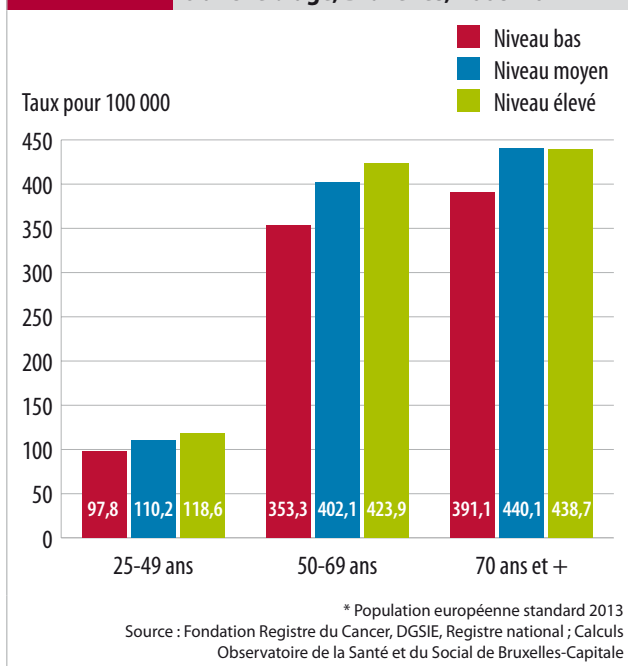
Ces différences d'incidence se retrouvent plus nettement dans la tranche d'âge des 50-69 ans (figure 3-13).

17 Les communes classées dans le groupe avec un statut socio-économique plus bas sont : Anderlecht, Bruxelles-ville, Etterbeek, Molenbeek-Saint-Jean, Saint-Josseten-Noode, Saint-Gilles et Schaerbeek, celles de statut intermédiaire : Evere, Forest, Ixelles, Jette et Koekelberg et celles de statut plus élevé : Auderghem, Berchem-Sainte-Agathe, Ganshoren, Uccle, Watermael-Boitsfort, Woluwe-Saint-Lambert et Woluwe-Saint-Pierre.

18 Plusieurs variables sont prises en compte pour construire ces catégories socio-économiques : le pourcentage de chômeurs de longue durée (> 2 ans) parmi les 50 ans et plus (ONEM), le revenu d'intégration sociale (SPP intégration sociale), la garantie de revenu aux personnes âgées (ONP), les statistiques fiscales et le statut d'occupation du logement (Enquête socioéconomique générale 2001). Dans les précédents rapports, le classement des communes était effectué avec d'autres indicateurs ; certaines communes ont changé de catégorie socio-économique.

Figure 3-13

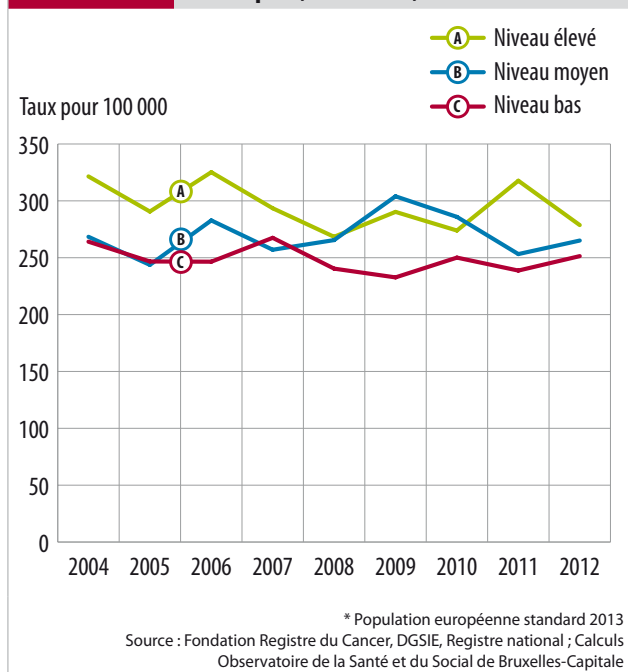
Taux d'incidence standardisé* du cancer du sein, par niveau socio-économique des communes de résidence, par tranche d'âge, Bruxelles, 2008-2012



L'écart entre les groupes de communes s'est réduit entre 2004 et 2012, essentiellement par une diminution du taux d'incidence dans les communes aisées (l'incidence est stable dans les communes de niveau socioéconomique plus bas ou intermédiaire) (Figure 3-14).

Figure 3-14

Évolution du taux d'incidence standardisé* du cancer du sein, par niveau socio-économique des communes de résidence, femmes de 25 ans et plus, Bruxelles, 2004-2012

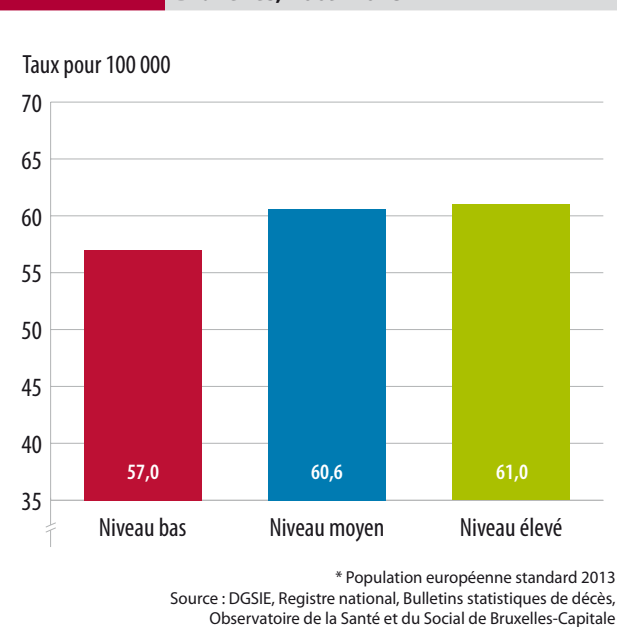


3.3.2 MORTALITÉ ET STATUT SOCIO-ÉCONOMIQUE

Contrairement à ce qui avait été constaté pour la période 2004-2008 (1), le taux de mortalité ne varie pas fortement en fonction du niveau socioéconomique de la commune¹⁹ de résidence entre 2009 et 2013 (figure 3-15). En plus des critères socio-économiques utilisés ici, des analyses sur la période 1998-2007 avaient montré que le taux de mortalité du cancer du sein varie en fonction de la nationalité (6).

Figure 3-15

Taux standardisé* de mortalité par cancer du sein, par niveau socio-économique des communes de résidence, femmes de 25 ans et plus, Bruxelles, 2009-2013



19 L'analyse de la mortalité par commune n'a pu être réalisée car il s'agit de peu de cas même sur une période de 5 ans.

RÉFÉRENCES

- (1) Deguerry M., Mazina D., De Spiegelaere M. Troisième rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise (2003-2010), Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, 2012
- (2) Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012, Globocan 2012, International Agency for Research on Cancer, World Health Organisation, France 2015
- (3) Renard F., Van Eycken L., Arbyn M. High burden of breast cancer in Belgium: recent trends in incidence (1999-2006) and historical trends in mortality (1954-2006). Archives of Public Health 69:2, 2011
- (4) Cancer Incidence in Belgium 2010, Belgian Cancer Registry, Brussels 2013
- (5) Eurostat, Statistical Atlas – Regional yearbook 2013 – Chapter 3: Health – Breast cancer deaths, 2008-2010
- (6) Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010, Commission communautaire commune, Bruxelles, 2011

4 ACTIVITÉS DU PROGRAMME BRUXELLOIS

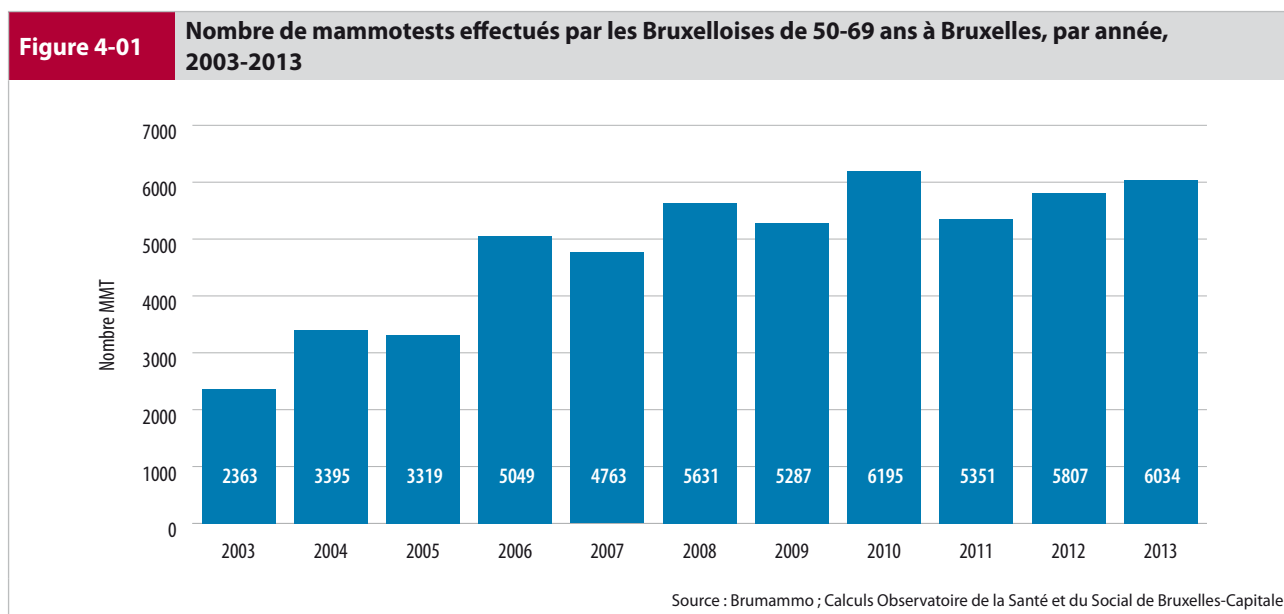
Les analyses de ce rapport concernent les mammotests effectués dans les unités de mammographie de Bruxelles par les femmes de 50 à 69 ans domiciliées en Région bruxelloise. Les données concernant les mammotests réalisés par des Bruxelloises ailleurs qu'en Région bruxelloise ne sont donc pas incluses²⁰. Les données sont issues du registre des mammotests constitué par Brumammo²¹, de 2003 à 2013. Certains résultats sont limités à la période 2009-2013 et sont présentés par année ou par round. L'année 2011 constitue une année charnière pour le programme ; de nombreux changements ont été opérés²². Les profonds changements concernant les informations collectées rendent impossible une analyse temporelle pertinente sur certaines analyses qui ne sont présentées que pour 2012 et 2013.

4.1 ACTIVITÉS DES UNITÉS DE MAMMOGRAPHIE

4.1.1 MAMMOTESTS PAR ANNÉE

En 2013, 6 034 mammotests ont été réalisés par les Bruxelloises dans une unité de radiologie de Bruxelles. Le nombre de mammotests annuels connaît une tendance à la hausse (figure 4-01).

Si l'on s'intéresse au nombre de mammotests réalisés mensuellement, on observe pour toutes les années une baisse en avril, août et décembre, ce qui semble correspondre aux vacances scolaires (non illustré).



²⁰ En ce qui concerne les mammotests des Bruxelloises effectués hors de Bruxelles entre 2011 et 2013 : 121 ont été effectués en Wallonie (42 en 2011, 45 en 2012 et 34 en 2013) et 548 en Flandre (199 en 2011, 191 en 2012 et 158 en 2013).

²¹ Pour chaque femme qui effectue un mammotest, une fiche de collecte de données est remplie dans l'unité de radiologie lors de la première lecture avec l'accord de la femme. Celle-ci est transmise à Brumammo en même temps que les clichés. Les données sont informatisées dans la majorité des unités ; seuls l'UZ et les cliniques de l'Europe transmettent un document papier que Brumammo se charge d'encoder. Une fiche similaire est remplie lors de la seconde et de la troisième lecture, le cas échéant. Les données anonymisées sont transmises à l'Observatoire pour l'évaluation du programme.

²² Voir chapitre 2

4.1.2 MAMMOTESTS PAR UNITÉ

Entre 2003 et 2013, 42 unités de radiologie ont été actives à un moment ou un autre dans le programme bruxellois dont 17 ont fonctionné sans interruption entre le 01/01/2003 et 31/12/2013. D'autre part, 9 ont arrêté complètement leur activité et deux unités actives dans le programme ont été fusionnées pour ne former qu'une seule unité. L'arrêt de l'activité d'une unité dans le cadre du programme peut-être demandé par Brumammo (1 unité), dû à une cessation complète d'activité (7 unités) ou à la demande de l'unité (1 unité). Entre 2011 et 2013,

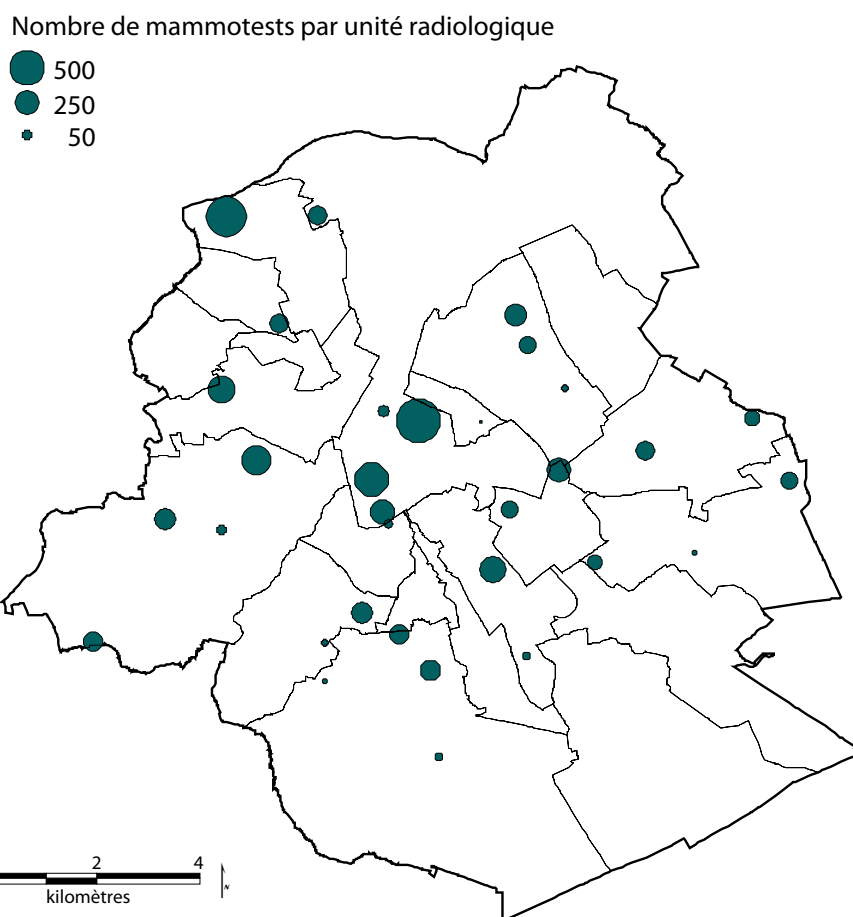
2 nouvelles unités ont rejoint le programme. En 2013, 32 unités réalisent des mammotests.

La carte 4-01 indique la localisation des 32 unités actives en Région bruxelloise en 2013 et leur volume d'activités dans le cadre du programme organisé de dépistage du cancer du sein²³.

En annexe 10-02, figure un tableau reprenant les activités par unité et par année depuis 2009 ainsi que l'évolution des moyennes mensuelles. Les deux unités réalisant le plus de mammotests pour des Bruxelloises sont la

Carte 4-01

Nombre de mammotests réalisés par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, unités actives en 2013, 2003-2013

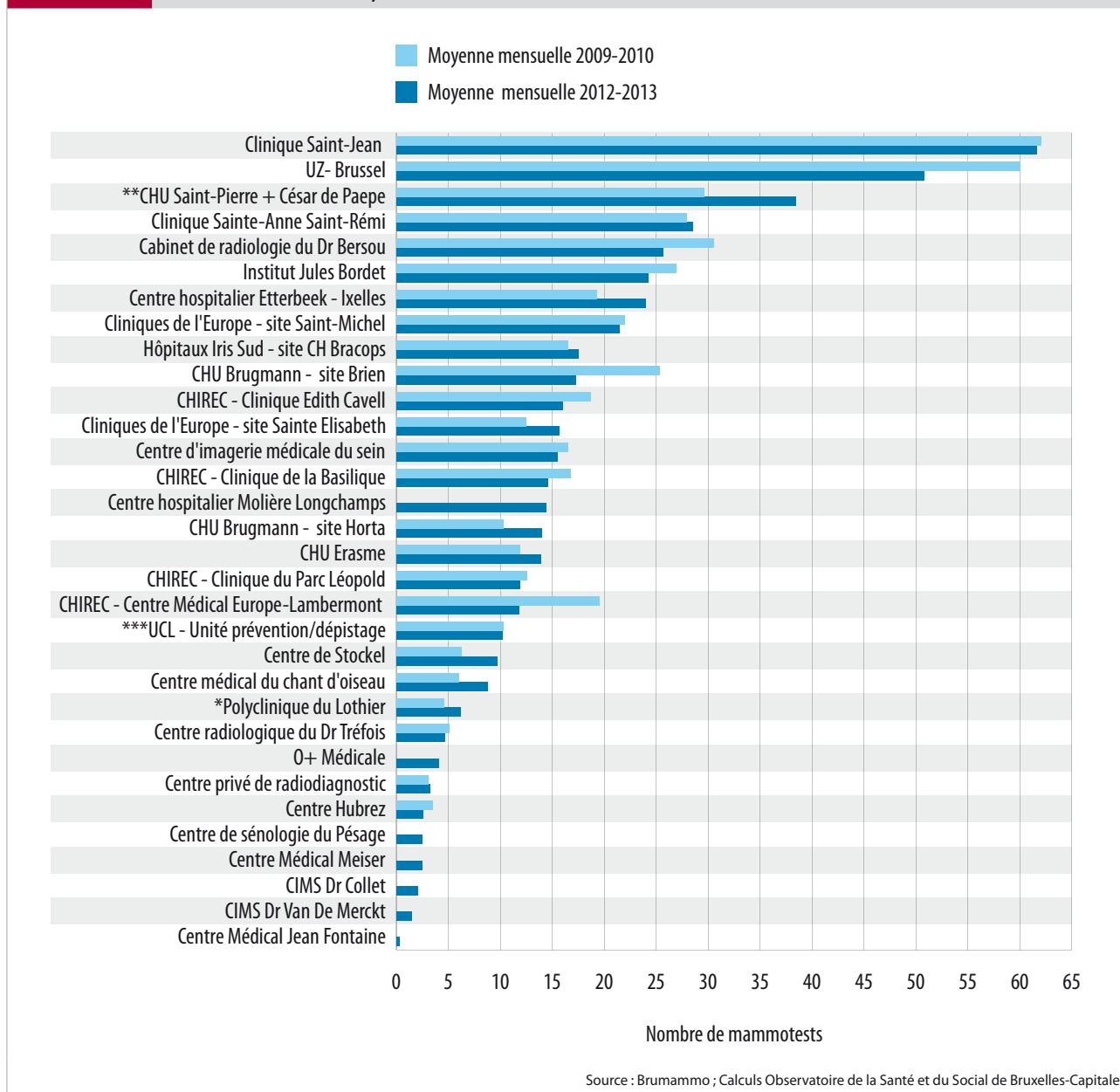


Source : Brumammo, Cartographie Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

23 Le nombre de mammotests par unité radiologique concerne uniquement les Bruxelloises, il ne reflète donc pas nécessairement l'activité totale de l'unité d'autant plus que certaines d'entre elles effectuent une grande partie de leurs mammotests pour des femmes résidant hors Région bruxelloise : par exemple, l'UZ Brussel pour les femmes résidant en Flandre. Dans le dernier rapport, les mammotests effectués à Bruxelles avaient fait l'objet d'une analyse par région de résidence de la femme mais ces données ne sont plus disponibles, car les fiches de lecture des résidentes non-Bruxelloises de certaines unités sont transférées à l'organisation chargée du dépistage du cancer du sein de leur région respective (l'UZ vers la Flandre et l'UCL vers la Wallonie depuis 2009).

clinique Saint-Jean et l'UZ-Brussel (environ 62 et 51 mammotests mensuels en moyenne en 2012/2013). Parmi les unités actives en 2013²⁴, la moyenne mensuelle a légèrement augmenté ces dernières années en passant de 478 en 2009/2010 à 493 en 2012/2013. L'évolution diffère selon l'unité : la moyenne est restée stable pour un peu moins de la moitié des unités, a augmenté (minimum +15 %) pour le tiers et diminué (minimum -15 %) pour le quart restant. Trois unités sur quatre (25 sur 32) réalisent moins de 22 mammotests par mois en 2012/2013 (figure 4-02).

