



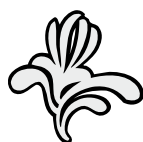
**Troisième rapport d'évaluation
du programme de dépistage
organisé du cancer du sein en
Région bruxelloise (2003-2010)**





Les dossiers de l'Observatoire

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



Les dossiers de l'Observatoire

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

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

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

2008

Deuxième rapport d'évaluation du programme de dépistage 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 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

Évaluation 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 :

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

Colophon

Auteurs

Murielle DEGUERRY,
Déogratias MAZINA,
Myriam DE SPIEGELAERE

Lay-out

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

Cartographie

Sarah LUYTEN

Traduction

Brussels Language Services

Remerciements

Ce troisième 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 (Brumammo),
Michel CANDEUR (Brumammo),
Joëlle PROBST (Brumammo),
Julie FRANCAERT (Belgian Cancer Registry),
Rana CHARAFEDDINE (Institut de Santé Publique),
Françoise RENARD (Institut de Santé Publique),
Bégonia MONTILLA (CLPS Bruxelles),
Heidi DU LAING (Logo Brussel),
Judith RACAPÉ (ULB),
Gille FEYAERTS (Observatoire de la Santé et du Social),
Nahima AOUASSAR (Observatoire de la Santé et du Social)

Numéro de Dépôt Légal

D/2012/9334/19

Pour plus d'informations

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

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

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

Table des matières

1. RÉSUMÉ	7
2. HISTORIQUE DU PROGRAMME ET CONTROVERSES	9
2.1 Introduction	9
2.2 Bref historique du programme bruxellois et perspectives	9
2.2.1 Les principaux partenaires	9
2.2.2 Fonctionnement et perspectives du programme bruxellois	11
• L'envoi d'invitations	12
• Les unités radiologiques	12
• La communication des résultats	13
• Refus des mutuelles	13
• Questions et plaintes	13
• Délais d'attente	13
• Projet télématique	14
• Couplage des données de dépistage aux données du Registre du Cancer	14
• Sensibilisation de la population et des professionnels de santé au programme	14
2.2.3 Un dépistage organisé qui suscite débats et controverses en Belgique	16
2.3 Revue de littérature sur l'impact et l'efficacité du dépistage organisé du cancer du sein	17
Références	19
3. ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER DU SEIN EN RÉGION BRUXELLOISE	21
3.1 Incidence du cancer du sein chez les femmes bruxelloises	21
3.1.1 Évolution de l'incidence	21
3.1.2 Incidence par âge	22
3.1.3 Incidence par commune	24
3.1.4 Incidence et régions	28
3.2 Mortalité par cancer du sein chez les femmes bruxelloises	30
3.2.1 Mortalité et incidence	30
3.2.2 Mortalité par âge	31
3.2.3 Évolution du taux de mortalité par cancer du sein	31
3.2.4 Mortalité par commune	33
3.2.5 Mortalité et régions	35
3.3 Cancer du sein et statut socio-économique	36
3.3.1 Incidence et statut socio-économique	36
3.3.2 Mortalité et statut socio-économique	38
Références	39
4. ACTIVITÉS DU PROGRAMME BRUXELLOIS	40
4.1 Activités des unités de mammographie	40
4.1.1 Mammothests par année	40
4.1.2 Mammothests par unité	41
4.2 Activités du programme	44
4.2.1 Invitations	44
4.2.2 Mammothests	45
• Taux de couverture	45
• Taux de participation	52
Références	54

5. CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES PARTICIPANT AU DÉPISTAGE	55
5.1 Participation au dépistage.....	55
5.1.1 Âges des femmes au premier mammothest.....	55
5.1.2 Mode et raisons de participation.....	56
5.1.3 Délai entre invitation et mammothest.....	60
5.1.4 Délai entre deux mammothests.....	61
5.2 Déterminants de la participation au dépistage.....	62
5.3 Fidélisation.....	63
Références.....	64
6. DÉLAIS ET RÉSULTATS	65
6.1 Délais entre la réalisation du mammothest et l'envoi des résultats.....	65
6.1.1 Délais entre le mammothest et l'envoi des résultats au médecin 1er lecteur.....	65
6.1.2 Délais entre le mammothest et la 2ème lecture.....	67
6.1.3 Délais entre la deuxième lecture et l'envoi des résultats au médecin 1er lecteur.....	68
6.1.4 Délais entre la seconde et troisième lecture.....	69
6.2 Résultats du mammothest.....	70
6.2.1 Densité des seins.....	70
6.2.2 Résultats du mammothest.....	70
6.3 Données de suivi.....	74
Références.....	77
7. CONCLUSIONS	78
8. REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES	80
9. GLOSSAIRE	82
10. ANNEXES	
10-01 Nombre et moyennes mensuelles de mammothests réalisées par des Bruxelloises par les unités de radiologie agréées bruxelloises, 2003 à 2010.....	84
10-02 Cartes illustrant le drainage géographique des unités radiologiques actives en 2010.....	85

1. 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 rapport analyse les données du programme entre 2003 et 2010.

Fin 2010, **27 unités radiologiques** sont agréées à Bruxelles, dont 22 fonctionnent en numérique et 5 en analogique ; environ 52 radiologues sont actifs dans la lecture des mammotests.

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

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

Entre 2007 et 2010, Brumammo, le CLPS et le LOGO ont effectué ensemble ou séparément des **actions d'information et de sensibilisation** en direction des professionnels et de la population cible bruxellois (campagne d'affichage, kit de prescription, exposition interactive, séance d'information, groupes de discussion, élaboration d'outils, etc.). Les acteurs bruxellois ont collaboré à l'élaboration du *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* mais aucune entité n'a encore reçu le mandat de coordonner les actions d'information et de promotion de la santé en Région bruxelloise.

Le cancer du sein est le **cancer le plus fréquent chez la femme** : les 895 tumeurs invasives diagnostiquées chez les Bruxelloises en 2008 représentent plus d'un tiers des cancers féminins.

En 2008, le taux d'incidence brut est de 163,5/100 000. Ce taux diminue depuis 2004, mais après standardisation pour l'âge, il reste cependant supérieur à ceux des deux autres régions du pays.

L'incidence diffère selon l'âge, 46 % 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, 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 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 2009, 228 Bruxelloises sont décédées d'un cancer du sein ce qui représente 20,2 % des décès par cancer et 4,7 % de l'ensemble des décès.

En 2009, le taux de mortalité brut par cancer du sein est de 40,9/100 000. Depuis le milieu des années 80 ce taux diminue, la mortalité a chuté d'environ 30 % ces 20 dernières années.

Après standardisation pour l'âge, le taux de mortalité bruxellois en 2008 est inférieur à celui de Flandre mais supérieur à celui observé en Wallonie.

Le risque de **décéder d'un cancer du sein augmente avec l'âge**.

Les taux de mortalité varient suivant les communes reflétant l'addition complexe de facteurs tels que l'incidence du cancer du sein, le stade au dépistage, l'accessibilité au traitement et la qualité du traitement.

L'incidence du cancer du sein augmente avec le niveau socio-économique de la commune de résidence de la femme. La mortalité par cancer du sein par contre, est plus faible pour les résidentes des communes les plus aisées.

En 2009-2010, 104 583 invitations ont été envoyées, ce qui représente 97,1 % des femmes de 50-69 ans inscrites au Registre national (en 2003-2004, 75 016 invitations avaient été envoyées soit 74,6 % de la population cible) ; l'augmentation du **taux d'invitation** est liée à une amélioration du fichier reçu de la Banque Carrefour de Sécurité Sociale.

En 2010, 6 195 Bruxelloises ont effectué un mammothest ; ce nombre a été multiplié par 2,6 entre 2003 et 2010. Le **taux de couverture** par mammothest a pratiquement doublé depuis le début du programme pour atteindre 10,7 % en 2009-2010 ; cependant, même si l'on rajoute le taux de dépistage par mammographie hors programme (44 % en 2006-2007), la proportion de femmes bénéficiant d'un dépistage reste inférieur au taux de 70 % nécessaire pour avoir un impact sur la mortalité (recommandations européennes). Les taux de couverture par commune montrent une image différente selon que l'on s'intéresse au mammothest ou à l'ensemble des mammographies.

50 % des femmes effectuent leur mammothest dans les 3,3 mois après avoir reçu l'invitation, 90 % dans les 15 mois.

56,4 % des femmes effectuent leur deuxième mammothest entre 21 et 27 mois après le premier mammothest (recommandation en Belgique : 24 mois), 83 % l'ont fait dans les trois ans, ce qui est le délai recommandé par l'Europe.

Même si le nombre de prescriptions est en augmentation, les $\frac{3}{4}$ des femmes participent au programme sur invitation. Les **principales raisons qui poussent les femmes à participer** sont les conseils de leur médecin généraliste ou de leur gynécologue, le mammothest étant plutôt recommandé par le généraliste et la mammographie hors programme par le gynécologue.

D'après l'enquête de santé, certains **facteurs favorisent la participation au dépistage** du cancer du sein comme le fait d'avoir un médecin généraliste attiré, d'avoir d'autres comportements de prévention (vaccination contre le tétanos, contrôle de la glycémie, dépistage du cancer du col). Par contre, être en mauvaise santé ou souffrir d'obésité ne facilite pas la participation, de même que l'isolement social ou les difficultés financières.

En 2010, 90 % des résultats sont envoyés dans les 20 jours et le délai médian est de 10 jours (12 jours en 2005-2006).

En 2009-2010, **14,4 % des femmes sont rappelées** pour des examens complémentaires que ce soit pour un mammothest positif (6,5 %), pour des seins denses (7,8 %) ou une mammographie ininterprétable. Ce taux est en augmentation, probablement en raison du passage au numérique (visibilité de petites lésions, absence d'anciens clichés) et se situe en 2009-2010 au-dessus des normes européennes.

En 2009, on détecte 6,3 cas de cancer pour 1000 femmes dépistées par mammothest ; 88,5 % de ces cancers sont des cancers invasifs. Ces proportions se situent dans les normes européennes.

Des avancées significatives se sont concrétisées en 8 années de programme. Il reste cependant encore des efforts à faire en termes d'amélioration de la qualité des dépistages, d'organisation de l'information et d'évaluation complète du programme afin de permettre, in fine, à toutes les femmes de participer au programme bruxellois. Ce ne sera possible qu'en engageant l'ensemble des acteurs dans un processus conjoint.