Figure 4-02 Moyennes mensuelles de mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles par les unités actives en 2013, 2009/2010 et 2012/2013



24 Une unité a suspendu momentanément ses activités en 2010*, deux ont fusionné en 2007** et une dernière n'a pas été active en 2009***.

4.1.3 RECRUTEMENT GÉOGRAPHIQUE DES UNITÉS DE RADIOLOGIE

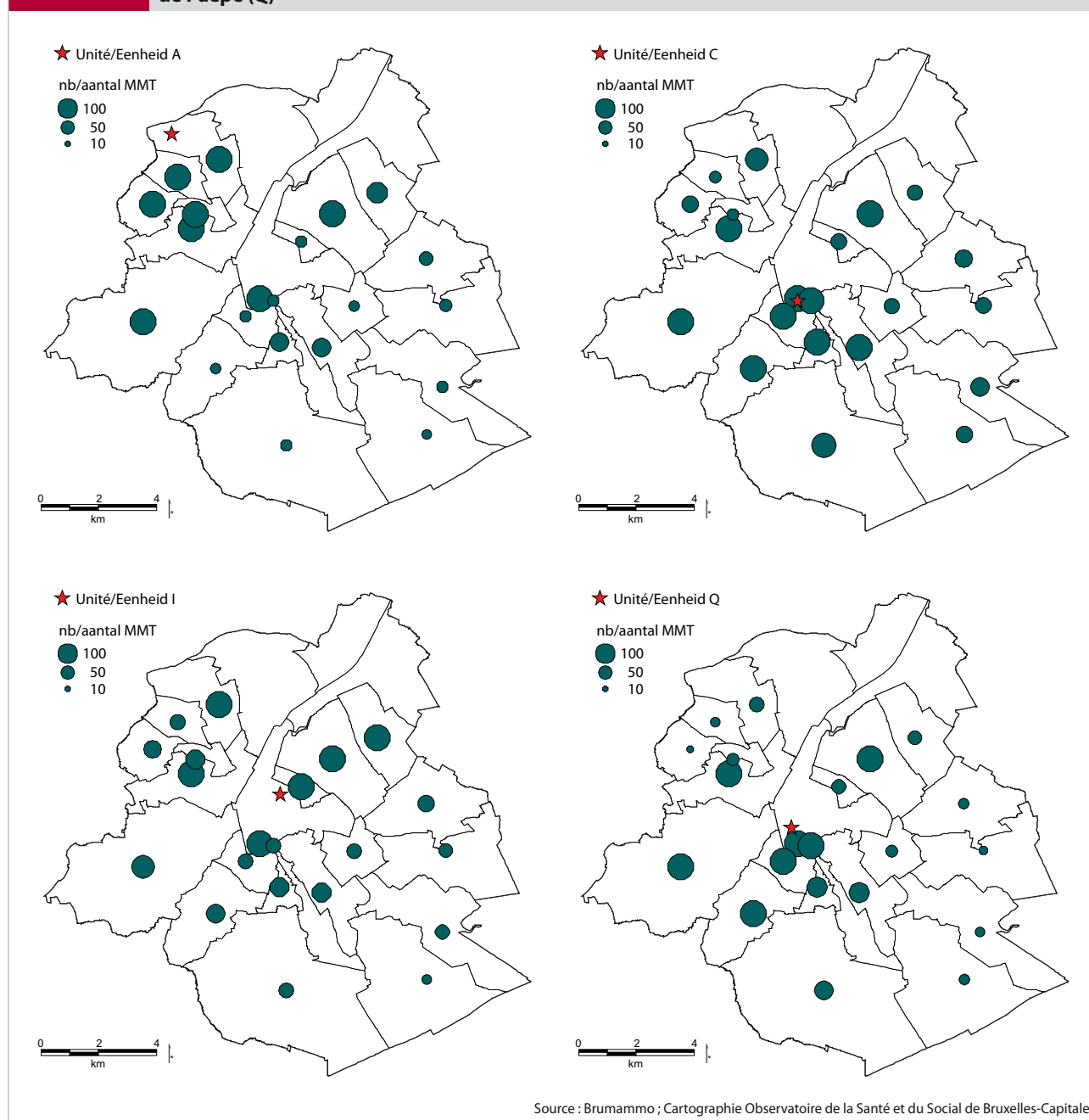
Comme observé dans les rapports antérieurs, les femmes ont tendance à effectuer un mammotest dans une unité proche de leur domicile. Plusieurs unités recrutent dans l'ensemble de la Région ; ce sont principalement des centres hospitaliers et cela reflète probablement le recrutement général de l'hôpital. Les centres hospitaliers

recrutant le plus largement sont l'UZ-Brussel, Bordet, Saint-Jean et Saint-Pierre.

Nous avons réalisé 32 cartes, une par unité, illustrant le recrutement en termes géographiques (drainage) des unités actives en 2013²⁵. Nous présentons ci-dessous les 4 unités les plus actives en 2013, l'ensemble des cartes se trouvent à l'annexe 10-03.

Carte 4-02

Commune de résidence des Bruxelloises de 50-69 ans effectuant un mammotest à Bruxelles entre 2003 et 2013, par unité radiologique : UZ-Brussel (A), Bordet (C), Saint-Jean (I), Saint-Pierre et Caesar de Paepe (Q)



25 Pour une meilleure représentativité, nous avons cependant étudié la provenance géographique des femmes sur l'entièreté de la période 2003-2013.

4.2 ACTIVITÉS DU PROGRAMME

4.2.1 INVITATIONS

Tous les deux ans, une lettre²⁶ est envoyée aux femmes de 50 à 69 ans pour les inviter à participer au programme. Pour respecter les conditions d'âge, les femmes pourront effectuer un mammotest à partir de l'année civile durant laquelle elles fêteront leurs 50 ans (même si elles n'ont que 49 ans) jusqu'à l'année de leurs 69 ans (le mammotest ne pourra plus être réalisé dès le 1er janvier de l'année des 70 ans même si la femme est toujours âgée de 69 ans) (voir point 2.2.2).

Entre 2010 et 2013, le nombre annuel d'invitations envoyées est passé de 57 802 à 58 499 (tableau 4-01). En 2012-2013, 93,9 % des femmes de 50-69 ans inscrites au Registre national ont été invitées. Ce taux est analysé sur deux ans car il s'agit de la période nécessaire pour inviter l'ensemble de la population.

Dans l'enquête santé, on constate une légère hausse du pourcentage de femmes entre 50 et 69 ans disant avoir reçu une invitation entre 2008 (61 %) et 2013 (72 %) (1).

En 2012/2013, le taux d'invitation augmente avec l'âge (tableau 4-02), le même constat avait été dressé pour 2005/2006²⁷. En 2012, 145 femmes ont été invitées alors qu'elles avaient atteint l'âge de 70 ans ou plus (non illustré).

Tableau 4-01 Nombre et taux d'invitation des Bruxelloises de 50-69 ans, par année et par round, 2003 à 2013

Année	Population cible	Nombre d'invitations	Taux d'invitation
2003	100 063,5	29 382	29,4
2004	100 927,5	45 634	45,2
2005	101 719,5	32 059	31,5
2006	102 613,0	49 829	48,6
2007	103 832,0	50 801	48,9
2008	105 303,5	54 310	51,6
2009	107 164,0	46 781	43,7
2010*	108 286,0	57 802	53,4
2011*	111 228,0	52 069	46,8
2012*	113 828,0	49 182	43,2
2013*	115 535,0	58 499	50,6
Rounds			
2003-2004	100 495,5	75 016	74,6
2004-2005	101 323,5	77 693	76,7
2005-2006	102 166,3	77 374	75,7
2006-2007	103 222,5	100 630	97,5
2007-2008	104 567,8	105 111	100,5
2008-2009	106 233,8	101 091	95,2
2009-2010	107 725,0	104 583	97,1
2010-2011	109 757,0	109 871	100,1
2011-2012	112 528,0	101 251	90,0
2012-2013	114 682,0	107 681	93,9

* Population au 01 janvier de l'année.

Source : Brumammo, DGSIE, Registre national ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

26 Les destinataires des lettres d'invitations sont identifiées à partir d'un fichier de population cible (femmes de 50 à 69 ans) transmis par la Banque Carrefour de Sécurité Sociale, l'institution couplant les données du Collège intermutualiste avec les données du Registre national. Ce fichier initial doit en permanence être maintenu à jour par l'envoi de corrections concernant les femmes ayant déménagé, les femmes décédées, les femmes atteignant 69 ans ainsi que les nouvelles femmes entrant dans la population cible. Le fichier initial de 2003 ne contenait que 67 % de la population cible et l'entièreté du fichier n'a été reçu qu'en 2006. Courant 2010, le non envoi de 40 % des corrections a conduit à l'envoi d'un nouveau fichier en août 2011.

27 En 2007, la part de femmes invitées diminue avec l'âge : cela est dû en partie au rattrapage de femmes non invitées les années précédentes pour cause de fichier incomplet qui avaient en majorité un profil plus jeune que les autres (non illustré).

Tableau 4-02

Pourcentage de Bruxelloises invitées par rapport aux Bruxelloises inscrites au Registre national, par groupe d'âge, 2012/2013

Âge	Population*	Invitations	Taux d'invitation
50-54 ans	34 285,5	29 875	87,1
55-59 ans	30 834,0	29 739	96,4
60-64 ans	26 944,5	25 871	96,0
65-69 ans	22 617,5	22 051	97,5
Total	114 681,5	107 536	93,8

* Population au 01 janvier de l'année
Source : Brumammo, DGSIE, Registre national ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

4.2.2 MAMMOTESTS

Taux de couverture

Le taux de couverture mesure le pourcentage de femmes de 50 à 69 ans ayant effectué un mammotest parmi les femmes de cette même tranche d'âge inscrites au Registre national pour une période donnée (ici période de deux ans puisque c'est le temps nécessaire pour inviter l'ensemble des femmes).

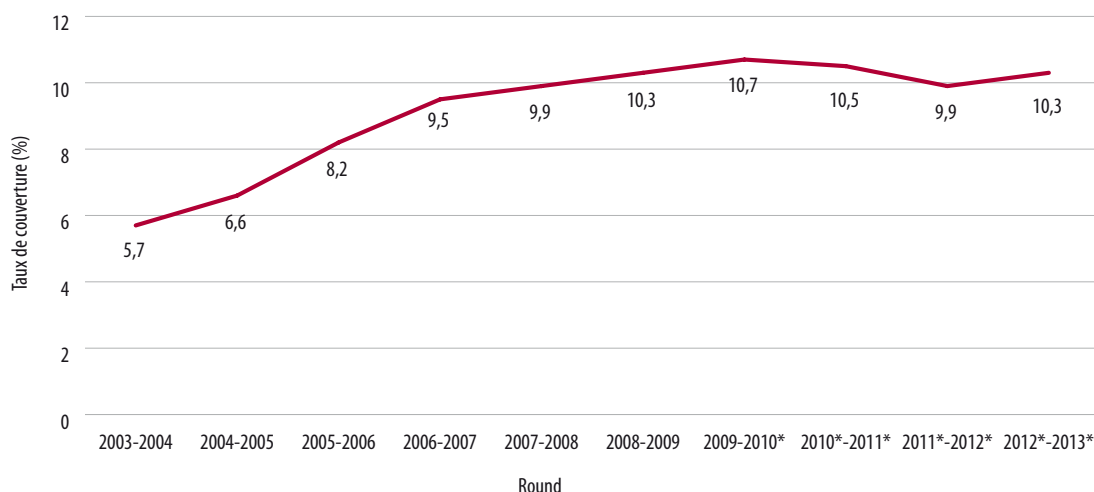
En 2012/2013, le taux de couverture (nombre de mammotests/population cible) est de 10,3 %. Entre 2009/2010 et 2012/2013, il fluctue entre 9,9 et 10,7 % (figure 4-03). Comme dit précédemment, l'habitude de dépistage opportuniste préalable à la mise en place du programme en Région bruxelloise fait que le pourcentage de femmes effectuant des mammographies de dépistage est bien plus élevé que le taux de couverture par mammotest ne le laisse supposer. Selon l'atlas IMA/ AIM (3), le taux de couverture était en 2011-2012 de 10,2 % par mammotest et de 42,7 % par mammographie 'diagnostique'²⁸, ce qui équivaut à un taux de couverture globale de 52,9 %. Ce taux global est cependant inférieur au taux de 70 % recommandé par l'Europe.

Le huitième rapport de l'AIM comparant les rounds 2007-2008 à 2009-2010 rapporte que par rapport au taux de couverture avant le début du programme, la couverture totale mammographie plus mammotest n'a augmenté que de 6 % en Région bruxelloise. L'analyse de suivi des femmes montre qu'environ la moitié des femmes qui participent pour la première fois au dépistage organisé entre 2002 et 2009 ont déjà réalisé une mammographie dite 'diagnostique' au cours de la période²⁹ (4).

Selon les enquêtes de santé (1), la proportion de femmes bruxelloises de 50-69 ans déclarant avoir eu une mammographie au décours des deux dernières années est de 75 % en 2013 versus 70 % en 2008.

Figure 4-03

Taux de couverture par mammotest, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, par round, 2003-2013

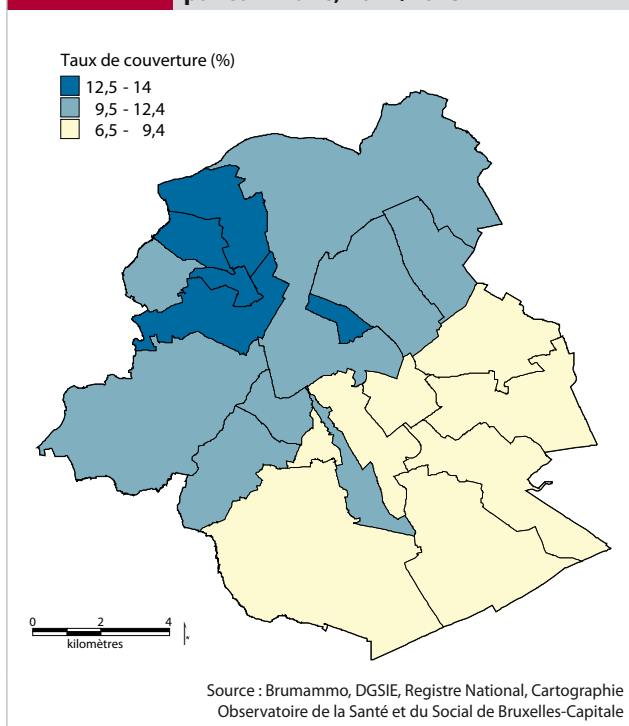


* Population au 01 janvier de l'année
Source : Brumammo, DGSIE, Registre national ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

- 28 La nomenclature ne permet pas de distinguer les mammographies effectuées hors du programme à des fins de dépistage des véritables mammographies diagnostiques effectuées suite à une plainte ou une anomalie constatée ; le seul code de dépistage est le code du mammotest.
- 29 À cette proportion s'ajoutent celles qui ont réalisé une mammographie dite 'diagnostique' avant 50 ans ou avant 2002.

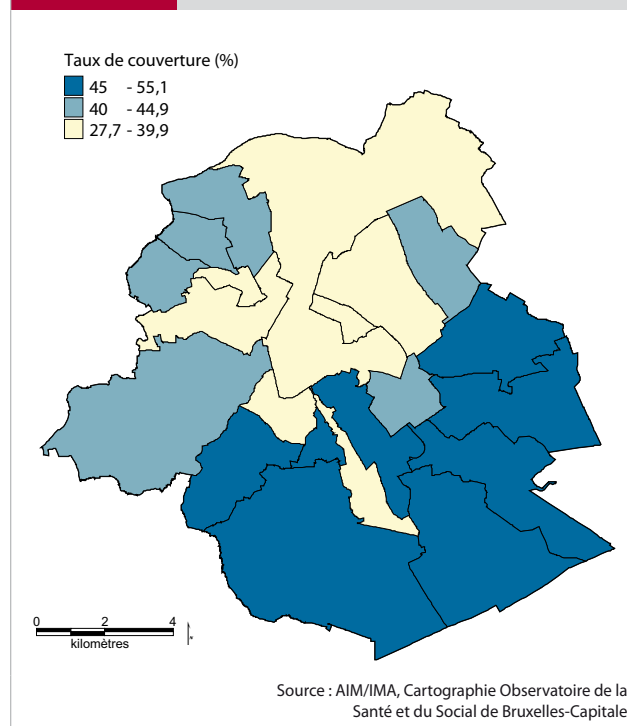
Carte 4-03

Taux de couverture par mammotest, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, par commune, 2012/2013



Carte 4-04

Taux de couverture par mammographie diagnostique par commune, Bruxelloises de 50-69 ans, 2011/2012



Parmi les Bruxelloises de 50 à 69 ans ayant participé à l'enquête santé de 2013, 49 % disent avoir effectué la dernière mammographie il y a moins d'un an, 25 % entre un et deux ans, 20 % il y a plus de deux ans et 6 % n'ont jamais eu ce type d'examen.

En Flandre, le taux de couverture du programme organisé atteint 51,2 % en 2011-2012 (2). D'après l'atlas IMA/AIM (3), le taux de couverture en Flandre en 2011-2012 était de 49,6 % par mammotest et de 18,4 % par mammographie 'diagnostique', soit un taux de couverture globale de 68,0 %. En Wallonie, le taux de couverture au programme organisé est de 8,8 % en 2012-2013 (communication personnelle Michel Candeur, Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers asbl). Selon l'atlas IMA/AIM (3), en Wallonie, le taux de couverture était en 2011-2012 de 7,2 % par mammotest et de 48,4 % par mammographie 'diagnostique'; le taux de couverture globale est donc de 55,6 %. Le taux bruxellois (52,9 %) se situe donc en dessous des taux des deux autres régions.

Le taux de couverture augmente avec l'âge, passant de 8,2 % pour les femmes de 50 à 54 ans à 11,7 % pour les femmes de 65 à 69 ans en 2013.

La carte 4-03 illustre la couverture par mammotest en 2012/2013 dans les différentes communes. Les communes situées au nord-ouest de la région (Jette, Ganshoren, Koekelberg et Molenbeek) et Saint-Josse-ten-Noode présentent les taux de couverture les plus élevés. Les taux sont restés relativement stables pour l'ensemble des communes entre 2009/2010 et 2012/2013.

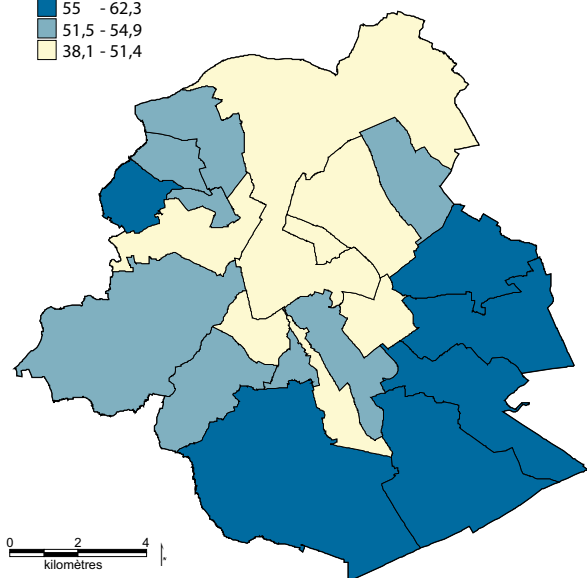
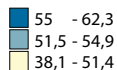
Si l'on compare la carte 4-03 à la carte 4-04 illustrant les taux de couverture par 'mammographie diagnostique'³⁰, on constate que les communes à haut taux de couverture sont situées au sud-est de la région; il semblerait donc que le programme effectue bien un 'rattrapage'.