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 fait partie des trois dépistages destinés aux adultes 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, et l'asbl «Centre bruxellois de coordination pour le dépistage du cancer du sein» Brumammo a été créée pour assurer la mise en œuvre du programme en Région bruxelloise^[1] : ce programme ne s'est pas implanté en terrain vierge puisque 47 % de la population bruxelloise effectuait déjà un dépistage de façon spontanée avant le début du programme (29). Si en début de programme, on tentait de convaincre ces femmes de modifier leur mode de dépistage (passer du dépistage individuel (dit 'opportuniste') au dépistage organisé), l'attention, ces dernières années, s'est plus focalisée sur le fait de recruter les femmes n'effectuant aucun dépistage.

Ce rapport est le troisième rapport de l'Observatoire de la Santé et du Social concernant l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein bruxellois^[2].

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 de l'enquête de santé 2008. Dans certains cas, ces analyses ne seront plus faites en 'rounds' fixes comme dans les rapports précédents mais par année, ou en attribuant à chaque femme des cycles de deux ans en fonction de la date de leur premier mammothest.

Cette analyse devrait encore être complétée par :

- Les résultats d'une étude commanditée en 2008 à l'IMA par la Fondation contre le cancer, Brumammo, le consortium flamand et le centre communautaire de référence de la Communauté française au sujet de la caractérisation des femmes qui n'effectuent pas de dépistage.
- Les données agrégées régionales du feedback effectué par l'INAMI aux médecins généralistes, gynécologues et radiologues, le dernier datant de 2009.
- Les résultats du couplage entre les résultats des dépistages et les données sur les cancers enregistrées par le Registre du Cancer.

À l'heure de mettre sous presse, ces résultats ne sont pas encore disponibles.

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 deux premiers rapports (2006 et 2008) 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.

2.2 Bref historique du programme bruxellois et perspectives

À Bruxelles, le programme a démarré en 2002 mais les invitations n'ont commencé à être envoyées qu'en février 2003.

2.2.1 Les principaux partenaires

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

Le **centre de référence Brumammo** 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 performance^[3].

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 soutien informatique est contractualisé avec un bureau expert (mise en ordre des bases de données, développement de la gestion numérique).

Le conseil d'administration comprend des représentants de la Commission Communautaire Commune et des universités (ULB, UCL et VUB). À l'assemblée générale sont représentés 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 budget annuel s'élève à 280 000 euros (contributions de la Communauté Française, Vlaams Gemeenschap et Commission communautaire commune), la Fondation contre le cancer mettant à disposition gratuitement des locaux. Ce budget est inchangé depuis 2006.

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 mammothest 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.

Le **LOGO Brussel** et le **CLPS de Bruxelles** 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 :

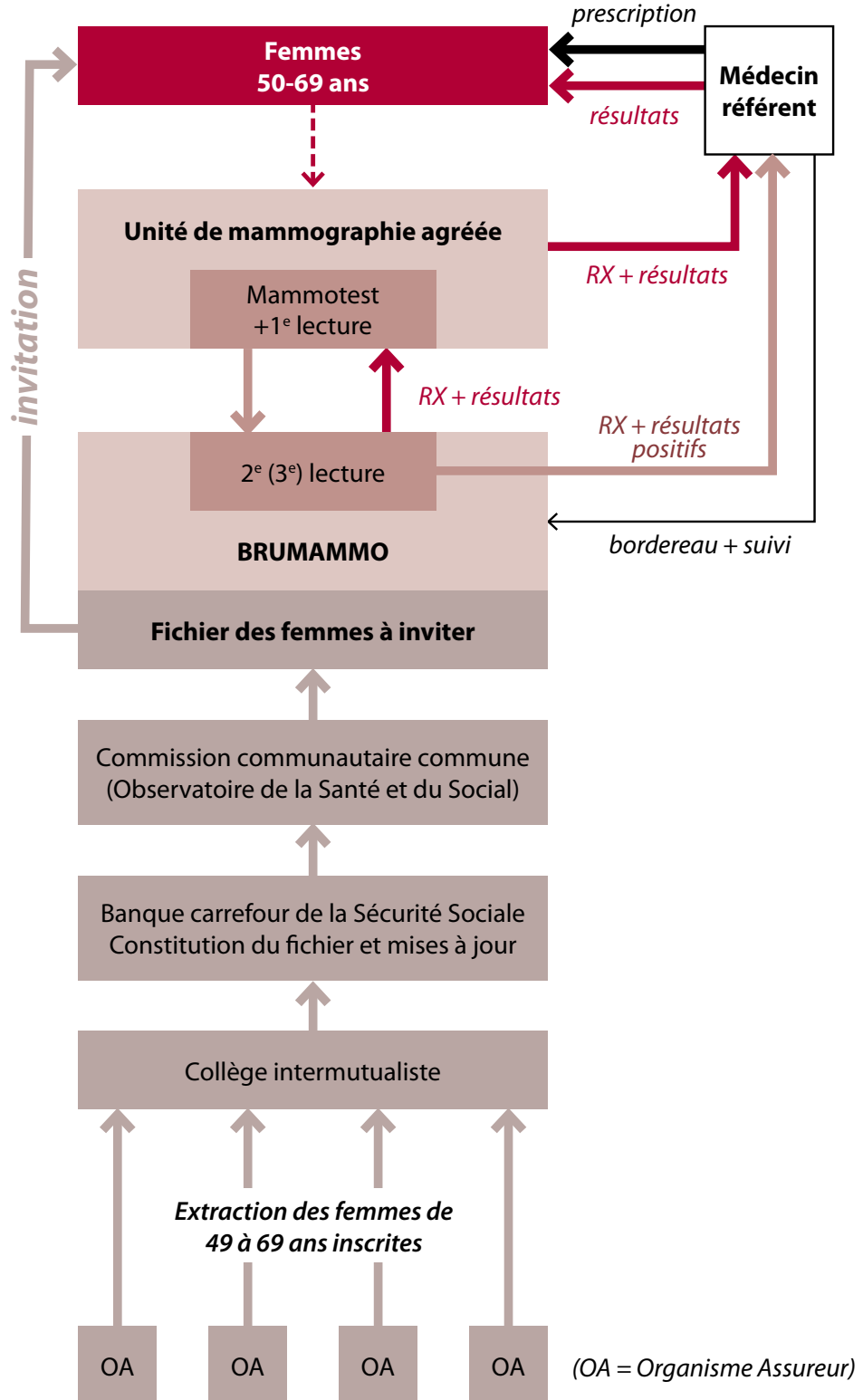
La **Fondation Registre du Cancer** est responsable depuis 2003 de l'enregistrement des données concernant les cas incidents de cancer en Belgique.