30 Données 2011/2012 issues de l'Atlas de l'Agence Intermutualiste (3).

Carte 4-05

Taux de couverture totale par commune, Bruxelloises de 50-69 ans, 2011/2012

Taux de couverture (%)



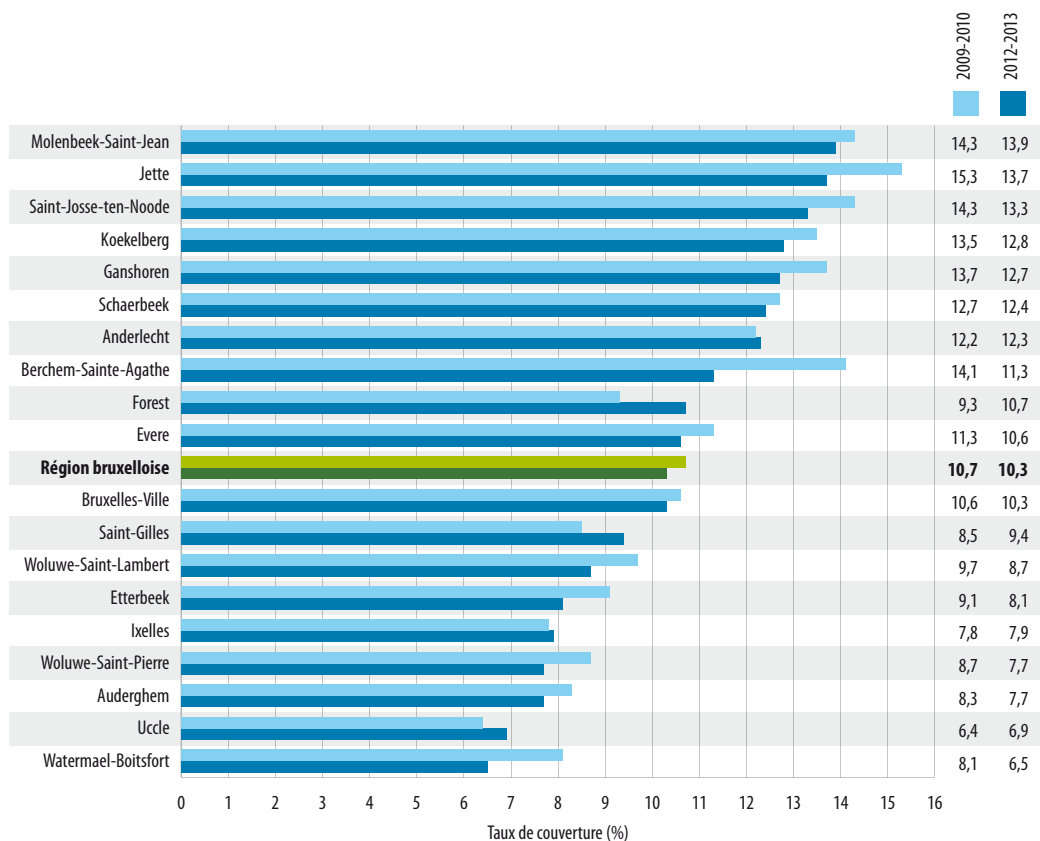
Source : AIM/IMA, Cartographie Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

La carte 4-05 illustre les taux de couverture totale (mammotest + mammographie 'diagnostique') par commune. Il est intéressant de rapprocher cette carte de la carte 3-01 du chapitre III illustrant les taux d'incidence standardisés par commune. La similarité ne signifie cependant pas que le taux de couverture est le seul facteur influençant l'incidence.

Entre 2009/2010 et 2012/2013, le taux de couverture par mammotest par commune (figure 4-04) est relativement stable.

Figure 4-04

Taux de couverture par mammotest, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, par round et commune de résidence, 2009/2010 et 2012/2013



Sources : Brumammo, DGSIE, Registre National ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Taux de participation

Le taux de participation mesure le nombre de femmes ayant passé un mammotest par rapport au nombre de femmes invitées. Les résultats diffèrent peu du taux de couverture détaillé ci-dessus.

Le taux de participation entre 2009/2010 et 2012/2013 est stable, respectivement de 10,5 et 11,0 %.

Comme pour les années antérieures (5), le taux de participation augmente avec l'âge en 2013.

RÉFÉRENCES

- (1) Demarest S., Charafeddine R. (éd) Enquête de santé, 2013. Rapport V : Prévention – 3. Dépistage du cancer (Auteur: Tafforeau J.). Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, 2015, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique. Numéro de dépôt. D/2015/2505/23
- (2) Van Limbergen E., Beyltens P., Vande Putte G., Coelst M.E., Martens P., Goossens M., Van der Burg M., Kellen E., Verschuere V., Devriendt M., Vandervorst S., Bleyen L., Van Hal G., Bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Vlaanderen, Jaarrapport 2012, 2013
- (3) Agence Intermutualiste IMA/AIM, Atlas (site interactif : <http://atlas.aim-ima.be/home.aspx?ReturnUrl=%2f>)
- (4) Fabri V, Leclercq A, Boutsen M. Programme de dépistage du cancer du sein, Comparaison du troisième (2007-2008) et du quatrième tour 2009-2010 - Rapport numéro 8 de l'Agence Intermutualiste. Bruxelles : Agence Intermutualiste ; 2014 Sep.
- (5) Deguerry M., Mazina D., De Spiegelaere M. Troisième rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise (2003-2010), Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, 2012

5 CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES PARTICIPANT AU DÉPISTAGE

Les femmes sont à la fois le public cible et l'acteur principal du programme. Comprendre ce qui peut freiner ou favoriser leur participation est utile à la mise en œuvre du programme.

Les analyses de cette partie ont été faites en croisant les données concernant les invitations et les mammotests avec les caractéristiques disponibles pour les femmes (âge, lieu de résidence et mode de participation au programme). Pour les premières années du programme, la qualité des données ne permet pas de faire ce croisement parfaitement ; les analyses sont donc faites sur un total de mammotests moindre mais nous n'avons pas de raison de penser que cela entraîne un important biais de sélection. Par contre, depuis la modification du formulaire de résultat en 2011, la qualité des données est supérieure comme toutes les informations doivent obligatoirement être collectées³¹.

5.1 PARTICIPATION AU DÉPISTAGE

5.1.1 ÂGE DES FEMMES AU PREMIER MAMMOTEST

Le dépistage par mammotest est recommandé à partir de 50 ans. L'âge au premier mammotest reflète l'âge auquel les femmes rentrent dans le programme, tout en sachant qu'une partie des femmes peuvent passer du dépistage opportuniste au dépistage organisé et vice versa.

En 2012/2013, après neuf ans de programme, seul 41 % des femmes participant pour la première fois avaient entre 50 et 54 ans.

En Flandre, 77,0 % des femmes réalisant leur premier mammotest en 2012 ont entre 50 et 54 ans (2).

5.1.2 MODE ET RAISONS DE PARTICIPATION

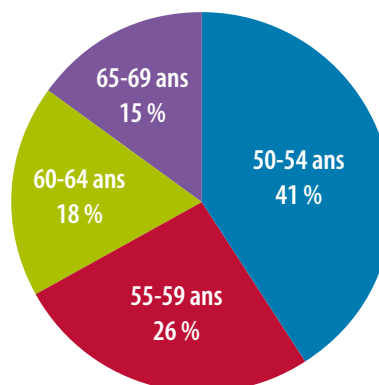
Lorsque la femme se présente pour son mammotest, il est prévu d'enregistrer si la femme fournit une invitation émanant du centre de référence Brumammo ou une prescription d'un médecin³².

31 Voir chapitre 2 Brumammo

32 Si la femme fournit les deux, elle est enregistrée, depuis 2011, comme venant avec une invitation et une prescription. Auparavant, elle était considérée comme venant avec une prescription.

Figure 5-01

Distribution de l'âge des femmes effectuant leur premier mammotest, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, par tranche d'âge, 2012/2013



Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Jusqu'en 2010, cette information est mal enregistrée et le pourcentage de données manquantes oscillait autour de 24 % avec une grande différence entre les unités quant à la compliance à cette demande. Cette donnée devait donc être analysée avec prudence. Au cours de l'année 2011, ce système d'enregistrement a été modifié : désormais, il existe une troisième modalité «invitation et prescription» qui permet de distinguer les femmes se présentant avec les deux documents. Une autre catégorie a également été créée pour les rappels. De plus, l'enregistrement du mode de participation a été rendu obligatoire, le problème des données manquantes a donc été résolu. Suite à ces différentes modifications, une analyse temporelle est exclue et seuls les résultats pour les deux dernières années seront analysés.

En 2012 et 2013, la participation par invitation est déclarée par 59,3 % des femmes. Moins d'une femme sur dix se présente avec à la fois l'invitation et la prescription. Les mammotests réalisés suite à un rappel pour mammotest ininterprétable restent exceptionnels : ce phénomène est sous-estimé car en pratique, les radiologues recommencent immédiatement le mammotest ininterprétable et n'enregistre que le deuxième examen. Il est intéressant de noter que le taux de participation par invitation augmente avec l'âge au détriment de la prescription (tableau 5-01).

La participation par invitation est prédominante pour toutes les communes de résidence mais des disparités ont été constatées (non illustré). En 2012/2013, la proportion des femmes qui font le mammotest suite à une invitation

varie de 49 % (Ganshoren) à 77 % (Auderghem). Le taux de prescription oscille entre 16 % (Auderghem) et 42 % (Schaerbeek). Ces différences peuvent avoir différentes causes : comportement des médecins, influence des activités de promotion dans les communes, influence des unités radiologiques sur la réorientation des prescriptions vers le bilan sénologique plutôt que le dépistage, etc.

En Flandre, une enquête effectuée en 2002 auprès des femmes participantes et non participantes a montré que la lettre d'invitation personnalisée était le moyen le plus efficace pour motiver les femmes flamandes à participer au dépistage organisé³³ ; les médecins généralistes étaient beaucoup moins mentionnés (3).

Dans le cadre de l'enquête de santé 2013 (1), on a demandé aux femmes quelles étaient les raisons qui les ont incitées à faire une mammographie (tableau 5-02) :

- la moitié des femmes (49,0 %) citent les conseils du gynécologue comme raison d'avoir effectué une mammographie ;
- un peu moins d'un quart (22,5 %) font référence au médecin généraliste ;
- un cinquième (19,5 %) citent l'histoire familiale ou personnelle ;
- une sur six (16,0 %) mentionne la lettre d'invitation.

Les autres motifs (douleur/anomalie détectée par la femme, suivi/anomalie découverte par le médecin et autre raison) sont moins fréquemment invoqués (respectivement 5,5 %, 7,0 % et 6,5 %).

Comme il s'agit ici de l'ensemble des mammographies (dans et hors programme), il est normal que l'invitation ait moins de poids et que le gynécologue soit prépondérant, celui-ci prescrivant essentiellement des mammographies hors programme. Pour améliorer la participation au dépistage organisé et sensibiliser les femmes qui n'ont jamais participé, l'AIM/IMA (4) offre la possibilité de promouvoir le mammothest à travers leur médecin généraliste. Un projet pilote a été opérationnalisé en Flandre début 2013.

Une analyse complémentaire des données de l'enquête de santé 2008 révèle que les femmes qui ont effectué un dépistage du cancer du col, un dépistage pour lequel le rôle du gynécologue est généralement prépondérant ont 2,5 fois plus de chances de faire une mammographie. Les gynécologues réfèrent cependant plus souvent les femmes vers la mammographie diagnostique. Les femmes qui n'ont pas de contact avec un gynécologue sont moins susceptibles d'être sensibilisées à l'intérêt de la mammographie. Ce sont ces femmes qui pourraient être la cible des efforts de sensibilisation. Des expériences

Tableau 5-01

Distribution des mammothests par mode de participation et par âge, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2012/2013

Âge	Invitation		Prescription		Invitation et prescription		Rappel		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
50-54 ans	1 481	52,4	1 145	40,5	199	7,0	0	0,0	2 825
55-59 ans	1 999	59,4	1 163	34,5	204	6,1	1	0,0	3 367
60-64 ans	1 834	61,2	972	32,4	193	6,4	0	0,0	2 999
65-69 ans	1 704	64,3	775	29,2	171	6,5	0	0,0	2 650
Total	7 018	59,3	4 055	34,2	767	6,5	1	0,0	11 841

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Tableau 5-02

Facteurs de motivation à effectuer une mammographie, Bruxelloises de 50 à 69 ans, 2013

	% femmes*
Sur conseil de son médecin de famille, sans plainte ni anomalie particulière	22,5
Sur conseil de son gynécologue, sans plainte ni anomalie particulière	49,0
Histoire familiale ou personnelle (kyste, tumeur ou cancer du sein chez la femme ou parmi des membres de la famille ou elle a subi une opération chirurgicale au niveau du sein)	19,5
Douleur ou anomalie découverte par la femme à l'un de ses seins (une boule par exemple)	5,5
Suivi d'un examen effectué précédemment ou anomalie découverte par le médecin à l'un des seins pendant un examen	7,0
Suite à une lettre d'invitation	16,0
Pour une autre raison	6,5

* Plusieurs réponses possibles.
Source : Enquête santé 2013, WIV-ISP

33 Dans le programme flamand, la lettre d'invitation contient une invitation précise au dépistage : lieu, date et heure sont fixés.

pilotes sont en cours en Flandre pour les sensibiliser par le biais de leur médecin généraliste.

En résumé, en 2013 (1), si l'on s'intéresse à l'ensemble des raisons citées par les femmes effectuant une mammographie (plus d'une réponse possible) :

- 88 % concernent des fins de dépistage (sur conseil médical sans plaintes ni anomalies particulières ou suite à la lettre d'invitation) ;
- 13 % des raisons sont en rapport avec une mammographie diagnostique (suivi d'un examen, douleur, anomalie à l'examen clinique) ;
- 20 % un risque personnel ou familial.

Selon l'enquête de santé 2013, 25,2 % des femmes déclarent ne pas avoir effectué de dépistage suite à la réception de la lettre d'invitation ; la principale raison invoquée était le fait d'avoir réalisé un examen peu de temps auparavant (62,4 %) (tableau 5-03). L'absence de conviction de la part de la femme ou du médecin face à l'examen concerne 10,8 % des femmes. Le désagrément de l'examen est cité par 6,5 % des femmes (1).

5.1.3 DÉLAI ENTRE INVITATION ET MAMMOTEST

Pour les femmes ayant effectué un premier mammothest en 2013, nous nous sommes intéressés au délai entre ce mammothest et l'envoi de l'invitation. Notons que la date d'invitation est estimée à partir de la date de naissance. Ceci entraîne une certaine imprécision dans notre estimation. Depuis que l'envoi se fait tous les deux mois au lieu de tous les mois, le délai moyen est plus long et moins précis.

En 2013, 4,7 % des femmes effectuent leur premier mammothest endéans le premier mois après l'envoi de l'invitation ; on observe un pic entre un et deux mois (figure 5-02). 50 % des femmes effectuent leur mammothest dans les cinq mois après l'envoi de leur invitation, 90 % dans les 18 mois. En 2010, ce délai était plus court : 14,6 % des femmes réalisaient leur premier dépistage au cours du premier mois après envoi de l'invitation, 50 % le faisaient dans les quatre mois et 90 % dans les 15 mois.

Tableau 5-03

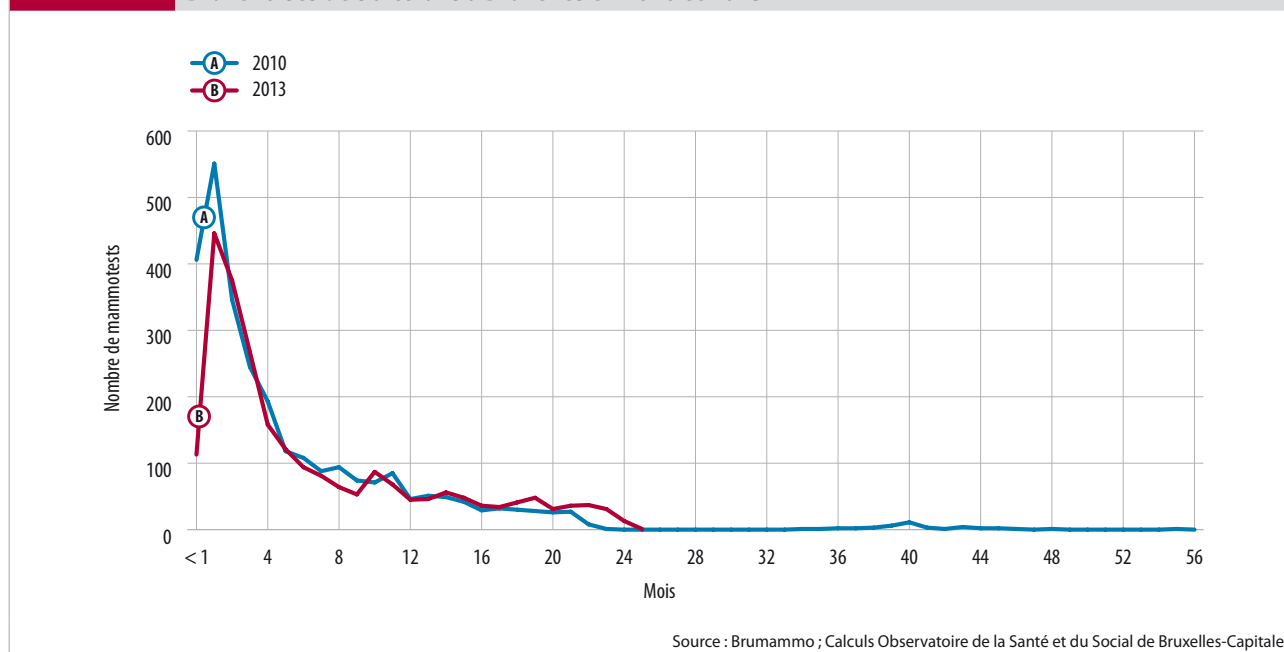
Facteurs de motivation à ne pas effectuer une mammographie suite à la lettre d'invitation, Bruxelloises de 50 à 69 ans, 2013

	% femmes*
Parce qu'elle avait déjà passé une mammographie de dépistage peu de temps auparavant	62,4
Temps ou coût	3,2
Pas nécessaire / déconseillé / pas dans le groupe cible	10,8
Parce qu'elle trouve cet examen désagréable	6,5
A subi opération / autre raison	23,7

* Plusieurs réponses possibles.
Source : Enquête santé 2013, WIV-ISP

Figure 5-02

Distribution des délais entre l'invitation et le mammothest, premiers mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles en 2010 et 2013



Ce délai diffère selon le(s) document(s) présenté(s) par la femme : les femmes présentant au moins l'invitation³⁴ effectuent plus rapidement leur premier mammotest : 50 % de ces femmes réalisent leur premier mammotest dans les 4 mois suivant l'invitation alors que celles munies d'au moins une prescription³⁵ le font dans les 9 mois (résultats non illustrés).

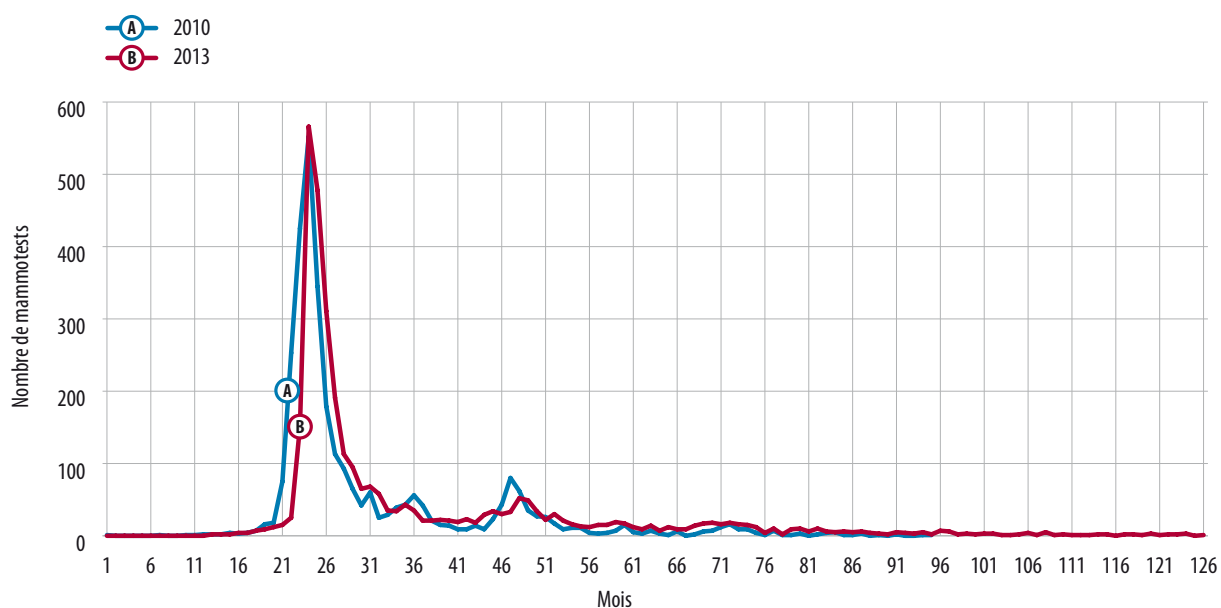
En Flandre, le délai entre deux participations est de plus en plus condensé autour de 24 mois au cours des années. En 2012, 81,6 % des femmes ayant effectué un mammotest l'ont fait dans les 21 à 27 mois suivant leur précédente participation, 90 % des femmes participent à nouveau dans un délai de maximum trois ans (2).

5.1.4 DÉLAI ENTRE DEUX MAMMOTESTS

Le délai entre deux participations est concentré autour de 24 mois. Le pourcentage de femmes effectuant un deuxième mammotest dans un délai compris entre 21 et 27 mois a diminué : il est de 52,9 % en 2013 alors qu'il était de 62,8 % en 2010. Le pic autour de 48 mois correspond à la période où le round suivant commence et est probablement dû à la réception d'une nouvelle invitation. Parmi les femmes ayant effectué un mammotest subséquent en 2013, 70,8 % l'ont effectué dans les 3 ans, ce qui est le délai recommandé par l'Europe (figure 5-03).

Figure 5-03

Distribution du délai entre deux mammotests, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2010 et 2013



Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

34 Uniquement une invitation ou à la fois une invitation et une prescription

35 Uniquement une prescription ou à la fois une invitation et une prescription

5.2 FIDÉLISATION AU PROGRAMME

Chaque année de nouvelles femmes font leur premier mammotest tandis que d'autres en sont à leur 2ème, 3ème, 4ème etc. mammotest. Dans le tableau 5-04, on retrouve par année le nombre de premiers, deuxièmes, troisièmes, quatrièmes, cinquièmes et sixièmes mammotests³⁶.

Le nombre de premiers mammotests a augmenté au décours des trois premiers rounds, notamment grâce à une meilleure couverture des invitations pour diminuer de nouveau au 4ème et 5ème round. Assez logiquement cependant, la proportion de premiers mammotests sur le total des mammotests effectués par round diminue puisqu'on a de plus en plus de mammotests subséquents (tableau 5-05). Dans un schéma idéal où toutes les femmes invitées participeraient selon le planning, le pourcentage de premiers mammotests représenterait un peu plus de dix pourcent des mammotests réalisés.

L'analyse de la fidélisation au dépistage³⁷ (opportuniste et organisé sans discernement) réalisée par l'IMA montre que le pourcentage de femmes encore dépistées après 6 ans est semblable dans les trois régions du pays et n'est que de 55 % pour la Belgique considérée dans son ensemble. Ce pourcentage de femmes toujours dépistées après six ans est faible et rappelle la difficulté de fidéliser au dépistage qu'il soit opportuniste ou organisé (4).

Année	MMT1	MMT2	MMT3	MMT4	MMT5	MMT6	Total MMT	% de MMT1
2003	1 536						1 536	100,0
2004	2 910	17					2 927	99,4
2005	2 776	472	1				3 249	85,4
2006	3 792	1 105	13				4 910	77,2
2007	3 332	1 206	204	2			4 744	70,2
2008	3 281	1 714	615	7			5 617	58,4
2009	2 937	1 576	672	86			5 271	55,7
2010	3 082	1 775	966	345	4		6 172	49,9
2011	2 645	1 336	914	401	47		5 343	49,5
2012	2 513	1 525	1 034	552	183	3	5 810	43,3
2013	2 752	1 506	928	572	252	25	6 035	45,6
Total	31 556	12 232	5 347	1 965	486	28	51 614	61,1

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2011-2012
Premier MMT	4 446	6 568	6 613	6 019	5 158
% MMT1	99,6 %	80,5 %	63,8 %	52,6 %	46,2 %
Total MMT	4 463	8 159	10 361	11 443	11 153

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

36 Sont pris en compte : uniquement les mammotests effectués dans le programme à partir de 2003 et un seul mammotest par an par participante.

37 Il s'agit d'une analyse de survie pour toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans qui commencent leur dépistage entre 2002 et 2009 indépendamment du type de dépistage mammotest ou mammographie. Les femmes sont classées comme fidèle si elles réalisent un dépistage dans un délai de trois ans après la mammographie précédente. La description de la population des femmes dépistées se fait 6 ans après le premier dépistage réalisé entre 2002 et 2009. Voir (4) Fabri et al. p 26-27.

RÉFÉRENCES

- (1) Demarest S., Charafeddine R. (éd) Enquête de santé, 2013. Rapport V : Prévention – 3. Dépistage du cancer (Auteur: Tafforeau J.). Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, 2015, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique. Numéro de dépôt. D/2015/2505/23
- (2) Van Limbergen E., Beyltens P., Vande Putte G., Coelst M.E., Martens P., Goossens M., Van der Burg M., Kellen E., Verschuere V., Devriendt M., Vandervorst S., Bleyen L., Van Hal G., Bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Vlaanderen, Jaarrapport 2012, 2013
- (3) Van Hal G., Moens S., Van Goethem M., De Schepper A., Weyler J., Is the Health promotion Campaign for the breast cancer screening programme in Flander successful? A process evaluation, Arch. Public Health, 2004, 63, 209-225
- (4) Fabri V., Leclercq A., Boutsen M., Programme de Dépistage du Cancer du Sein, Comparaison du troisième tour (2007-2008) et du quatrième tour (2009-2010), Rapport numéro 8 de l'Agence Intermutualiste, IMA-AIM, septembre 2014

6 PERFORMANCE ET RÉSULTATS

La qualité du programme s'apprécie sur base de nombreux critères : le respect des procédures, les résultats de contrôles de qualité du matériel utilisé par les unités radiologiques (non traité dans ce rapport), les délais entre les différentes étapes du processus, le taux de rappel ainsi que la performance du programme de dépistage par rapport aux indicateurs de qualité et d'efficacité (nombre, type et taille des cancers détectés et non détectés).

6.1 DÉLAIS ENTRE LA RÉALISATION DU MAMMOTEST ET L'ENVOI DES RÉSULTATS

Nous étudions ici les délais entre la réalisation de l'examen radiologique - le mammotest - et l'envoi du résultat par Brumammo à l'unité de radiologie (et au médecin référent si le résultat est positif). Ce délai peut être décomposé en différents segments responsables pour chacun d'une partie du délai total. Sur les dix jours que prend l'ensemble du processus, huit sont liés au délai entre la prise du cliché et la deuxième lecture et le reste se répartit entre d'une part, le délai entre la deuxième et la troisième lecture et d'autre part l'envoi des résultats à l'unité de radiologie. Le délai entre le moment où l'unité de radiologie reçoit les résultats et où la femme est informée n'est pas disponible. Si le résultat est normal, une démarche active du médecin référent et/ou de la femme est nécessaire. Si le résultat est positif et nécessite une mise au point complémentaire, Brumammo informe le médecin référent en même temps que l'unité de radiologie et envoie un courrier à la femme une semaine après avoir informé l'unité radiologique et le médecin référent en lui demandant de contacter son médecin (voir chapitre 2).

6.1.1 DÉLAIS ENTRE LE MAMMOTEST ET L'ENVOI DES RÉSULTATS

En 2012/2013, la moitié des résultats sont envoyés dans les 10 jours suivant le mammotest, trois-quarts des résultats sont envoyés dans les 16 jours suivant le mammotest. La proportion de courriers envoyés dans les sept jours suivant le mammotest est de 21,9 %. En 2009/2010, moins de résultats étaient envoyés dans la première semaine après l'examen (14,6 %) mais trois-quarts des résultats étaient envoyés en 14 jours (tableau 6-01 et figure 6-01). Il faut cependant noter que depuis fin 2011, la date d'envoi des résultats n'est plus encodée manuellement, le système retient la dernière date d'impression de la lettre de résultats, ce qui rend l'interprétation difficile.

Tableau 6-01

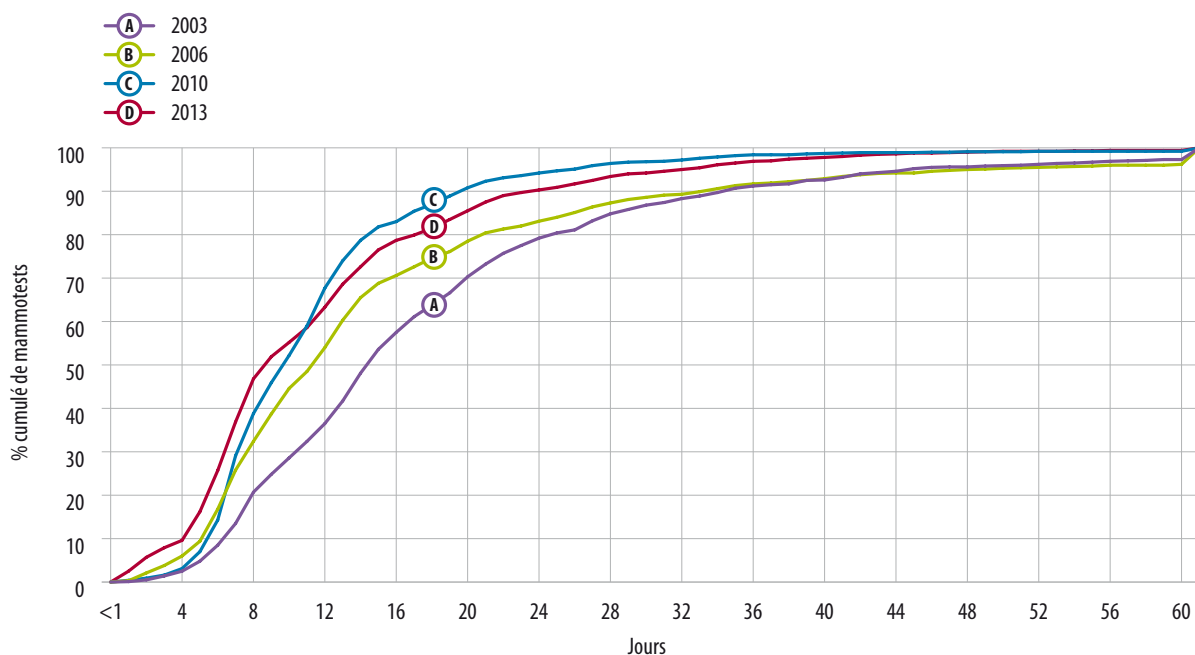
Évolution des délais entre le mammotest et l'envoi des résultats, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2009 à 2013

	2009-2010		2012-2013	
Nombre de MMT	11 473		11 838	
Q1 (25 %)	7 jours		7 jours	
Médiane (50 %)	10 jours		10 jours	
Q3 (75 %)	14 jours		16 jours	
	N	%	N	%
1ère semaine	1 675	14,6	2 592	21,9
2ème à 4ème semaine	9 343	81,4	8 516	71,9
5ème semaine et +	455	4,0	730	6,2
Total MMT	11 473	100,0	11 838	100,0

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Figure 6-01

Évolution des délais entre le mammothest et l'envoi des résultats, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2003, 2006, 2010 et 2013



Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Le délai est logiquement plus long lorsqu'une troisième lecture est effectuée : en 2012/2013, le délai médian est de seulement 9 jours pour les mammothests nécessitant deux lectures et de 14 jours pour les mammothests bénéficiant d'une troisième lecture (non illustré).

L'amélioration des délais pour les 60 % des mammothests envoyés plus rapidement peut être liée à l'informatisation qui a permis de gagner beaucoup de temps. La moindre performance par rapport à 2010 pour les 40 % des mammothests envoyés plus tardivement est peut-être due, en partie à un délai plus long avant la réalisation des troisièmes lectures suite à l'augmentation du nombre de troisièmes lecteurs, au fait que le système enregistre la date de dernière impression et non plus la date d'envoi initial et aux problèmes de transmission des clichés (voir section suivante).

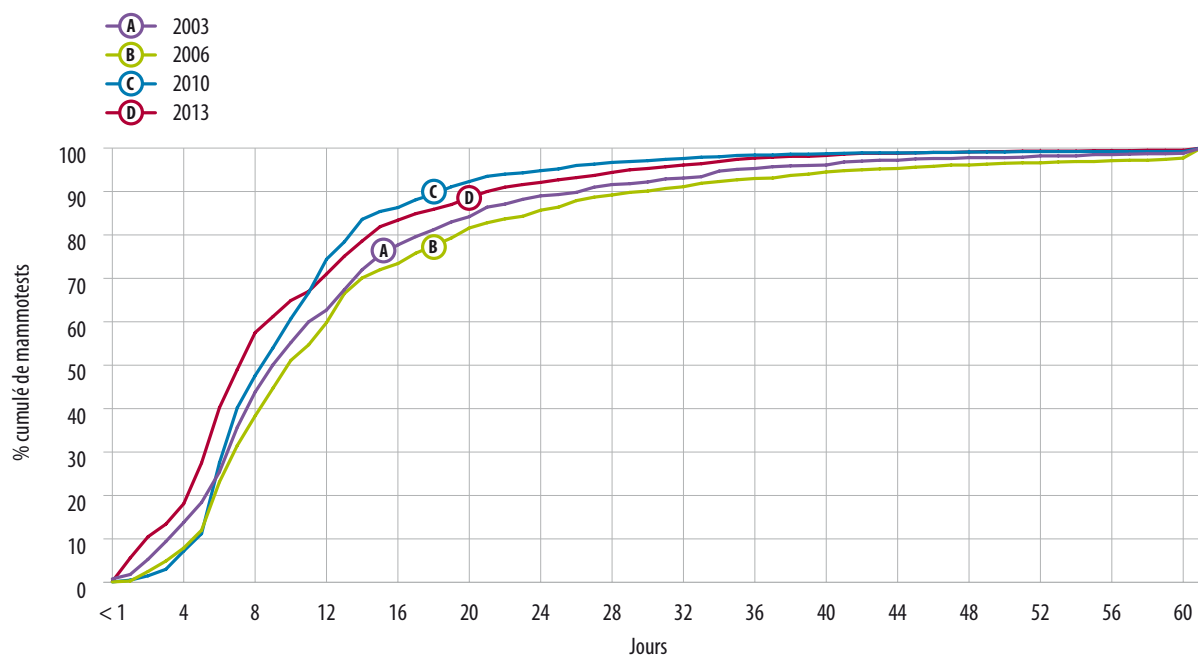
6.1.2 DÉLAIS ENTRE LE MAMMOTEST ET LA DEUXIÈME LECTURE

Ce délai est imputable pour partie au radiologue (délai entre la réalisation du cliché et l'envoi à Brumammo) et pour partie à Brumammo (délai entre la réception et la deuxième lecture). On observe une amélioration suite à la numérisation des clichés et l'informatisation des procédures³⁸. Celle-ci est cependant moindre qu'espérée : si entre 2010 et 2013, le délai s'est amélioré pour deux tiers des mammothests, pour le tiers restant, il est légèrement plus long (figure 6-02). Avec le numérique, des problèmes de transmission des clichés (microcoupures dans la transmission des données, fichiers corrompus) sont apparus et les unités doivent parfois renvoyer les fichiers à plusieurs reprises à Brumammo.

38 En 2012/2013, pour les unités qui traitent les dossiers par voie électronique, le délai médian est de 7 jours alors qu'il est de 16 jours dans les unités qui traitent encore les dossiers en format papier.

Figure 6-02

Évolution des délais entre le mammothest et la deuxième lecture, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2003, 2006, 2010 et 2013



Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

6.1.3 DÉLAIS ENTRE LA DERNIÈRE LECTURE ET L'ENVOI DES RÉSULTATS

Ce délai permet d'évaluer la durée nécessaire à l'envoi des résultats lorsque le processus de double ou triple lecture est terminé. Ce délai est propre à Brumammo. Suite à une modification de la collecte de la variable, l'évolution doit être étudiée avec précaution : jusqu'en 2011, la date de la dernière lecture correspondait à la date d'encodage de la fiche de lecture du deuxième ou troisième lecteur par la secrétaire ; la date d'envoi des résultats était la date de première impression de la lettre des résultats. Depuis fin 2011, le deuxième/troisième lecteur complète directement la fiche de lecture informatisée (date de la deuxième/troisième lecture) et le système enregistre la date de l'impression des résultats effectuée par la secrétaire, le plus souvent le même jour ou le lendemain. Lorsque l'unité ne reçoit pas les résultats, ceux-ci sont à nouveau imprimés, le système ne retient que la dernière date d'impression.

Les différences observées entre 2009-2010 et 2012-2013 sont compatibles avec les changements dans l'encodage. Plus de 80 % des résultats des mammothests sont imprimés pour envoi au plus tard le lendemain de leur lecture. Les autres sont dans leur grande majorité imprimés le lundi suivant la visite du radiologue le vendredi (tableau 6-02).

Tableau 6-02 Évolution des délais entre la dernière lecture et l'envoi des résultats, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2009 à 2013

	2009-2010		2012-2013	
	N	%	N	%
Même jour (J0)	5 801	50,6	3 448	29,1
Lendemain (J1)	5 029	43,8	6 048	51,1
J2-J6	637	5,6	2 165	18,3
J7-J29	6	0,1	180	1,5
Plus de 4 semaines	0	0,0	0	0,0
Total	11 473	100,0	11 841	100,0

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

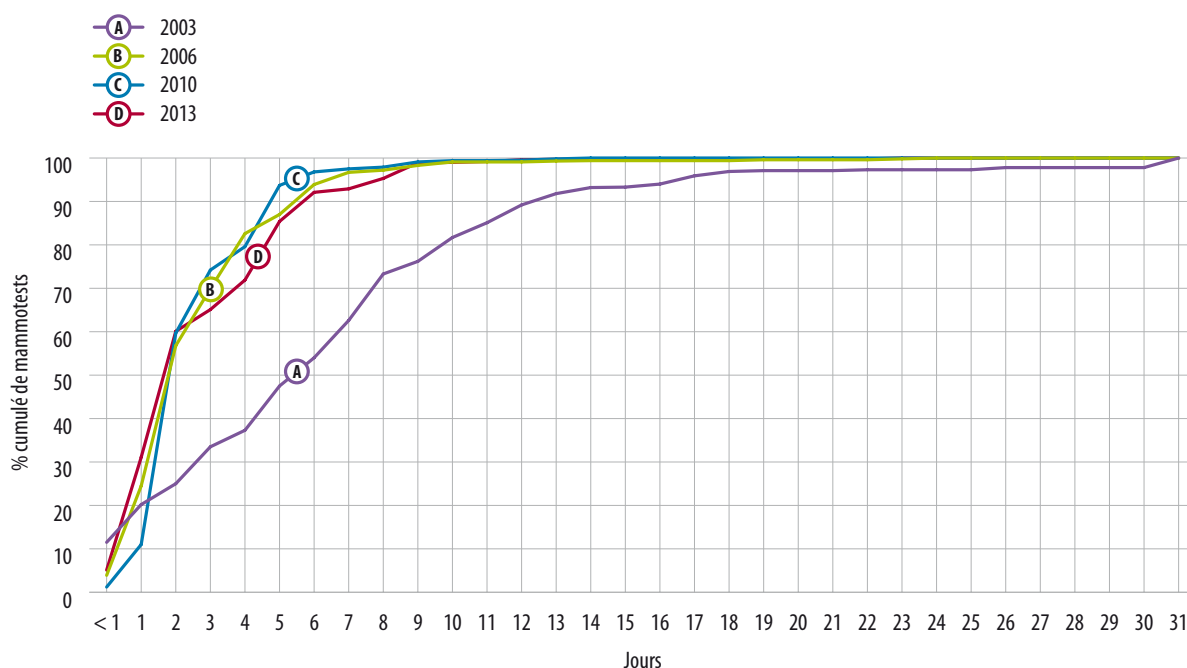
6.1.4 DÉLAIS ENTRE LA SECONDE ET TROISIÈME LECTURE

Lorsque les résultats des deux lectures ne sont pas concordants pour chaque sein, on a alors recours à une troisième lecture.

En 2013, on observe une légère baisse de la performance : trois-quarts des troisièmes lectures sont réalisées dans les cinq jours suivant la deuxième lecture contre quatre jours en 2010 (figure 6-03).

Figure 6-03

Évolution des délais entre la deuxième lecture et la troisième lecture, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2003, 2006, 2010 et 2013



Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

De même, entre 2009/2010 et 2012/2013, le pourcentage de troisièmes lectures effectuées plus de sept jours après la deuxième lecture a augmenté passant de 3,0 à 7,7 %. Cette baisse de la performance est probablement due au quasi doublement du nombre de troisièmes lectures avec un pool de troisièmes lecteurs identique (voir chapitre 2 et 6.2.1 infra) (tableau 6-03).