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 prévention.

L'**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.

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.



⁴ Pour plus d'information sur le fonctionnement, consulter les deux précédents rapports de l'Observatoire et le Rapport d'activités 2010 de Brumammo.

L'envoi d'invitations

Une partie du subside attribué par la Cocom à Brumammo est destinée à la gestion du fichier des femmes de la population cible et à l'envoi des invitations.

Comme signalé dans les précédents rapports, l'envoi a longtemps été incomplet en raison de l'inexactitude du fichier transmis par la BCSS (fichier résultant d'un couplage du fichier transmis par le Collège Intermutualiste et des données du registre national). La réception d'un nouveau fichier complet en février 2006 (environ 104 000 femmes) a permis de procéder à un rattrapage des 30 % de femmes non invitées jusqu'alors (rattrapage effectué en 2006 et 2007). Le maintien à jour nécessite l'envoi régulier par la BCSS de modifications concernant les femmes à inviter : femmes atteignant 50 ans et donc nouvellement invitées, femmes atteignant 69 ans et donc plus invitées, déménagements, décès^[5].

Tous les deux ans, une invitation est envoyée aux femmes pour les inviter à participer au programme. Lors de la première invitation, l'envoi se fait 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 mammoth.

Les invitations sont envoyées chaque mois.

En 2010, 3,5 % des invitations ont fait l'objet d'un retour postal motivé principalement par un déménagement (83 %), une adresse insuffisante (14 %) ou un décès (0,8 %).

Les unités radiologiques

Depuis le début du programme, 39 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 2010.

18 unités ont fonctionné sans interruption entre le 01/01/2003 et 31/12/2010.

Fin 2010, 27 unités sont agréées^[6] et opérationnelles, dont 22 fonctionnant en numérique et 5 en analogique.

La qualité des clichés est vérifiée annuellement pour chaque unité par une analyse de 10 clichés choisis au hasard. En 2010, 3 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 sera dorénavant plus facile d'effectuer régulièrement cette vérification ; une procédure est en cours de validation.

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 cependant 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 80 premiers lecteurs sont actifs dans les 27 unités ; ils sont admis comme premiers lecteurs sur base de leur CV et de la recommandation de leur chef de service. Le nombre moyen de lectures par premier lecteur est de 141 lectures annuelles et le nombre médian 63 (communication Brumammo, 2011).

Un pool de six deuxièmes lecteurs est disponible mais en pratique, 3 sont actifs ; 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 effectuent respectivement 3127, 2451 et 1031 deuxième ou troisième lectures annuellement (communication Brumammo, 2011).

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 mammothests avec un résultat positif de 2008-2009, les lecteurs ont reçu un feed-back individuel sur leur taux de détection. L'analyse montre que sur 100 cancers dépistés, 72 % ont été repérés par les deux lecteurs, 18 % par le premier lecteur uniquement et 10 % par le deuxième lecteur uniquement (les cancers non repérés ne font pas partie de cette analyse). En Flandre, l'analyse des chiffres 2009 montrent que 72 % des cancers ont été repérés par les deux lecteurs, 11 % par le premier et 17 % par le deuxième (communication Guido Van Hal pour le Consortium flamand, 2011).

5 Suite à un problème de transmission des mutations (40 % manquantes en 2010), un nouveau fichier complet a été mis en place en août 2011. Des réunions entre la BCSS, Brumammo, la Communauté française et l'Observatoire ont abouti à une proposition de convention réglant le mode de travail entre les parties, les procédures de contrôle ainsi que l'envoi annuel d'un nouveau fichier complet ; début 2012, cette convention n'est pas encore signée.

6 Les unités sont agréées soit par la Commission Communautaire Commune(24) soit par les communautés de tutelle des universités (3). 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 à renouveler tous les 4 ans.

La communication des résultats

Afin d'améliorer la rapidité et la fiabilité des résultats, les résultats positifs sont maintenant adressés simultanément aux radiologues et aux médecins référents. En outre, en cas de résultat positif, les médecins sont contactés par téléphone. Les résultats négatifs sont, eux, toujours communiqués d'abord au radiologue qui en informe le médecin référent.

Cependant 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 ans^[7] inscrites 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 le draft 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 2010, 65 refus de remboursement des mutuelles ont été reçus à Brumammo (sans tenir compte des refus erronés pour l'âge, voir note 7) : ¾ concernent des personnes non (ou plus) membres de la mutuelle concernée, 14 % des personnes non en ordre et 12 % des personnes ayant effectué le mammothest dans un délai inférieur à 2 ans^[8].