Tableau 6-03	Évolution des délais entre la deuxième lecture et la troisième lecture, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2009 à 2013			
	2009-2010		2012-2013	
	N	%	N	%
Même jour (J0)	44	3,0	130	4,5
Lendemain (J1)	213	14,4	595	20,4
J2-J6	1 174	79,5	1 966	67,4
J7-J29	45	3,0	224	7,7
Plus de 4 semaines	0	0,0	0	0,0
Total	1 476	100,0	2 915	100,0

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

6.2 RÉSULTATS DU MAMMOTEST

6.2.1 DENSITÉ DES SEINS

Depuis fin 2011, le lecteur doit sélectionner pour chaque sein le pourcentage de tissu dense selon une échelle en quatre catégories (< 25 %, 25-49 %, 50-75 % ou > 75 %). Auparavant, le lecteur était limité à trois catégories : adipeux, mixte ou dense ; le nouveau classement oblige donc le lecteur qui auparavant aurait choisi «mixte» à affiner son choix. Cette nouvelle classification suit les recommandations de l'American College of Radiology concernant la description de la composition mammaire selon le protocole BI-RADS® (2). Le sein est jugé «dense» lorsque le pourcentage de tissu dense est d'au moins 50 % alors qu'auparavant, pour peu que les classifications soient comparables, il était jugé dense s'il avait une densité de plus de 66 %. On peut donc s'attendre à une augmentation de seins denses liée au changement de protocole. De plus, ce renseignement est devenu obligatoire.

Jusqu'en 2011, la demande du premier ou du deuxième lecteur suffisait au rappel pour échographie de la femme. Depuis fin 2011, si le lecteur souhaite une échographie pour sein dense, il doit choisir cette modalité comme conclusion³⁹. La femme n'est rappelée pour une échographie que quand les deux premiers lecteurs choisissent tous deux cette conclusion ou en cas de discordance entre eux, lorsque la demande est validée par le troisième lecteur. La nouvelle classification et le nouveau protocole de rappel entraînent une augmentation du nombre de seins classés comme «denses» tout en rendant le rappel pour échographie moins systématique (tableau 6-04) mais il augmente fortement le nombre de troisièmes lectures comme décrit ci-dessous.

Tableau 6-04	Densité des seins et rappel pour échographie selon les premiers et deuxièmes lecteurs, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2009/2010 et 2012/2013			
	Premier lecteur		Deuxième lecteur	
	2009-2010	2012-2013	2009-2010	2012-2013
Sein dense	11,2 %	21,6 %	4,5 %	12,7 %
Rappel échographie demandé parmi les seins denses	67,5 %	23,9 %	44,9 %	24,3 %
Rappel échographie demandé parmi l'ensemble des femmes	7,6 %	5,2 %	2,0 %	3,1 %

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

39 Voir chapitre 2

6.2.2 DISCORDANCES ENTRE LES DEUX PREMIERS LECTEURS ET TROISIÈME LECTURE

En 2012/2013, l'avis du premier et du deuxième lecteur concordent dans 83 % des cas. Il y a peu d'évolution dans le temps. En 2012/2013, comme depuis le début du programme, les discordances concernent le plus souvent des situations où le second lecteur identifie comme négatif un mammothest considéré comme positif par le premier lecteur (L1+/L2-) (tableau 6-05).

Le processus de seconde/troisième lecture permet de réduire le nombre de femmes qui auraient été rappelées pour positivité : en 2012/2013, 669 femmes n'ont finalement pas été rappelées pour positivité après troisième lecture, alors qu'elles l'auraient été après la seule première lecture. Mais, inversement, dans les situations L1-/L2+, il permet aussi de réaliser des mises au point complémentaires pour des femmes dont l'examen aurait été protocolé comme normal s'il n'y avait eu qu'une seule lecture : en 2012/2013, 286 femmes dont le mammothest avait été jugé négatif par le premier lecteur ont été rappelées suite à l'avis du second et du troisième lecteur ce qui représente 14,9 % des discordances. Ce nombre a presque doublé par rapport à 2009/2010 où seules 147 femmes étaient concernées par ce cas de figure, soit 10,3 % des discordances (tableau 6-06).

Jusqu'en 2009/2010, le troisième lecteur (L3) est un peu plus en accord avec le second lecteur (L2), dont il confirme le résultat dans 60 à 70 % des cas. En 2012/2013, L3 est autant en accord avec L1 qu'avec L2. Dans les autres régions, L3 confirme la conclusion de L2 dans environ 6 situations sur 10 (référence (3) pour la Flandre et communication personnelle Candeur M., Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers asbl pour la Wallonie).

Depuis le début du programme, en cas de discordance entre L1 et L2, le troisième lecteur conclut plus souvent à l'absence de lésion, mais cette tendance s'atténue au cours des rounds (78,3 % en 2003/2004, 67,3 % en 2009/2010 et 58,4 % en 2012/2013) (tableau 6-06).

Discordances par rapport à l'échographie

Les discordances présentées ci-dessus concernent les cas où le premier lecteur conclut à un résultat positif et le deuxième lecteur un résultat négatif (L1+/L2-) et inversement (L1-/L2+). En 2011, suite à la modification de l'algorithme, trois modalités ('ininterprétable', 'hors mammothest pour raison clinique' et 'échographie pour sein dense') se sont ajoutées à la conclusion. D'autres types de discordances sont apparus ; ils représentent 31 % (858/2 772) des situations de divergence en 2012/2013. Presque l'intégralité (843/858) est associée à l'échographie pour sein dense.

Tableau 6-05 Discordance entre le premier et le deuxième lecteur quant au résultat du mammothest par round, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2003 à 2013

	2003-2004		2005-2006		2007-2008		2009-2010		2012-2013	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
L1+/L2-	493	65,9	651	74,4	813	69,6	1 022	71,7	1 181	61,7
L1-/L2+	255	34,1	224	25,6	355	30,4	403	28,3	733	38,3
Total	748	100,0	875	100,0	1 168	100,0	1 425	100,0	1 914	100,0

NOTE : Suite à la modification de l'algorithme en 2011, et pour permettre la comparaison avec les années antérieures, en 2012/2013, les mammothests ayant pour conclusion 'ininterprétable', 'hors mammothest pour raison clinique' ou 'échographie pour sein dense' ont été exclus.
Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Tableau 6-06 Résultat de la troisième lecture selon le type de discordance entre le premier et le deuxième lecteur (résultat positif ou négatif) par round, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2003 à 2013

		2003-2004		2005-2006		2007-2008		2009-2010		2012-2013	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
L1+/L2-	L3+	101	13,6	110	12,6	207	17,7	320	22,4	512	26,8
	L3-	390	52,4	541	61,9	606	51,9	703	49,3	669	35,0
L1-/L2+	L3+	60	8,1	62	7,1	103	8,8	147	10,3	286	14,9
	L3-	193	25,9	161	18,4	252	21,6	256	18,0	447	23,4
Total		744	100,0	874	100,0	1 168	100,0	1 426	100,0	1 914	100,0

NOTE : Suite à la modification de l'algorithme en 2011, et pour permettre la comparaison avec les années antérieures, en 2012/2013, les mammothests ayant pour conclusion 'ininterprétable', 'hors mammothest pour raison clinique' ou 'échographie pour sein dense' ont été exclus.
Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Parmi ces 843 discordances, où un des deux lecteurs demande une échographie, dans 60,6 % des cas, L2 considère que le cliché est négatif et L1 souhaite une échographie (n=511) et dans 29,5 % des cas c'est l'inverse (n=249). Lorsque L2 demande une échographie et L1 conclut négatif alors L3 ne confirme la demande d'échographie que dans 6,4 % des cas. Dans tous les autres cas de figures de discordance par rapport à l'échographie entre L1 et L2, L3 confirme quatre fois plus souvent la demande d'échographie (de 24 à 29 % des cas) (tableau 6-07).

Tableau 6-07

Résultat de la troisième lecture selon le type de discordance entre le premier et deuxième lecteur (résultat 'échographie pour sein dense' par le premier ou deuxième lecteur), mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2012/2013

	n		n	%
L1 échographie/L2+	33	L3+	25	75,7
		L3 échographie	8	24,3
L1 échographie/L2-	511	L3-	362	60,8
		L3 échographie	149	29,2
L1+/L2 échographie	50	L3+	36	73,5
		L3 échographie	13	26,5
L1-/L2 échographie	249	L3-	233	93,6
		L3 échographie	16	6,4

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Dans l'hypothèse où toute chose est égale par ailleurs, pour la période 2012-2013 par rapport à 2009-2010, l'introduction du processus de deuxième/troisième lecture pour les demandes d'échographies dans l'algorithme a augmenté le nombre de troisièmes lectures de 843 mammotests et a permis de diminuer le nombre de femmes qui auraient été rappelées pour une échographie pour sein dense de 595 femmes.

Taux de troisième lecture

Le taux de troisième lecture est de 24,6 % en 2012/2013. Ce taux varie au fil du temps, principalement suite aux modifications de l'algorithme de décision en 2005 et en 2011 (tableau 6-08). La décision en 2011 d'ajouter la conclusion «échographie pour seins denses» dans l'objectif de faire diminuer ce rappel (ce qui est le cas) a eu pour effet d'augmenter le nombre de discordances et donc de troisièmes lectures. Ce taux est très élevé et diminue le rapport coût-efficacité du programme. En Flandre, le taux diminue au fil du temps et se situait à 3,5 % en 2014 (3).

6.2.3 CONCLUSION DU MAMMOTEST TRANSMISE À LA PATIENTE

En 2012/2013, à l'issue du processus de double/triple lecture, le résultat final est positif ('positif indéterminé' ou 'malin ou probablement malin') pour 11,3 % des femmes et une lésion bénigne est détectée pour 39,4 % des femmes.

En 2012/2013, le nombre de lésions bénignes et de positif indéterminé augmente fortement au détriment de l'absence d'anomalie alors qu'il était resté assez stable de 2003 à 2010.

Durant l'année 2011, la modalité 'échographie pour sein dense' est apparue au niveau de la conclusion, celle-ci concerne 2,1 % des mammotests pour la dernière période. Le mammotest est rarement jugé ininterprétable : < 0,1 % des mammotests⁴⁰ (tableau 6-09).

Au total, 13,4 % des femmes sont rappelées pour des examens complémentaires au terme du processus de double/triple lecture en 2012/2013 (tableau 6-10) alors que les recommandations européennes visent à rappeler moins de 6 % des femmes (4).

Comparé aux autres rounds, le taux de rappel en 2012/2013 est resté relativement stable mais le type de rappel a fortement évolué. Le taux de rappel pour résultat positif est en augmentation alors que le taux de rappel pour échographie pour sein dense a baissé suite à la révision de l'algorithme décisionnel : il est passé de

Tableau 6-08

Fréquence des troisièmes lectures, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2003 à 2013

	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2012-2013
Nombre de MMT	5 758	8 368	10 394	11 482	11 841
Nombre de L3	1 300	959	1 228	1 476	2 915
% L3	22,6	11,5	11,8	12,9	24,6

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

40 Ce dernier pourcentage est sous-estimé dans la mesure où le radiologue a pour pratique de faire recommencer immédiatement le mammotest si sa qualité est insuffisante et d'enregistrer uniquement celui étant conforme, ce qui rend cet indicateur peu utile en Belgique (4).

7,8 % en 2009/2010 à 2,1 % en 2012/2013. Il est étonnant d'observer qu'au total le pourcentage de femmes rappelées n'a pas significativement changé.

Deux hypothèses pourraient être avancées pour interpréter ces changements : d'une part, la numérisation progressive des unités de radiologie participant au programme permet d'observer des lésions plus fines dont la nature est indéterminée, d'autre part une partie des femmes qui étaient auparavant rappelées pour réaliser une échographie pour seins denses sont maintenant rappelées pour une image indéterminée. Une réflexion plus approfondie devrait permettre de mieux comprendre cette évolution.

Influence de la digitalisation

Si le passage au numérique est en partie responsable de l'augmentation des mammothests positifs par la

réalisation de clichés plus précis, cette augmentation des images indéterminées devrait être compensée d'ici deux ans par la disponibilité de plus en plus fréquente d'archives numériques permettant la comparaison à d'anciens clichés⁴¹ (5 et 6). Certaines unités peuvent déjà transmettre des clichés antérieurs. Il semble cependant que ceux-ci ne sont transmis que s'ils sont jugés utiles. De plus, lorsqu'ils existent, le recours aux clichés antérieurs n'est pas systématiquement repris sur le compte-rendu de l'examen ni par le premier ni par le deuxième lecteur et ne peut donc pas être évalué actuellement. Pourtant, cette pratique est à encourager, en particulier en cas de résultat positif indéterminé.

Le tableau 6-11 reproduit les résultats d'une analyse réalisée sur les données flamandes. En Flandre, selon que le lecteur dispose ou non des anciens clichés de la femme,

Tableau 6-09 Résultat final au terme du processus de double/triple lecture par round, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2003 à 2013

	2003-2004		2005-2006		2007-2008		2009-2010		2012-2013	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aucune anomalie	4 237	73,6	6 346	75,9	7 499	72,1	8 557	74,5	5 587	47,2
Lésion bénigne	1 142	19,8	1 623	19,4	2 356	22,7	2 168	18,9	4 666	39,4
Positif indéterminé	285	4,9	329	3,9	468	4,5	700	6,1	1 180	10,0
Malin ou probablement malin	57	1,0	56	0,7	53	0,5	46	0,4	152	1,3
Echographie pour sein dense									254	2,1
Ininterprétable	6	0,1	9	0,1	16	0,2	7	0,1	2	0,0
Inconnu	31	0,5	3	0,0	2	0,0	3	0,0	0	0,0
Total	5 758	100,0	8 366	100,0	10 394	100,0	11 481	100,0	11 841	100,0

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Tableau 6-10 Taux de rappel par raison et par round, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2003 à 2013

	2003-2004		2005-2006		2007-2008		2009-2010		2012-2013	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pas de rappel	4 972	86,3	7 455	89,1	9 254	89,0	9 833	85,6	10 253	86,6
Ininterprétable pour raison technique	6	0,1	9	0,1	16	0,2	7	0,1	2	0,0
Echographie pour sein dense	438	7,6	519	6,2	603	5,8	896	7,8	254	2,1
Mammothest positif	342	5,9	385	4,6	521	5,0	746	6,5	1 332	11,3
Total	5 758	100,0	8 368	100,0	10 394	100,0	11 482	100,0	11 841	100,0

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

Tableau 6-11 Taux de rappel des deuxièmes lecteurs en fonction de la présence ou non des anciens clichés, Flandre, 2012

	Analogique + digitale		Analogique		Digital	
	Anciens clichés absents	Anciens clichés présents	Anciens clichés absents	Anciens clichés présents	Anciens clichés absents	Anciens clichés présents
Taux de rappel (%)	6,4	2,6	5,9	2,1	6,4	2,6

Source : Jaarrapport 2012, Vlaamse overheid

41 Voir chapitre 2 Brumammo

le taux de rappel est plus que doublé en l'absence de clichés, que le cliché soit numérique ou analogique (5).

Recommandations Européennes

Dans le tableau 6-12, les normes acceptables et souhaitables des recommandations européennes (4) sont comparées aux résultats Bruxellois. Les examens sont séparés entre dépistages initiaux ou première participation et dépistages subséquents ou participation pour une deuxième fois au moins (voir 6.3.2). On considère ici dans les comparaisons par round à la fois les mammotests positifs et les rappels d'échographie pour seins denses. En 2009/2010 comme en 2012/2013, les taux de rappels sont nettement supérieurs aux normes européennes et ce d'autant plus si l'on prend en compte les rappels pour échographie.

En Flandre, en 2014, le taux de rappel est de 4,5 % pour les mammotests initiaux et de 2,1 % pour les examens subséquents (les femmes ne sont jamais rappelées pour une échographie pour seins denses) (3). En Wallonie, le taux de rappel (incluant aussi les échographies pour seins denses) des mammotests initiaux est de 16,7 % en 2012 (dont 3 % pour échographie pour seins denses) et 15,1 % en 2013 (dont 3,4 % pour seins denses); celui des mammotests subséquents est de 8,4 % en 2012 (dont 1,1 % pour seins denses) et 9,1 % en 2013 (dont 1 % pour seins denses) (communication personnelle Van den Broeck A. et Candeur M., Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers asbl).

6.3 DONNÉES DE SUIVI DES MAMMOTESTS POSITIFS ET EFFET GLOBAL DU PROGRAMME

Dans cette section, nous présentons quelques indicateurs recommandés pour le suivi des programmes de dépistage organisé (4).

Grâce au croisement avec le Registre du Cancer, les données des cancers survenus dans les 23 mois après le mammotest ont pu être complétées pour la période 2005 à 2010. Ce suivi permet notamment de mesurer la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative du programme, le stade des cancers dépistés et l'incidence des cancers d'intervalle (tableaux 6-13 et 6-14).

En résumé, pour 10 000 participations au dépistage organisé en 2009-2010 :

- 59 femmes ont reçu un diagnostic de cancer du sein après un mammotest positif (cancer dépisté) ;
- 9 332 femmes n'ont pas eu de cancer du sein après un mammotest négatif ;
- 587 femmes n'ont pas eu de cancer du sein après un mammotest positif ;
- 16 femmes ont eu un cancer d'intervalle après un mammotest négatif ;
- 5 femmes ont eu un cancer d'intervalle après un mammotest positif avec suivi négatif.

Tableau 6-12 Taux de rappels pour positivité et échographie pour seins denses des premiers mammotests et mammotests subséquents, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans à Bruxelles, 2009-2013

	Valeurs Europe 'acceptable' - positivité	Valeurs Europe 'souhaitable' - positivité	2009-2010			2012-2013		
			MMT positif	Rappel échographie	Total	MMT positif	Rappel échographie	Total
Mammotests initiaux	< 7 %	< 5 %	7,2	8,8	16,0	13,6	2,7	16,3
Mammotests subséquents	< 5 %	< 3 %	5,7	6,8	12,4	9,4	1,7	11,1

Source : Brumammo ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Perry et al.

Tableau 6-13 Comparaison entre le résultat du mammotest et le statut selon le Registre du Cancer, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans, 2009-2010

		Statut selon le Registre du Cancer		n	Pour 10 000 participations
Résultat du mammotest	Positif	Cancer dépisté		68	59
		Cancer d'intervalle (0-23 mois)		6	5
		Pas de cancer		674	587
	Négatif	Cancer d'intervalle (0-23 mois)		18	16
		Pas de cancer		10 708	9 332
Total mammographies				11 474	10 000
Total cancers dans la population participante				92	78

Source : Fondation Registre du Cancer

6.3.1 RÉSULTATS POUR LA PÉRIODE 2005-2010

Le nombre de participantes en Région bruxelloise est relativement faible d'un point de vue statistique et ne permet pas d'interpréter les indicateurs de résultat sur une base annuelle. Les tableaux 6-14a et b détaillent les résultats du programme sur l'ensemble de la période 2005-2010. Au cours de cette période, 30 019 mammotests ont été réalisés. Parmi eux, 306 cas de cancers ont été diagnostiqués dans les 24 mois suivant le mammotest: 203 cancers dépistés et 103 cancers d'intervalle (87 après un mammotest négatif et 16 après mammotest positif dont la mise au point fût négative).

Sur l'ensemble des femmes ayant participé au dépistage, après la mise au point, 0,68 % des participantes au dépistage ont eu un cancer confirmé. C'est le **taux de détection** du mammotest.

Parmi les 306 cas de cancers, 219 ont été repérés par le mammotest; le mammotest détecte donc 71,6 % des cancers. C'est ce qu'on appelle la **sensibilité du mammotest**. Malheureusement, pour 16 femmes dont le mammotest était positif, la mise au point n'a pas confirmé un cancer qui a malgré tout été diagnostiqué dans les deux ans. La sensibilité du programme de dépistage calculée du point de vue de la patiente devrait combiner les résultats du mammotest et de la mise au point; elle serait alors plus basse.

Au cours des 24 mois suivant l'examen, 29 713 mammotests ont été réalisés chez des femmes non atteintes d'un cancer du sein. Pour 28 285 d'entre elles, le mammotest a été jugé négatif. Par conséquent, une participante a 95,2 % de chance que le mammotest soit négatif si elle n'a pas de cancer du sein. Ce pourcentage correspond à la **spécificité**.

Parmi les 1 647 mammotests positifs, 203 cas de cancer ont été confirmés lors de la mise au point. De ce fait, 12,3 % des mammotests ont été confirmés positifs lors de la mise au point. Cette probabilité est la **valeur prédictive positive du mammotest**. En outre, 16 cancers d'intervalle

sont apparus dans les 24 mois malgré une mise au point négative ce qui représente 1,1 % des mammotests positifs avec mise au point négative.

Parmi les 28 372 femmes dont le mammotest s'est révélé normal, 28 285 n'ont pas eu de cancer du sein diagnostiqué dans les 24 mois suivant leur examen. Ainsi, si le mammotest est négatif, on a 99,7 % de chance de ne pas être atteint d'un cancer du sein dans les 24 mois. Il s'agit de la **valeur prédictive négative**.

Tableau 6-14b

Taux de détection, sensibilité, spécificité et valeurs prédictives du programme pour les mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans, 2005 et 2010

Taux de détection (%)	0,68
Sensibilité (%)	71,6
Spécificité (%)	95,2
Valeur prédictive positive (%)	12,3
Valeur prédictive négative (%)	99,7

Source : Fondation Registre du Cancer ; Calculs Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

6.3.2 RÉSULTATS SELON LES DÉPISTAGES INITIAUX ET SUBSÉQUENTS ET COMPARAISONS RÉGIONALES

Les recommandations Européennes sur l'évaluation des programmes de dépistage du cancer du sein (4) proposent de séparer certains indicateurs selon que c'est la première participation de la femme au dépistage (dépistage initial) ou qu'elle a déjà bénéficié d'un dépistage auparavant (dépistage subséquent) car les résultats peuvent être significativement différents. Cette distinction a cependant des limites en Région bruxelloise car d'après le rapport de l'Agence Inter Mutualiste, plus de la moitié des femmes qui participent au mammotest ont déjà réalisé une mammographie auparavant et ne devraient plus être considérées comme initiales (7).

Tableau 6-14a

Comparaison entre le résultat du mammotest et le statut selon le Registre du Cancer, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans, 2005-2010

		Statut selon le Registre du Cancer	n	Pour 10 000 participations
Résultat du mammotest	Positif	Cancer dépisté	203	67,6
		Cancer d'intervalle (0-23 mois)	16	5,3
		Pas de cancer	1 428	475,7
	Négatif	Cancer d'intervalle (0-23 mois)	87	29,0
		Pas de cancer	28 285	9422,4
Total mammographies			30 019	10 000,0
Total cancers dans la population participante			306	101,9

Source : Fondation Registre du Cancer

Les données disponibles actuellement ne permettent cependant pas d'identifier les femmes qui participent pour la première fois au programme organisé mais qui ont déjà réalisé une mammographie dite 'opportuniste' auparavant.

La suite de ce chapitre se base sur les calculs réalisés par le Registre du cancer. Il présente l'avantage d'être standardisé selon la population mondiale⁴² et donc d'améliorer la comparabilité sur le plan statistique au fil du temps et entre les Régions⁴³. De nombreuses différences dans l'organisation du programme entre les Régions et les chiffres relativement petits en Région bruxelloise limitent cependant la validité de ces comparaisons. L'analyse par année fluctue fortement en Région bruxelloise en raison du petit nombre de mammothests et de cancers d'intervalle observés. Il n'est par conséquent pas conseillé de rechercher une tendance.

Taux de détection du cancer du sein pour le dépistage organisé

Le taux standardisé de détection du cancer du sein était de 69,4 pour 10 000 femmes bruxelloises participant pour la première fois au dépistage organisé en 2010. Pour les femmes qui ont déjà participé une fois au dépistage organisé, ce taux est de 60,3 pour 10 000. Par rapport aux Régions flamande et wallonne, le taux de détection pour les dépistages initiaux est plus bas et ne diffère pas significativement pour les dépistages subséquents (non illustré).

Le groupe de travail de la CIM a établi des recommandations belges sur base des recommandations européennes (4). **Le taux de détection doit au moins valoir trois fois le taux d'incidence en absence de dépistage lors du premier dépistage et 1,5 fois le taux d'incidence en absence de dépistage lors des dépistages suivants.** La norme établie est donc de plus de 116,4 pour 10 000 (>3xBIR⁴⁴) pour les dépistages initiaux et de plus de 58,2 pour 10 000 (1,5xBIR) pour les dépistages subséquents.

En Région bruxelloise, entre 2005 et 2010, le taux de détection oscille selon les années entre 59,8 et

89,8 cancers détectés pour 10 000 mammographies initiales et entre 46,3 et 76,4 cancers détectés pour 10 000 mammographies subséquentes. Il est donc systématiquement inférieur à la norme Européenne pour les dépistages initiaux et oscille aux alentours de la norme pour les dépistages subséquents. Le taux de dépistage initial est probablement influencé à la baisse car beaucoup de dépistages considérés comme initiaux pour le programme ne sont en réalité pas des premiers dépistages. Le tableau 6-15 présente le taux de détection standardisé pour 2010.

Stades des cancers dépistés

Chaque cancer dépisté est classifié selon une échelle de gravité prenant en compte différents paramètres dont la taille et l'extension du cancer. Trois stades sont utilisés dans ce rapport :

Les **cancers in situ** sont des cancers qui restent à l'intérieur des parois des canaux galactophores. Ils n'ont pas traversé la paroi et leur évolution est moins péjorative. La proportion de ces cancers qui évolueront vers un cancer invasif n'est pas établie.

Les **cancers invasifs** sont, par opposition aux cancers in situ, des cancers qui ont traversé la paroi du canal galactophore, même de manière microscopique.

Parmi les cancers invasifs, la taille de la lésion observée et le degré d'envahissement des ganglions lymphatiques permettent de décrire plus précisément l'étendue du cancer observé. Les **cancers de stade II+** sont des cancers qui ont soit un envahissement ganglionnaire supérieur à 2,0 mm, indépendamment de leur taille soit une taille de plus de 20,0 mm.

Le stade des cancers dépistés donne une indication de la performance du programme. Ils sont disponibles plus rapidement que le taux de mortalité. Différents indicateurs et normes ont été proposés dans les recommandations européennes (4). Nous en présentons trois ci-dessous qui ont été calculés et standardisés par le Registre du Cancer.

En Région bruxelloise, 36 % des cancers dépistés ont un stade II ou plus. Lors du dépistage initial, les trois régions ont un taux de détection des stades II+ plus élevé que

Tableau 6-15 Taux de détection standardisé, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans, 2010

	Dépistage initial		Dépistages subséquents	
	Bruxelles	Norme EU désirable	Bruxelles	Norme EU désirable
Taux de détection (pour 10 000 participantes)	69,4	> 116,4	60,3	> 58,2

Source : Fondation Registre du Cancer

42 Population mondiale modifiée par Doll et al. (1966), d'après Segi (1960)

43 Le programme a démarré en 2007 en Région wallonne.

44 Le BIR ou Background Incidence Rate a été établi à partir de l'incidence estimée du cancer du sein en l'absence de dépistage. L'incidence observée en Flandre en 2000 a été utilisée en Belgique : 38,8/10 000.

celui recommandé par les normes européennes. Le taux de détection lors du dépistage initial reflète le stade du cancer avant la participation au programme, il n'est pas à proprement parler un indicateur de la performance du programme et est présenté ici à titre d'information.

Lors des dépistages subséquents, 34 % des cancers dépistés ont un stade II ou plus. Cette proportion est supérieure à la norme proposée par les recommandations européennes (tableau 6-16). Le pourcentage de cancers dépistés avec un stade II+ doit être aussi bas que possible lors des participations subséquentes au programme de dépistage. Une hypothèse expliquant cet écart par rapport à la norme Européenne en Flandre et en Région bruxelloise est la non prise en compte des ganglions découverts par la technique du dépistage du ganglion sentinelle lors de la définition de la norme européenne (3).

Entre 2005 et 2010, le pourcentage de cancers invasifs dépistés avec une taille ≤ 10 mm et ceux n'ayant pas d'envahissement ganglionnaire (N0), sont conformes aux normes européennes en Région bruxelloise (tableau 6-17) comme dans les deux autres Régions belges (non illustré) (3 & communication personnelle Vandenbroucke A.).

6.3.3 LES CANCERS D'INTERVALLE

Les cancers d'intervalle sont des cancers qui surviennent chez des femmes qui ont participé au dépistage mais chez qui l'examen et sa mise au point éventuelle n'ont pas permis de mettre en évidence un cancer. Un certain nombre de cancers d'intervalle sont attendus car ils étaient invisibles ou inexistantes au moment de l'examen. Une partie d'entre eux pourrait être due à des problèmes de qualité du processus, raison pour laquelle il est important de les monitorer. Les cancers d'intervalle sont dès lors des indicateurs d'efficacité et de qualité du programme.

Nous traitons d'une part les cancers d'intervalle survenus suite à un mammothest négatif et d'autre part ceux apparus suite à un mammothest négatif ou après un mammothest positif dont la mise au point est négative. La première analyse étudie la performance du point de vue des radiologues et du processus de double lecture uniquement tandis que la deuxième analyse étudie la performance du point de vue de la patiente, elle permet de savoir quelle proportion de femmes développera malgré tout un cancer dans les 23 mois lorsque le bilan, mammothest et éventuels examens ultérieurs, est négatif.

De 2005 à 2010, sur les 30 019 mammothests réalisés, le Registre du cancer a enregistré 306 cancers dont 103 cancers de l'intervalle survenus dans les 24 mois suivant la participation au dépistage. Ces 103 cancers d'intervalle se répartissent comme suit : 16 suite à un mammothest positif et une mise au point négative et 87 suite à un mammothest négatif (tableau 6-18).

Tableau 6-16 Pourcentage de cancers dépistés avec des stades II+, standardisé, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans, 2005-2010

Caractéristiques	Dépistage initial		Dépistages subséquents	
	Bruxelles	Norme EU désirable	Bruxelles	Norme EU désirable
Pourcentage stade II+	36 %	< 30 %	34 %	< 25 %

Source : Fondation Registre du Cancer

Tableau 6-17 Pourcentage de cancers dépistés invasifs⁽⁴⁵⁾, avec une taille ≤ 10 mm ou avec un statut ganglionnaire négatif, standardisé selon l'âge, mammothests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans, 2005-2010

Caractéristiques	Dépistage initial		Dépistages subséquents	
	Bruxelles	Norme EU désirable	Bruxelles	Norme EU désirable
Pourcentage taille ≤ 10 mm	32 %	≥ 25 %	36 %	≥ 30 %
Pourcentage ganglions négatifs (N0)	71 %	≥ 70 %	76 %	≥ 75 %

Source : Fondation Registre du Cancer

45 À l'exclusion des cancers in situ.

Tableau 6-18

Pourcentage de cancers d'intervalle au cours des deux années suivant un mammotest négatif et/ou un mammotest positif suivi d'une mise au point négative, mammotests effectués par les Bruxelloises de 50-69 ans, 2005-2010

Nombre de cancers d'intervalle après mammotest négatif (0-23m)	87
Nombre de mammotests négatifs	28 372
Pourcentage de cancers d'intervalle après mammotest négatif (0-23m)	0,31 %
Nombre de cancers d'intervalle après mammotest négatif ou mise au point négative suite à un mammotest positif (0-23m)	103
Nombre de mammotests négatifs ou mise au point négative suite à un mammotest positif	29 816
Pourcentage de cancers d'intervalle après mammotest négatif ou mise au point négative suite à un mammotest positif (0-23m)	0,35 %

Source : Fondation Registre du Cancer

RÉFÉRENCES

- (1) Vandenbroucke A., Candeur M., Gordower L., Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers, Programme de dépistage du cancer du sein, Informations sur le Programme de dépistage du cancer du sein en Wallonie, mai 2015
- (2) Sickles, E.A., D'Orsi, C.J., Bassett, L.W., et al., ACR BI-RADS® Atlas - Mammography, in: ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging Reporting and Data System. American College of Radiology, Reston, VA, 2013
- (3) Centrum voor Kankeropsporing en Stichting Kankerregister, Bevolkingsonderzoek naar kanker in Vlaanderen, Jaarrapport 2015
- (4) 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, European commission, 2006
- (5) Centrum voor borstkankeropsporing. Bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Vlaanderen- Jaarrapport 2012. Brugge: Het Consortium van erkende regionale screeningscentra van de Vlaamse Gemeenschap ; 2013
- (6) Timmermans L, De Hauwere A, Bacher K, et al. Impact of the digitalisation of mammography on performance parameters and breast dose in the Flemish Breast Cancer Screening Programme. European Radiology. 2014 Aug ;24(8):1808–19.
- (7) Fabri V, Leclercq A, Boutsen M. Programme de dépistage du cancer du sein, Comparaison du troisième (2007-2008) et du quatrième tour 2009-2010 - Rapport numéro 8 de l'Agence Intermutualiste. Bruxelles : Agence Intermutualiste ; septembre 2014.

7 CONCLUSIONS

Ce quatrième rapport fait le point après 11 années de dépistage organisé du programme bruxellois.

L'incidence du cancer du sein invasif en Région bruxelloise est stable voir légèrement à la baisse au cours des dix dernières années. Le cancer du sein reste le cancer qui touche le plus de femmes en Belgique et en Région bruxelloise. Comme ses voisins du Nord, l'incidence et la mortalité par cancer du sein en Belgique et en Région bruxelloise se situent dans le tiers le plus élevé parmi les pays européens.

Les inégalités entre les communes en termes d'incidence et de mortalité observées dans le précédent rapport s'amenuisent. Cette diminution apparente du gradient social, en termes de mortalité notamment, peut être liée à différents facteurs dont l'évolution du profil de la population bruxelloise dans les communes et à l'absence de données plus fines pour identifier dans les données disponibles les groupes sociaux à risque.

Depuis le round 2009/2010, quelques changements ont eu lieu

L'algorithme décisionnel menant au résultat du mammothest a été simplifié et a entraîné une diminution du taux de rappel pour échographie sein dense, ce qui était l'effet recherché, au prix cependant d'une augmentation importante du nombre de troisièmes lectures. Le taux de rappel global du programme est cependant resté stable car le taux de rappel pour résultat positif a, lui, augmenté.

Toutes les unités radiologiques agréées pour réaliser les mammothests, sauf deux, réalisent maintenant des clichés au format numérique.

L'analyse des données de diagnostic et de remboursement complètent utilement les données de dépistage. Le couplage des données du programme avec le Registre du cancer a permis de développer les analyses de la performance du programme notamment présentées dans ce rapport. Par ailleurs, l'Agence Inter Mutualiste a progressé dans la caractérisation des femmes non-participantes.

Le programme a des forces et des faiblesses

Toute la population cible des femmes de 50 à 69 ans est invitée depuis 2006 et le fichier est mis à jour régulièrement avec les données de la banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS).

Depuis le changement de protocole en 2011, moins de femmes sont rappelées pour une échographie mais en plus grand nombre pour une image douteuse. Le taux de rappel reste très élevé comparativement à la Flandre.

La plupart des unités agréées pour le dépistage sont passées aux examens en format numérique et échangent des données par voie électronique avec Brumammo. Ce dernier assure un suivi de la qualité technique des examens réalisés. La fiabilité de la connectivité entre les systèmes doit encore s'améliorer et la performance de ce nouveau système ne sera complète que lorsque les clichés antérieurs seront disponibles pour tous les radiologues impliqués. Ce dernier point devrait permettre de diminuer le taux de rappel.

Le taux de couverture totale (53 % en 2011-2012) et par mammothest ne s'est pas amélioré. Environ 10 % des femmes invitées participent au programme organisé (réalisent un mammothest). La plupart des Bruxelloises qui participent au dépistage le font via la mammographie dite opportuniste et facturée comme un examen diagnostique. En particulier, les gynécologues consultés par les Bruxelloises réfèrent principalement vers la mammographie. Le nombre de femmes qui pratiquent un surdépistage (plus d'une fois tous les deux ans) n'est pas connu en Région bruxelloise.

Le taux de rappel total (examen positif et échographie pour sein dense) des femmes ainsi que le taux de troisièmes lectures sont élevés et des mesures supplémentaires devraient être mises en œuvre pour les réduire. La proportion de femmes informées de leur résultat endéans les 21 jours devrait être améliorée et mieux évaluée.

Perspectives pour le programme

Brumammo compte poursuivre les efforts d'amélioration de la qualité du dépistage par la mise sur pied d'un feedback aux radiologues deuxièmes/troisièmes lecteurs sur la performance globale et individuelle des examens réalisés grâce au suivi des femmes dépistées. Ce feedback se basera notamment sur le couplage des données du programme avec celles du Registre du cancer.

À l'instar de ce qui se fait en Flandre et en Wallonie, Brumammo souhaite la mise sur pied de listes d'exclusion permettant de ne pas inviter les femmes qui ne sont pas éligibles, par exemple lorsqu'elles ont déjà un cancer du sein diagnostiqué.

D'un point de vue technique, les centres de dépistage agréés qui travaillent encore en analogique devraient rapidement passer au numérique et la mise à disposition de manière fluide des nouveaux et des anciens clichés devraient être accélérées.

Perspectives pour l'évaluation

Le processus d'évaluation du programme bruxellois se doit d'évoluer et certains indicateurs devront probablement être intégrés dans le prochain rapport tel que le surdépistage, le délai entre l'envoi des résultats et la mise au point complémentaire voir la prise en charge.

Le défi d'une politique bruxelloise de prévention à relever

Au vu de la polémique persistante sur la pertinence du dépistage, les professionnels de santé doivent offrir un message clair et équilibré sur les avantages et inconvénients du dépistage. Le dépistage opportuniste en dehors du programme ne doit pas être oublié dans cette discussion. Partant des travaux du KCE, une série d'outils répondant aux besoins du terrain devraient être développés.

La sensibilisation des femmes non-participantes devrait faire l'objet d'un effort actif. Les recherches de l'IMA sur les non-participantes montrent que la première ligne de soins pourrait jouer ici un rôle privilégié. Un projet pilote existe en Flandre et pourrait également être testé en Région bruxelloise.

Les acteurs bruxellois du dépistage du cancer du sein ont élaboré en 2010 un *Plan stratégique pour l'information et la sensibilisation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise en direction du public cible et des professionnels de santé*, plan qui n'a pas été mis en œuvre.

Il est urgent de clarifier la structure qui aura pour mandat d'assurer que tous les Bruxellois puissent bénéficier des interventions de prévention et de promotion basées sur les évidences scientifiques dont le dépistage du cancer du sein et du colon, et de coordonner les actions de prévention, d'information et de promotion de la santé en Région bruxelloise dans le respect des compétences de chacune des entités fédérées compétentes pour la santé en Région bruxelloise.

En conclusion

Des efforts significatifs ont été faits sur le plan de la numérisation et de la qualité technique depuis 2011. Cependant, en termes de participation et de taux de rappel, peu de progrès ont été enregistrés.

La définition claire des responsabilités en termes de politique de prévention en général et de dépistage des cancers en particulier «au service de tous les Bruxellois» reste à ce stade un élément clé nécessitant une action politique forte et cohérente pour faire avancer le programme de dépistage du cancer du sein en particulier et la santé des Bruxellois en général.

8 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, la signification statistique 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 (ou ajustement) est une méthode épidémiologique qui consiste à corriger les taux bruts pour permettre la comparaison entre des populations dont la structure est différente. Dans la pratique, c'est l'âge qui est le facteur d'ajustement le plus souvent utilisé, mais d'autres comme le niveau socio-économique peuvent aussi être utilisés.

Standardisation directe

Dans la méthode de standardisation directe, on calcule les taux que l'on s'attendrait à trouver dans les populations étudiées si elles avaient toutes la même composition selon la variable que l'on veut ajuster ou contrôler. On utilise la structure d'une population appelée "**population**

standard" (européenne ou mondiale), stratifiée selon la variable que l'on veut contrôler, et à laquelle l'on applique les taux spécifiques des strates correspondantes dans la population étudiée. On obtient ainsi le nombre de cas "**attendus**" dans chaque strate si les populations avaient la même composition. Le taux ajusté ou "**standardisé**" est obtenu en divisant le total de cas attendus par le total de la population standard.

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 100 000 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.

9 GLOSSAIRE

Cancer d'intervalle :

Diagnostic d'un cancer du sein chez une femme dans les 24 mois après un mammothest déclaré négatif ou après un mammothest positif dont la mise au point s'est révélée négative.

Concordance :

Quand les 2 ou 3 lecteurs donnent des résultats semblables.

Discordance :

Quand les 2 ou 3 lecteurs donnent des résultats différents.

Dépistage «hors programme» :

Dépistage qui a lieu en dehors d'un programme organisé.

Dépistage initial ou premier dépistage :

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.