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, la qualité des unités radiologiques et le délai d'attente. 3 appels sur 10 sont effectués en néerlandais. Il y a également une à deux demandes quotidiennes d'envoi d'invitation.

Depuis 2009, Brumammo a mis en place un registre de plaintes, où sont enregistrés la date, l'identité du plaignant, la nature et l'objet de la plainte et la suite donnée. Il est ainsi possible d'objectiver les plaintes, de vérifier qu'une suite y a été donnée et de suivre l'évolution des différents types de plaintes en fonction des solutions structurelles adoptées.

Entre mars 2009 et décembre 2010, 74 courriers/appels téléphoniques ont été enregistrés dont 48 émanaient de patientes ou de proches de patientes, 19 d'unités radiologiques et 7 de médecins traitants. Ils concernaient principalement des demandes d'information quant aux procédures de participation au programme (19) ou le non agrément d'unités(4), des questions quant à la facturation de l'examen (10 pour mammographie, 3 par erreur de facturation de l'unité), des plaintes concernant le délai d'attente de rendez-vous (9), des précisions sur le protocole (9) ou le délai d'envoi (5), des erreurs de fichier (femme étant décédée, ayant déménagé ou n'ayant pas reçu d'invitation (9)), des incitations à opter pour un bilan complet (3).

Délais d'attente

Suite aux plaintes enregistrées, Brumammo effectue occasionnellement un sondage des unités pour évaluer le délai d'attente nécessaire pour obtenir un rendez-vous pour un mammothest. De plus, un affichage des délais garantis par chaque centre est maintenant disponible sur le site de Brumammo^[9] ; pour les centres ayant transmis l'information, les délais vont de 2 jours à 6 semaines maximum.

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

9 Cliquer sur chaque centre sur la carte de la Région bruxelloise dans la rubrique 'Le mammothest, c'est où ?'.

Projet télématique

Depuis 2010, Brumammo met progressivement en place une gestion numérique globale de l'imagerie médicale, des données administratives et des protocoles de lecture radiologique^[10]. Un audit a permis de définir 4 phases d'implémentation.

Les 4 étapes sont :

- connexion à Brumammo des unités fonctionnant en numérique, permettant l'envoi direct des clichés
- mise en place d'un RIS^[11] offrant aux centres la possibilité de vérifier l'éligibilité 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 PACS^[12] à Brumammo permettant l'archivage des clichés et la réconciliation automatique Images/RIS
- connections PACS à PACS et mise à disposition des images archivées aux unités radiologiques.

La première phase a débuté en juin 2010 et est pratiquement clôturée. La deuxième phase a été mise en production en novembre 2011. Progressivement, les protocoles de première lecture sont encodés dans le RIS par les Centres. 100 % des deuxièmes et troisièmes lectures sont encodées directement dans le RIS.

Les problèmes de sécurité et de vie privée liés à la transmission des données et au futur archivage des clichés sont pris en compte.

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 tous les cancers et ce, le plus précocement possible. L'évaluation du programme s'effectue notamment par l'estimation de la valeur prédictive positive du mammothest et le dénombrement des cancers d'intervalle.

Si le suivi actuel par Brumammo^[13] permet de repérer presque l'ensemble des cancers dépistés grâce au programme, il ne permet pas en revanche de repérer les cancers d'intervalle. Ceci devient possible en utilisant les données du Registre du Cancer qui enregistre de façon exhaustive depuis 2004 les cas de cancer diagnostiqués en Région bruxelloise. Pour ce faire, un couplage est nécessaire entre les données de dépistage et les données d'incidence. Les procédures relatives à la protection de la vie privée indispensables pour ce couplage sont en cours. Suites aux contacts pris avec la Fondation Registre du Cancer, les fichiers de Brumammo et du Registre sont prêts, ainsi que la méthodologie qui sera utilisée pour le croisement. Il faut encore attendre que les démarches administratives auprès de la Commission de protection de la vie privée (CPVP) soient terminées.

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, 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 réunions 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 bruxellois^[14] 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. Les pouvoirs publics envisagent de confier cette opérationnalisation à une asbl (encore à créer) et réservent pour ce faire un montant dans le budget 2012. La réflexion devrait de toute façon être menée de façon plus large, et notamment dans le cadre de l'ordonnance Prévention en santé, étant donné la mise en place programmée de programmes de dépistage des cancer du colon et du col de l'utérus.

10 Pour ce faire, un budget supplémentaire de 90 000 euros a été demandé aux pouvoirs subsidiaires (non encore attribué).

11 Radiology Information System.

12 Picture Archiving and Communication System.

13 Pour la procédure, voir Partie VI.

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

Cette thématique a cependant été traitée entre 2007 et 2010.

Par Brumammo :

2008 : mise en place d'un nouveau site internet ; contact avec les mutuelles ;

2009 : campagne d'affichage grand public (avec une contribution de Miss Belgique) couplée à l'envoi à 1 300 médecins généralistes bruxellois^[15] d'un kit comprenant une affiche, un dossier explicatif, un exemplaire de la brochure patiente et un carnet de prescriptions de mammotests ; Collaboration à la mise en route de l'étude demandée à l'IMA concernant les caractéristiques des femmes n'effectuant aucun dépistage^[16] ;

2010 : participation au Plan stratégique de sensibilisation au programme.