Faux négatif (FN) :

Un «faux négatif» est un mammothest jugé négatif avec diagnostic d'un cancer (cancer d'intervalle) dans les 23 mois suivant le mammothest. Dans ce rapport, nous prenons le point de vue du radiologue ; les mammothests positifs dont la mise au point est négative sont exclus même si du point de vue de la patiente qui développe un cancer après une mammographie positive et une mise au point négative, ils sont des faux négatifs. (voir Valeurs prédictives)

Faux positif (FP) :

Un «faux positif» est un mammothest jugé positif alors qu'aucun cancer n'est diagnostiqué durant les deux années suivant l'examen. (voir Valeurs prédictives)

Femmes cibles (ou population-cible) :

Femmes âgées de 50 à 69 ans inscrites au Registre national.

Femmes éligibles :

Femmes cibles inscrites à l'assurance obligatoire maladie invalidité.

Femmes invitées :

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

Femmes participantes :

Femmes qui ont passé le mammothest, suite à une invitation et/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 mammothest.

Mammothest :

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

Mammothest initial :

Premier mammothest réalisé par une femme dans le programme de dépistage organisé en Région bruxelloise.

Mammothest négatif :

Examen ne présentant pas d'anomalie.

Mammothest positif :

Examen qui présente une anomalie devant conduire à une investigation complémentaire destinée à poser ou exclure un diagnostic de cancer.

Mammothest subséquent :

Mammothest réalisé après une participation antérieure au programme organisé de dépistage du cancer du sein en Région bruxelloise.

Médecin référent :

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

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 mammothests.

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.

Ratio de l'incidence des cancers d'intervalle (O/E) :

Le ratio de l'incidence des cancers d'intervalle (O/E) est égal à la proportion de l'incidence des cancers d'intervalle O par rapport à l'incidence attendue E. Le ratio O/E indique finalement le rapport entre le risque d'avoir un cancer du sein chez les femmes qui ont participé au dépistage avec un résultat négatif, et le risque d'avoir un cancer du sein dans une situation en absence de dépistage organisé. Ce ratio est un indicateur d'évaluation des programmes de dépistage repris dans les directives européennes.

Round :

Période de 2 ans pendant laquelle l'ensemble de la population cible (femmes-cibles) est invitée.

Sensibilité :

La sensibilité est la probabilité d'avoir un mammotest positif chez les femmes avec cancer du sein. Il s'agit des «Vrais positifs» divisés par la somme des «Vrais positifs» et des «Faux négatifs», soit $VP/(VP+FN)$.

Spécificité :

La spécificité est la probabilité d'avoir un mammotest négatif chez les femmes sans cancer du sein. Pour l'obtenir, on divise les «Vrais négatifs» par la somme des «Vrais négatifs» et des «Faux positifs», soit $VN/(VN+FP)$.

Taux de couverture :

Nombre de femmes qui ont effectué un mammotest par rapport au nombre de femmes-cibles.

Taux de détection :

Nombre de cancers dépistés pour 1000 femmes ayant passé un mammotest.

Taux d'incidence du 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 d'invitation :

Nombre de femmes invitées par rapport au nombre de femmes-cibles.

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.

Valeurs prédictives :

On distingue la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative. La valeur prédictive positive est la probabilité d'avoir un cancer du sein lorsque le mammotest est positif. Elle est égale à $VP/(VP+FP)$. La valeur prédictive négative est la probabilité de ne pas avoir de cancer du sein quand le mammotest est négatif. Elle vaut $VN/(VN+FN)$. (voir Vrai négatif et positif et Faux négatif et positif)

Vrai négatif (VN) :

Un «vrai négatif» est un mammotest jugé négatif chez une femme sans diagnostic de cancer dans les deux ans suivant le mammotest.

Vrai positif (VP) :

Un «vrai positif» est un mammotest jugé positif avec un diagnostic de cancer (cancer dépisté).

10 ANNEXES

Annexe 10-01 Fiche de lecture

Anomalies cutanées : SD : SG : Localisation : _____ Positionnement Impossible :

I - ANOMALIES RADIOLOGIQUES		IV - QUALITÉ DE L'IMAGE:	
		D	G
Rien de suspect <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Bonne	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Incidence Cranio-Caudale :		Mauvaise	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Raison Technique:	
		Artefacts	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Collimation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Surexposé/sous exposé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Flou	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Grille	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Positionnement	
		Pectoral non visible en oblique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pli sous-mammaire superposé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Pectoral non visible en CC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Mamelon non tangentiel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Distance mamelon pectoral différente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Prothèse sans Eklund	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Mastectomie / Pas d'Image	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Incidence Oblique :		V - DÉCISION ACR BI-RADS®	
		D G	
		Mammotest négatif	
		1 - Pas d'anomalie <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		2 - Anomalie Bénigne <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		Mammotest positif	
		3 - Anomalie probablement bénigne / indéterminée <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		4 - Anomalie probablement maligne <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		5 - Anomalie maligne <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
Masse <input type="checkbox"/> Distorsion <input type="checkbox"/> Asymétrie <input type="checkbox"/> MicroCalcifications <input type="checkbox"/>		Autres recommandations	
		VI - Non interprétable: Rappel Mammotest <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		VII - Dépistage hors Mammotest <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		VIII - Echo pour sein dense <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
		Les conclusions 3-4-5 font l'objet d'une recommandation automatique de mise au point	
II - DENSITÉ ACR BI-RADS®		VI - REMARQUES PARTICULIÈRES	
Glande < 25% - 1 <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Glande 25 - 49% - 2 <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Glande 50 - 75% - 3 <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Glande > 75% - 4 <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
III - EVOLUTION ANOMALIE			
Année précédente: _____			
Anomalie			
Anomalie nouvelle <input type="radio"/>			
Status quo <input type="radio"/>			
Anomalie ancienne modifiée <input type="radio"/>			
Non comparable <input type="radio"/>			

Annexe 10-02

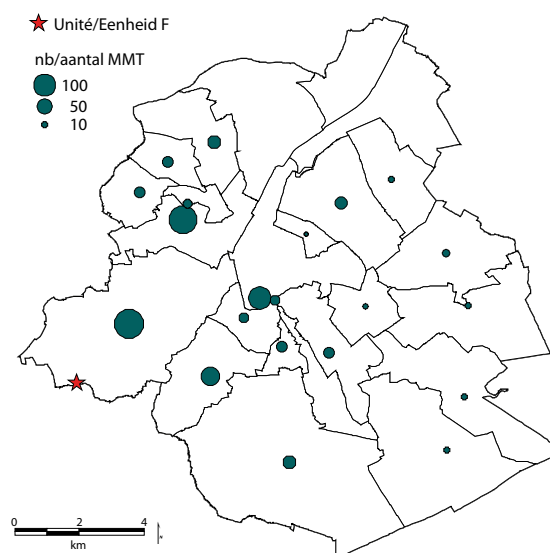
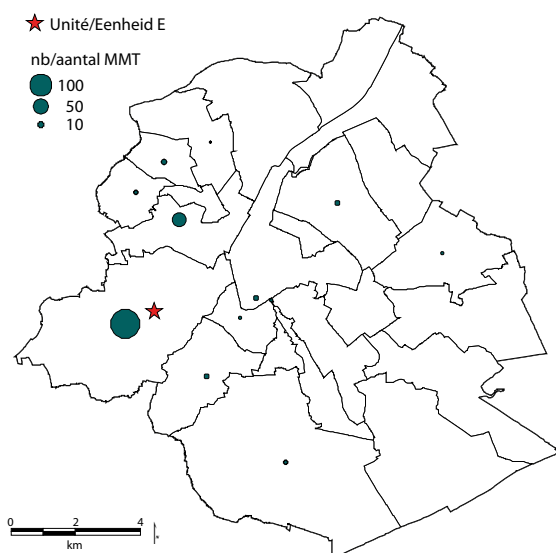
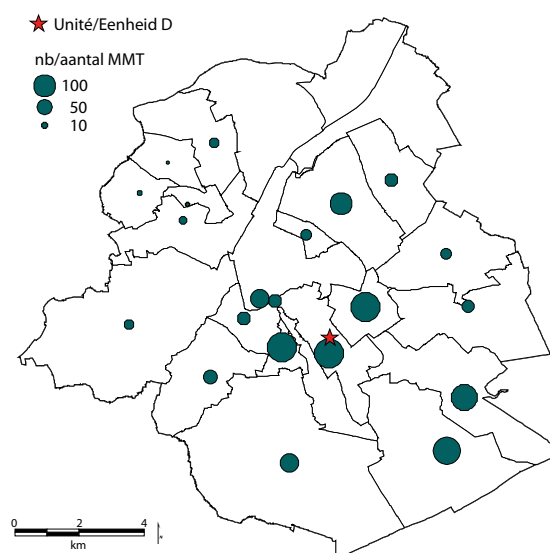
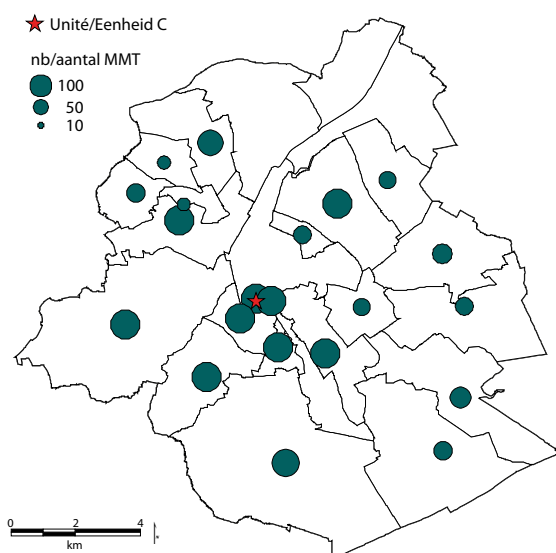
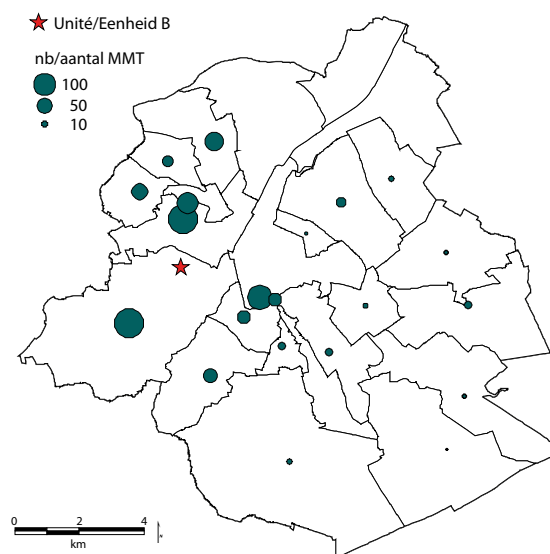
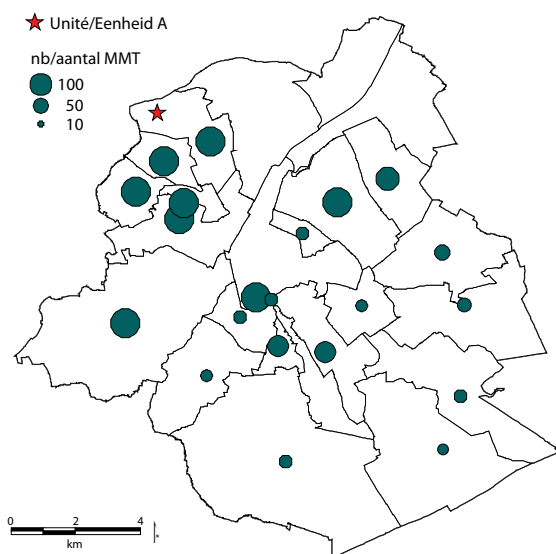
Nombre et moyennes mensuelles de mammotests réalisés par des Bruxelloises par les unités de radiologie agréées bruxelloises, 2009 à 2013 (au prorata des mois d'ouvertures)

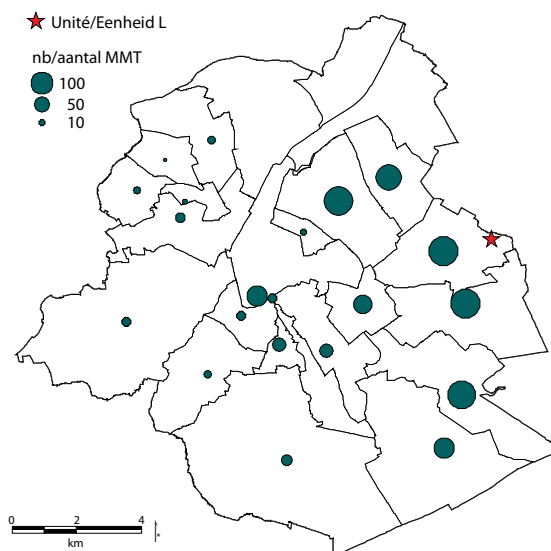
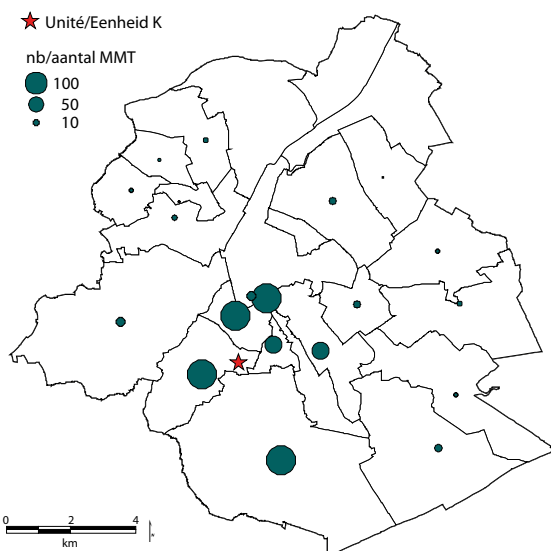
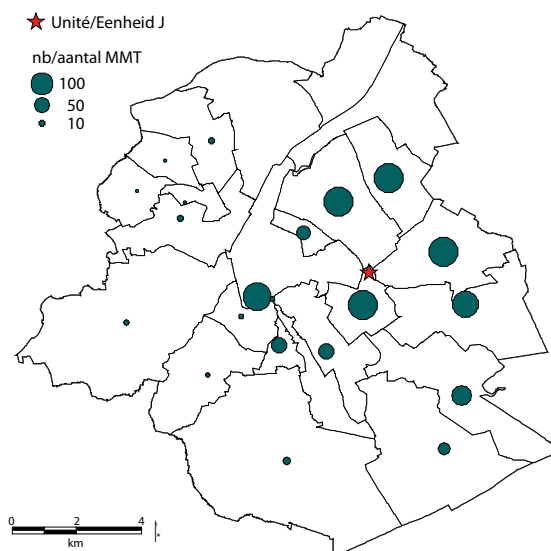
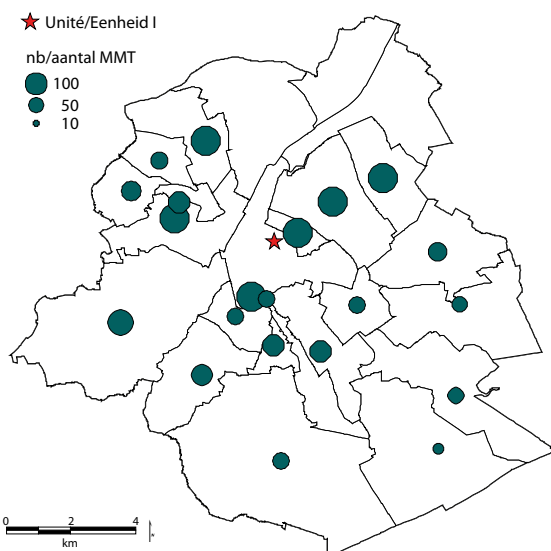
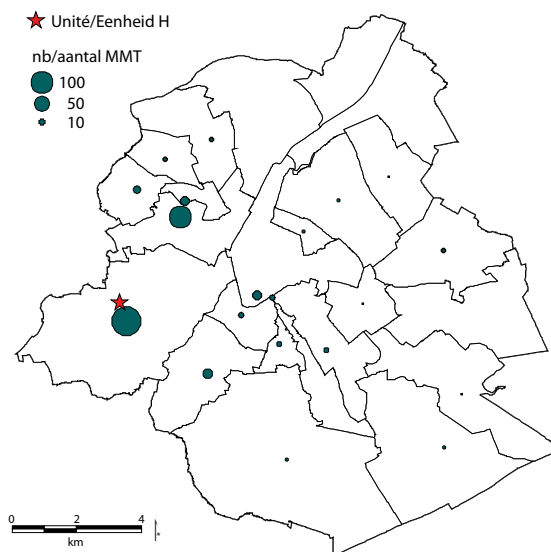
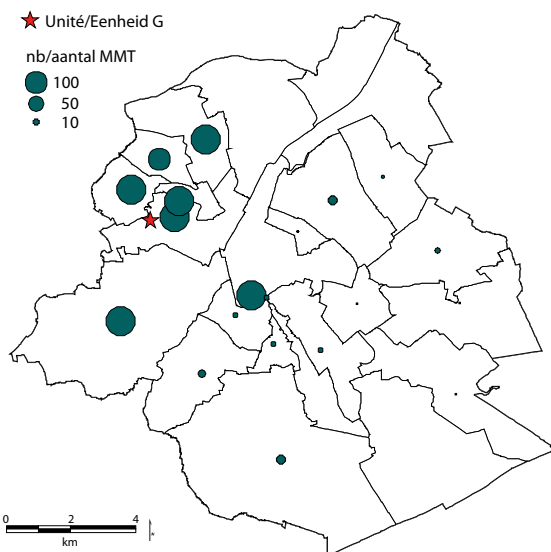
Code postal	2009	2010	2011	2012	2013	2009-2010	2012-2013	Moyenne mensuelle 2009-2010	Moyenne mensuelle 2012-2013	Évolution en %*
1000	263	382	312	311	269	645	580	26,9	24,2	-10,1
1000	680	807	684	719	759	1487	1478	62,0	61,6	-0,6
1000	328	383	310	448	474	711	922	29,6	38,4	29,7
1000	55		62	86	62	55	148	4,6	6,2	34,5
1020		154	130	176	159	154	335	10,3	14,0	36,0
1030	230	237	188	149	135	467	284	19,5	11,8	-39,2
1030	59	194	150	187	227	253	414	25,3	17,3	-31,8
1030					25		25		2,5	
1040	260	269	184	263	253	529	516	22,0	21,5	-2,5
1040	157	145	153	132	154	302	286	12,6	11,9	-5,3
1050	208	254	273	273	304	462	577	19,3	24,0	24,9
1050		5	43	26	35	5	61		2,5	
1060			31	54	45		99		4,1	
1070	315	355	236	316	367	670	683	27,9	28,5	1,9
1070	65	58	56	62	50	123	112	5,1	4,7	-8,9
1070	107	178	171	162	171	285	333	11,9	13,9	16,8
1070	182	215	199	217	203	397	420	16,5	17,5	5,8
1080	362	369	338	300	317	731	617	30,5	25,7	-15,6
1083	183	221	166	188	163	404	351	16,8	14,6	-13,1
1090	704	736	643	586	632	1440	1218	60,0	50,8	-15,4
1150	37	101	92	98	112	138	210	6,0	8,8	45,8
1150	77	73	102	98	135	150	233	6,3	9,7	55,3
1150			9	23	14		37		1,5	
1180	170	130	182	188	188	300	376	12,5	15,7	25,3
1180	176	273	240	201	182	449	383	18,7	16,0	-14,7
1180	38	37	56	41	35	75	76	3,1	3,2	1,3
1180			30	28	23		51		2,1	
1190				118	213		331		14,4	
1190	35	48	38	33	30	83	63	3,5	2,6	-24,1
1200		123	105	117	127	123	244	10,3	10,2	-0,8
1200	175	220	168	207	164	395	371	16,5	15,5	-6,1
1210					7		7		0,3	