Conjointement par le LOGO et le CLPS, notamment dans le cadre de "Boezemvriendin – Sein et Sauf" :

2007 : Séance d'information pour les femmes allochtones via le mouvement KAV et un groupe de mamans de l'école Sint-Joost-aan-zee ; Conférence pour les femmes allochtones au centre De Pianofabriek ; Stand d'information sur le programme bruxellois au KAV Leuven

2008 : Diffusion de documents d'information en néerlandais lors d'une soirée d'information à Saint-Josse-ten-Noode ; Stand d'information lors de la représentation théâtrale "borstenclub" au Zinnema Anderlecht

2009 : Exposition interactive à l'UZ Brussel avec des visites guidées pour les organisations de femmes ; Formation de femmes allochtones à link=Brussel vzw

2010 : Participation au Plan stratégique de sensibilisation au programme

2011 : Dans le cadre du Plan stratégique cité ci-dessus, il est prévu de réaliser annuellement un document de synthèse des actions menées en Région bruxelloise ; le CLPS et le LOGO réalisent 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. Ils envoient l'enquête par e-mail à plus d'une centaine de contacts ciblés ; afin de disposer d'éléments de fond et plus qualitatifs, ils rencontrent une vingtaine d'associations de différents secteurs d'activités travaillant directement avec un public de femmes.

Par le CLPS (travail de deuxième ligne) :

Participation sous l'égide de Question santé aux réunions de travail réalisant le bilan des aspects de communication au niveau local et en vue de la mise en place d'un plan de communication en Communauté Française.

Suite à la diffusion de la campagne «N'attendez pas que vos seins vous le réclament» de février 2010 par la Communauté Française, participation aux réunions en compagnie d'une quinzaine d'institutions et professionnels de la santé acteurs du programme afin de récolter des avis pour construire des outils de communication adaptés à des publics diversifiés.

Mise en place d'une concertation entre acteurs de la Communauté française : participation du CLPS de Bruxelles au sous-groupe de travail afin d'élaborer une méthode de travail pour organiser des animations sur le dépistage du cancer du sein au départ de groupes de femmes ; Organisation de divers groupes de discussion avec des femmes de milieux et de cultures variées sur base d'une grille commune. En 2011, réalisation d'une synthèse/analyse de paroles des différents groupes et retour vers le groupe de professionnels de départ pour une mise en évidence des éléments innovants et des éventuelles pistes de travail (et/ou "outils" spécifiques).

15 Cet envoi a été géré par l'asbl Hippocrate qui est une coupole des médecins généralistes bruxellois francophones et néerlandophones.

16 Cette étude a été initiée à la demande l'Observatoire, Brumammo et la Fondation contre le cancer, auxquels se sont joints la Communauté Française et le Consortium flamand des centres de référence.

2.2.3 Un dépistage organisé qui suscite débats et controverses en Belgique

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 et les débats qui animent les différents acteurs impliqués¹⁷.

Certains acteurs fonctionnent selon un schéma normatif :

Les **pouvoirs publics**, en charge de la santé de la population et dotés d'un pouvoir d'autorité, doivent établir des priorités. Soucieux de leur visibilité et responsables des deniers publics, ils sont attentifs aux résultats chiffrés et à l'efficacité, et veulent passer un message clair. *«Toutes les femmes de 50-69 ans doivent passer un mammotest afin de diminuer la mortalité par cancer du sein».*

Les **experts thématiques** (comme les cancérologues), forts de leur pratique et leur vécu, sont les dépositaires scientifiques légitimes du combat. Leur discours est également clair, pas toujours en adéquation avec l'acteur précédent. *«Toutes les femmes à risque doivent effectuer les examens recommandés par le corps médical».*

Les **experts en santé publique** se fondent sur la littérature (Evidence Based Medicine), adoptent un point de vue de santé publique et sont attentifs à tout ce qui a trait à l'organisationnel, l'équité et le qualitatif. Le message est moins clair puisqu'il analyse régulièrement les risques et bénéfices, mais après arbitrage, il tend à considérer que la balance est en faveur du dépistage. *«Pour les femmes de 50 à 69 ans, il y a aujourd'hui plus d'avantage à mettre sur pied un programme de dépistage organisé que de s'abstenir».*

Les autres acteurs sont plus centrés sur l'individu.

Les **acteurs médicaux de première ligne** sont dans le colloque singulier : ils négocient le meilleur choix pour leur patiente tout en respectant les principes de précaution et de primum non nocere. Ils doivent prendre en compte le doute scientifique, leur intuition et le style de vie de leur patiente. Ils bénéficient certainement de la confiance de la population. *«Je conseille (ou pas) à ma patiente d'effectuer un dépistage par mammographie dans un service en qui j'ai confiance».*

Le **public bénéficiaire** (femmes) choisit pour s'informer ses propres personnes de confiance, se méfie des discours contradictoires et prend en considération des facteurs additionnels pour prendre sa décision (qualité de l'examen, conséquences, expérience propre). *«J'effectue un dépistage si je suis convaincue que c'est bénéfique pour moi».*

Les **acteurs de promotion de la santé** tentent de concilier les différents discours et ont pour objectif de restaurer les capacités de choix du public. *«Chaque femme doit pouvoir donner son consentement éclairé à la participation au programme de dépistage organisé de cancer du sein».*

Les **acteurs de la communication** n'ont pas le pouvoir de modifier les attitudes. Ils ont comme rôle de clarifier les messages et de les diffuser ; l'arbitrage ne devrait pas être de leur ressort. *«Un mammotest est un examen radiologique des seins, gratuit et dont la qualité est contrôlée».*

En 2011, les autorités de santé publique belges tentent de mettre les acteurs d'accord face aux questionnements qui se posent, comme : faut-il élargir le groupe cible ? Faut-il garder la coexistence des deux programmes ('opportuniste' et organisé) ? faut-il modifier la nomenclature ? comment augmenter la participation des groupes précarisés ?

¹⁷ Cf discussion à l'occasion du colloque sur La prévention et ses excès (septembre 2011, Patrick Trefois (Question Santé)).

2.3 Revue de littérature sur l'impact et l'efficacité du dépistage organisé du cancer du sein

Alors qu'aucun programme de santé publique n'a mobilisé autant de femmes dans ses essais (plus de 500 000 femmes), le dépistage organisé du cancer du sein baigne dans une perpétuelle polémique depuis l'année 2000, date à laquelle Gotzsche et Olsen, dans leur première méta-analyse^[18], questionnaient la qualité des essais sur le dépistage organisé du cancer du sein et la pertinence du critère d'évaluation utilisé (mortalité par cancer du sein plutôt que mortalité générale).

Il est vrai que

- Dans la plupart des pays, la baisse de la mortalité par cancer du sein a débuté antérieurement à la mise en place des programmes ou au moins avant que ceux-ci ne puissent faire effet, une partie de cette baisse étant en rapport avec la baisse de prescription d'hormonothérapie de substitution (2).
- Les essais randomisés de ce type de programme sont des études difficiles à mettre en place, nécessitant un suivi à long terme (11-15 ans) et comportant des sources de biais multiples, dont la contamination des groupes dépistés et non dépistés. Actuellement la seule solution reste l'enregistrement soigneux et le couplage des données car réaliser de nouveaux essais serait maintenant impossible, en raison du coût, de la durée de suivi nécessaire et de l'absence de population vierge de tout dépistage ; de plus, ceux-ci seraient non comparables aux précédents en raison de l'évolution de l'imagerie et des thérapeutiques.
- Évaluer le bénéfice du dépistage à travers la mortalité totale reste peu réaliste car étant donné la proportion de décès par cancer du sein, ceci nécessiterait un nombre de sujets très important
- L'amélioration des traitements contribue certainement de façon plus importante que le dépistage à la réduction de la mortalité.
- En raison du sur-diagnostic, il est indispensable de développer la recherche sur la connaissance de l'histoire naturelle de la maladie et sur l'identification de marqueurs du potentiel évolutif afin d'adapter la prise en charge des lésions dépistées (réduction du sur-traitement).
- Le risque de cancers radio-induits est à mettre en parallèle avec les bénéfices du dépistage (3).

Même si plusieurs pays comme la Norvège, la Suède, le UK, le Danemark et les Pays-Bas ont publié de 2003 à 2008 des études reconnaissant le rôle du dépistage dans la réduction de la mortalité par cancer du sein (4 ; 5 ; 6 ; 7 ; 8), la controverse concernant les bénéfices et les risques du dépistage organisé par mammographie a perduré (9 ; 10 ; 11 ; 12). Et notamment après une ré-analyse des données danoises par Gotzsche qui ne retrouvent pas de bénéfice du programme sur la mortalité par cancer du sein, la diminution de mortalité devant plutôt être expliquée selon eux par une modification des facteurs de risque et les traitements (13 ; 14).

Lors des recommandations émises par l'Europe incitant à la mise en place des programmes, il était avancé que moyennant une participation d'au moins 70 % de la population cible, on pouvait s'attendre à une réduction de 25 à 30 % de la mortalité par cancer du sein. La dernière étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* (NEJM) en 2010 évaluant le programme norvégien entre 1996 et 2005 confirme bien une réduction de la mortalité associée à la mise en place du programme de dépistage, mais dans une moindre mesure par rapport à ce qui était attendu : le dépistage en lui-même n'interviendrait que pour un tiers de la réduction totale, ce qui revient à une diminution d'environ 10 % (15).

Une étude publiée elle par le *British Medical Journal* en 2011 compare les effets sur la mortalité de programmes de dépistage organisé du cancer du sein introduits entre 1998 et 2006 dans trois paires de pays voisins européens et conclut que la baisse des taux de mortalité par cancer du sein varie peu entre les pays où le dépistage est implanté depuis longtemps et ceux où le dépistage a récemment été introduit (16). Les auteurs en concluent que la baisse de mortalité est plutôt à mettre sur le compte de l'amélioration des traitements qu'à l'organisation des programmes de dépistage.

18 Plusieurs articles publiés dont une revue Cochrane. Par exemple, Gotzsche P.C., Olsen O., *Is screening for breast cancer with mammography justifiable ? The Lancet 2000 ; 355 (9198) : 129-34.*

Les autres arguments en défaveur des programmes concernent les effets délétères, et notamment le sur-diagnostic (détection de cancers à croissance très lente qui ne seraient pas à la source du décès de la femme ou de cancers spontanément régressifs); pour certains, ce sur-diagnostic est une des raisons de l'augmentation de l'incidence parmi la tranche d'âge des femmes participant au dépistage, augmentation non compensée par une baisse de l'incidence après 70 ans (17 ; 18).