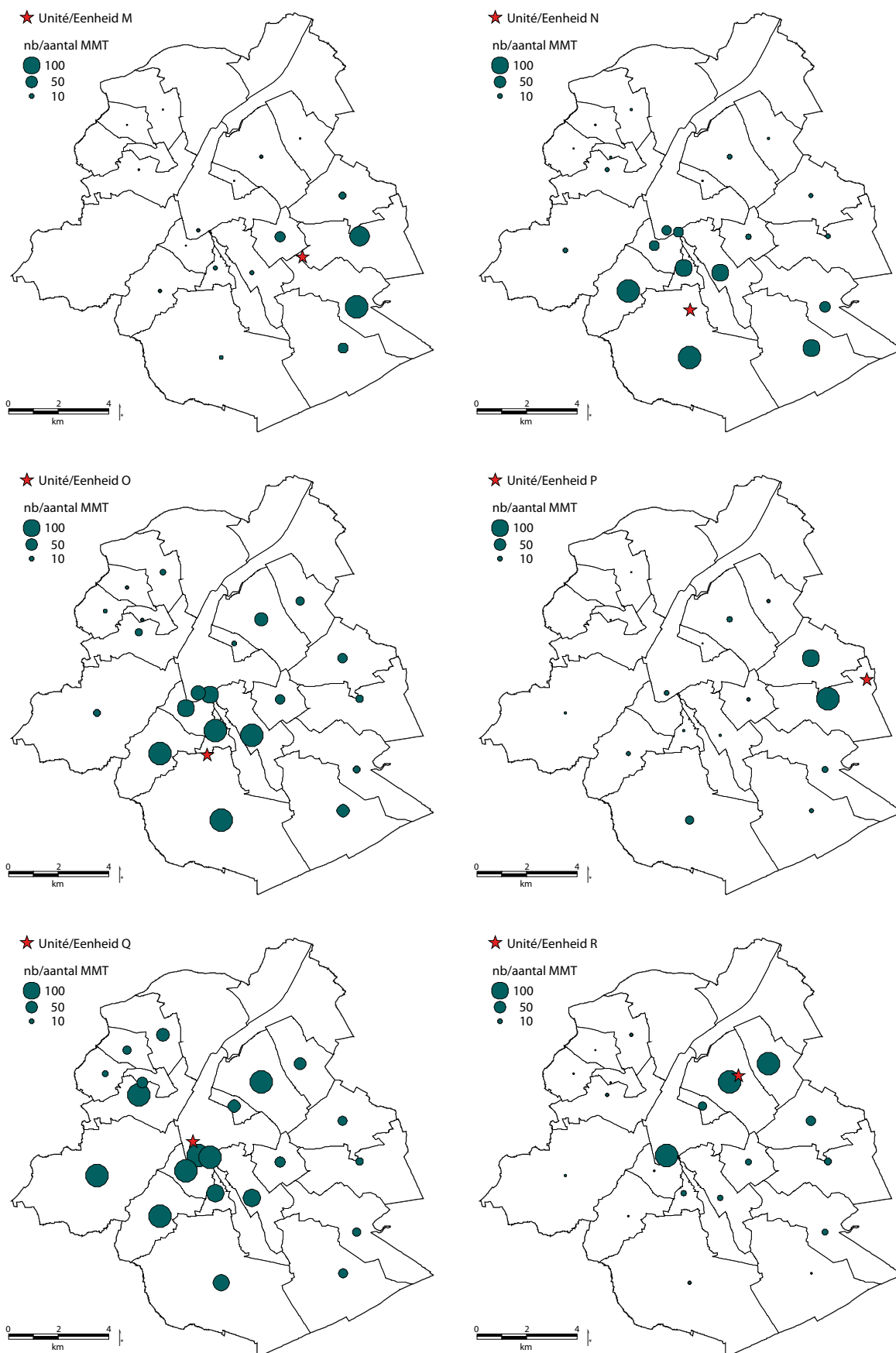
* Évolution = (Round 2012/2013 – Round 2009/2010) / Round 2009/2010 * 100

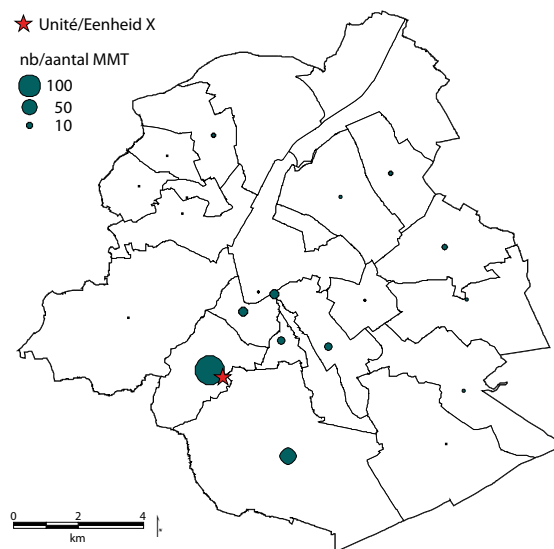
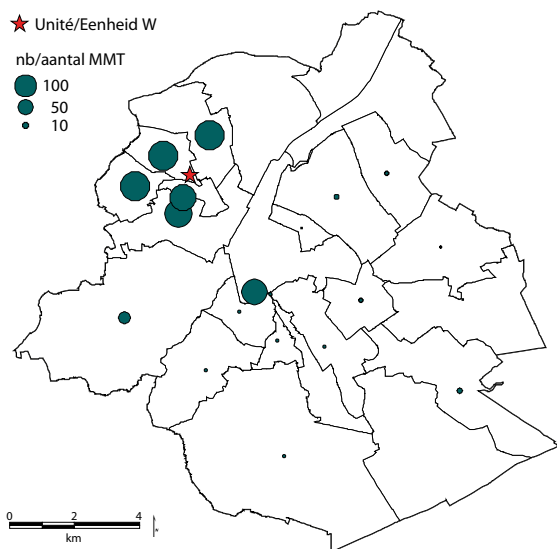
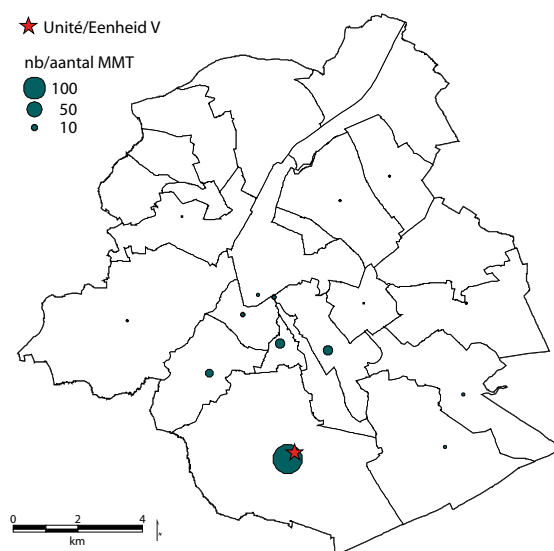
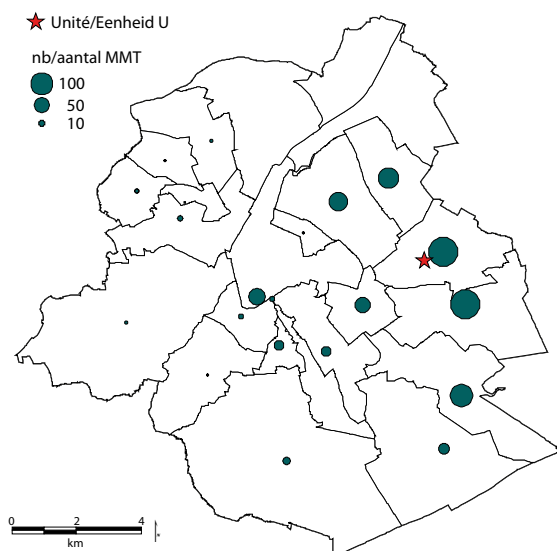
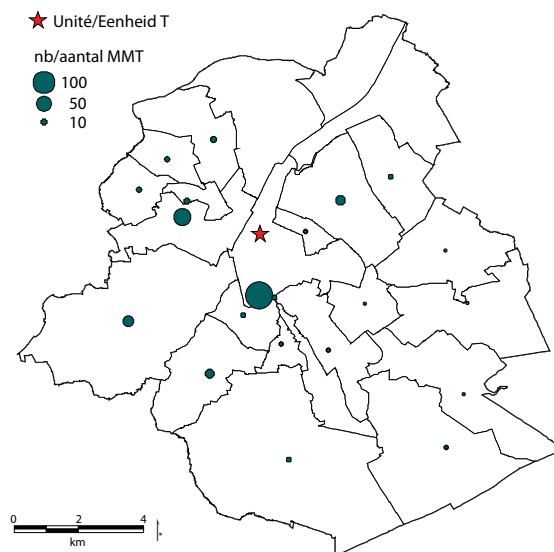
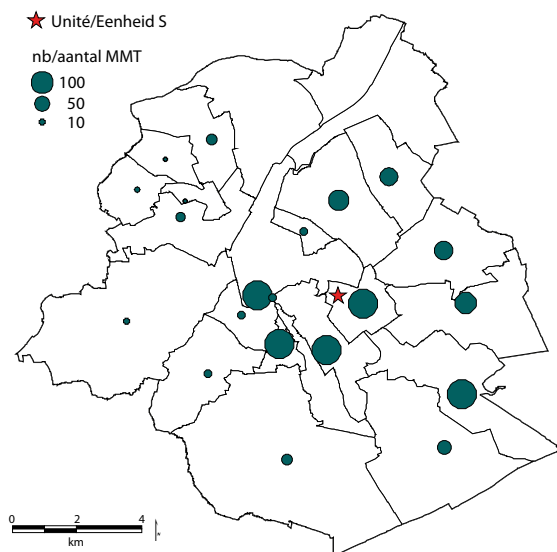
Annexe 10-03 Cartes illustrant le drainage géographique des unités radiologiques actives en 2013

IDENTIFICATION DES UNITÉS	
A	Universitair Ziekenhuis Brussel
B	Clinique Sainte-Anne Saint-Rémi
C	Institut Jules Bordet
D	Hôpitaux Iris Sud - Site du CH Etterbeek Ixelles
E	Centre radiologique - Dr Tréfois
F	Hôpital Erasme - département de sénologie
G	Cabinet de Radiologie du Dr Bersou
H	Hôpitaux Iris Sud - Site du CH Bracops
I	Clinique Saint-Jean - Clinique du Sein
J	Cliniques de l'Europe - Site Saint-Michel
K	Hôpitaux Iris Sud - Site Molière Longchamps
L	Centre d'Imagerie de la Femme de l'UCL
M	Centre Médical du Chant d'Oiseau
N	Cliniques de l'Europe - Site Sainte Elisabeth
O	CHIREC - Clinique Edith Cavell
P	Centre de Stockel
Q	CHU Saint-Pierre + César de Paepe
R	CHIREC - Centre Médical Europe-Lambermont
S	CHIREC - Clinique du Parc Léopold
T	Polyclinique du Lothier
U	Centre d'Imagerie Médicale du Sein
V	Centre Privé de radiodiagnostic SPRL
W	CHIREC - Clinique de la Basilique
X	Centre Hubrez - Dr Spiegl
Y	CHU Brugmann - Clinique du sein ATOSSA site Brien
Z	CHU Brugmann - Clinique du sein ATOSSA site Horta
AA	CIMS - Dr Van De Merckt
AB	CIMS - Dr Collet
AC	O+ Medicale
AD	Centre de Sénologie du Pesage
AE	Centre Médical Jean Fontaine
AF	Centre Médical Meiser

Annexe 10-03 Cartes illustrant le drainage géographique des unités radiologiques actives en 2013


Annexe 10-03 Cartes illustrant le drainage géographique des unités radiologiques actives en 2013


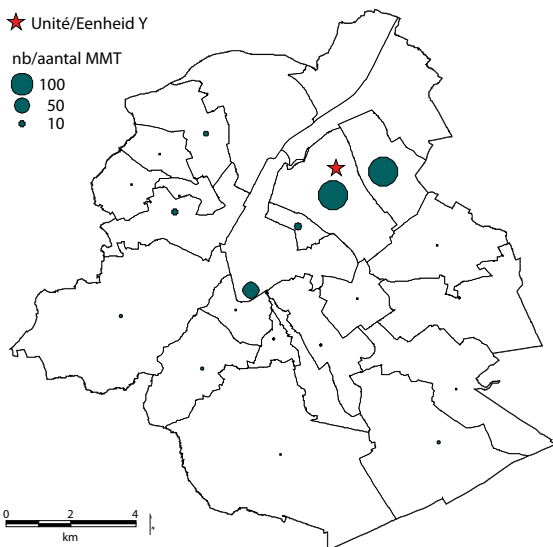
Annexe 10-03 Cartes illustrant le drainage géographique des unités radiologiques actives en 2013


Annexe 10-03 Cartes illustrant le drainage géographique des unités radiologiques actives en 2013


Annexe 10-03 Cartes illustrant le drainage géographique des unités radiologiques actives en 2013

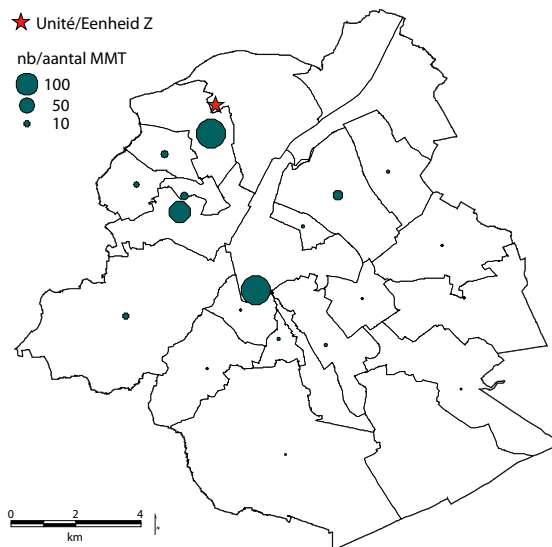
★ Unité/Eenheid Y

nb/aantal MMT



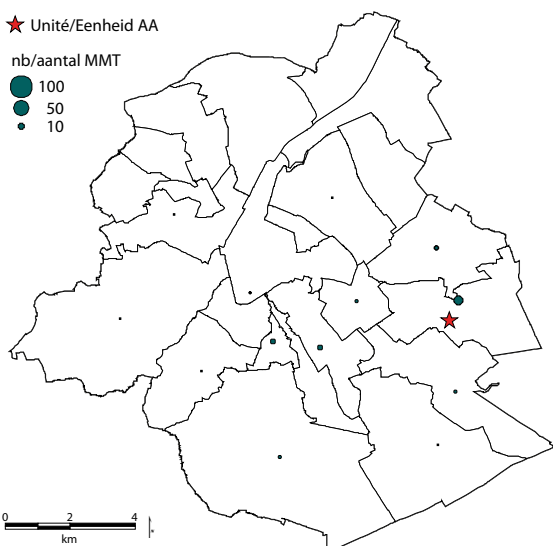
★ Unité/Eenheid Z

nb/aantal MMT



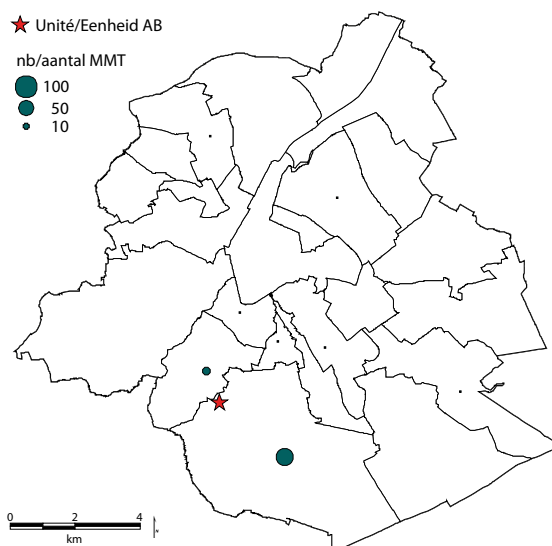
★ Unité/Eenheid AA

nb/aantal MMT



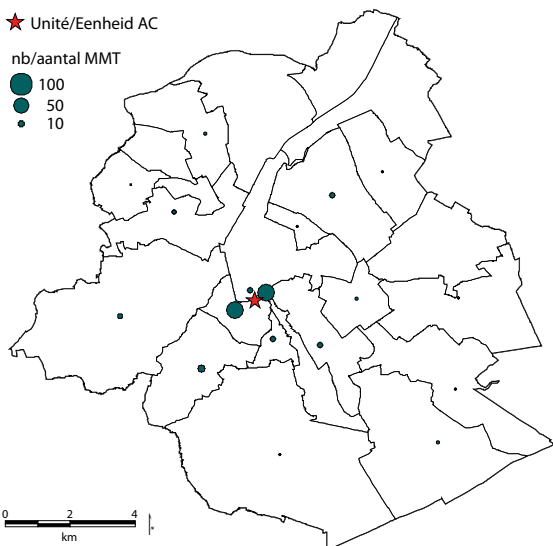
★ Unité/Eenheid AB

nb/aantal MMT



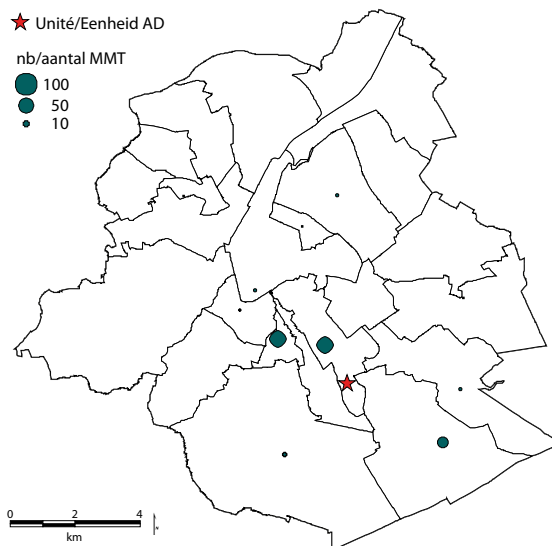
★ Unité/Eenheid AC

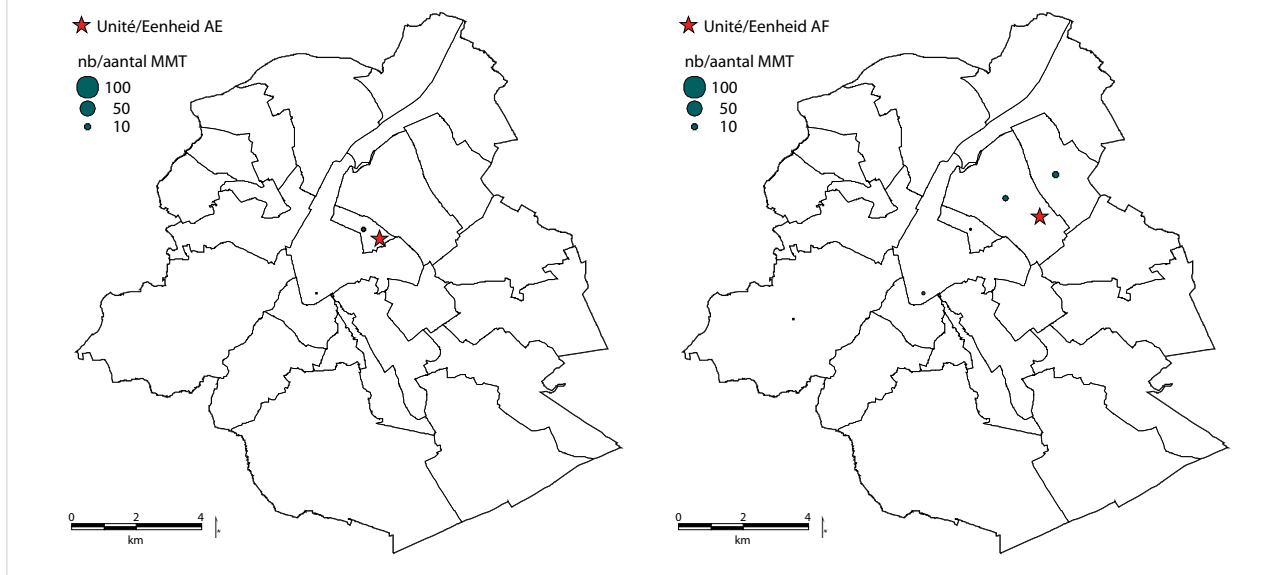
nb/aantal MMT

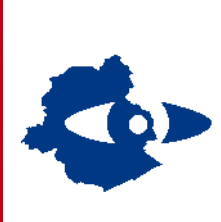


★ Unité/Eenheid AD

nb/aantal MMT



Annexe 10-03 Cartes illustrant le drainage géographique des unités radiologiques actives en 2013



Les dossiers de l'Observatoire

Ce quatrième rapport d'évaluation permet de faire le point sur 11 années de fonctionnement du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise.

Après un rappel de l'historique du programme et de l'épidémiologie du cancer du sein en Région bruxelloise, ce rapport s'attache à décrire les résultats du programme (activités, taux de couverture, délais, détection de cancers) ainsi que les caractéristiques des Bruxelloises participant au dépistage.

Les avancées significatives depuis la publication du précédent rapport d'évaluation, les initiatives en cours et les défis encore à relever sont résumés en fin de document.

www.observatbru.be

Ce document est également disponible en néerlandais

Dit document is ook beschikbaar in het Nederlands onder de titel :
"Vierde evaluatierapport van het georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest (2009-2013)"