Certains auteurs réclament une nouvelle analyse dépassionnée du sujet (19) et en tout cas une information plus circonstanciée aux femmes. Dans le NEJM du 9/09/2010, deux auteurs américains font entre autres deux propositions qui dépassent les recommandations nationales (20) :

- Modifier la gouvernance en impliquant les partenaires dans les décisions concernant le programme de dépistage : après avoir déterminé le rapport bénéfice risque, consulter les parties prenantes quant à la détermination des âges-seuils afin de prendre une décision conjointe et informée; renouveler le processus suivant l'évolution des connaissances scientifiques
- Ne plus définir un seuil unique mais délimiter 3 zones : déconseillée, recommandée et entre les deux, une zone où le choix des modalités serait laissé au patient et à son médecin.

Plus récemment dans une lettre au Lancet de novembre 2011, plusieurs responsables de programme de dépistage européens et mondiaux réaffirment leur conviction dans le fait qu'un dépistage précoce couplé à un traitement efficace améliore la mortalité par cancer du sein et la qualité de vie des patients; ils se positionnent donc en faveur d'un programme de dépistage organisé, offert à l'ensemble de la population et offrant une assurance de qualité (21).

Enfin, un rapport publié par le KCE en janvier 2012^[19] réaffirme qu'il n'est pas opportun en l'absence de risque individuel accru, d'étendre le programme de dépistage organisé en dehors des tranches d'âge actuelles. Pour les femmes exposées à un risque accru, un dépistage plus précoce peut être envisagé, mais ce risque accru ainsi que la fréquence et la méthode de dépistage à suivre devraient idéalement être déterminés de manière standardisée. La double lecture de la mammographie augmente la qualité de l'examen.

En résumé, différents avis s'affrontent sur la qualité des méthodologies utilisées dans les études et les objectifs à atteindre (22 ; 23).

On peut néanmoins dire début 2012 que :

- **s'il est admis** que l'efficacité du dépistage par mammographie sur la mortalité par cancer du sein est moindre qu'espérée (24 ; 25) (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 (26),
- **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 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 que la femme en soit informée (droit à l'information), que l'évaluation soit menée de façon régulière et rigoureuse afin de faire progresser la connaissance, et que ce dépistage soit organisé, c'est-à-dire avec des garanties de contrôle de la qualité (contrôle de l'appareillage et des clichés, double lecture des clichés) et de suivi (16 ; 27 ; 25 ; 28).

19 *Identifying women at risk for breast cancer/technical methods for breast cancer screening - KCE Reports 172 - Good Clinical Practice (GCP) - 2012.*

Références

- (1) 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.
- (2) Zbuk K., Anand SS. Declining incidence of breast cancer after decreased use of hormone-replacement therapy : magnitude and time lags in different countries. *J Epidemiol Community Health* 66(1), 1-7. 2011.
- (3) Dépistage du cancer du sein : que peut-on dire aujourd'hui des bénéfices attendus ? Institut de Veille Sanitaire (InVS)/Institut National du Cancer (INCa), Lettre à la rédaction *J. Radiol* 87, 2006.
- (4) Fracheboud J., Otto SJ., van Dijck JAAM., Broeders MJM., Verbeek ALM., de Koning HJ., National Evaluation Team for Breast cancer screening (NETB). Decreased rates of advanced breast cancer due to mammography screening in The Netherlands. *British Journal of Cancer* 91, 861-867. 2004.
- (5) Olsen AH., Njor S., Vejborg I., Schwartz W., Dalgaard P., Jensen M-B., Tange UB. Blichert-Toft M., Rank F., Mouridsen H., Lynge E. Breast cancer mortality in Copenhagen after introduction of mammography screening : cohort study. *BMJ* 330, 2005.
- (6) Allgood PC., Warwick J., Warren RM., Day NE., Duffy SW. A case-control study of the impact of the East Anglian breast screening programme on breast cancer mortality. *Br J Cancer* 98(1), 206-209. 2007.
- (7) Tabar L., Yen M-F., Vitak B., Tony Chen H-H., Smith RA., Duffy SW. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients : 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet* 361, 1405-1410. 2003.
- (8) Otto SJ., Fracheboud J., Looman CWN., Broeders MJM., Boer R., Hendriks JHCL., Verbeek ALM., de Koning HJ., National Evaluation Team for Breast Cancer Screening. Initiation of population-based mammography screening in Dutch municipalities and effect on breast-cancer mortality : a systematic review. *Lancet* 361, 1411-1417. 2003.
- (9) Mandelblatt JS., Cronin KA., Bailey S., Berry DA., de Koning HJ., Draisma G. et al. Effects of mammography screening under different screening schedules : model estimates of potential benefits and harms. *Ann Intern Med* 151(10), 738-747. 2009.
- (10) Keen JD., Keen JE. What is the point : will screening mammography save my life ? *BMC Medical Informatics and Decision Making* 9 :18, 2009
- (11) Nelson HD., Tyne K., Naik A., Bougatsos C., Chan BK., Humphrey L. Screening for breast cancer : systematic evidence review update for the U.S. preventive services task force. *Ann Intern Med* 151(10), 2009
- (12) Raftery J., Chorozoglou M. Possible net harms of breast cancer screening : updated modeling of Forrest report. *BMJ* 343 :d7627, 2011.
- (13) Jorgensen KJ., Zahl P-H., Gotzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark : comparative study. *BMJ* 340 :c1241, 2010.
- (14) Gotzsche PC., Jorgensen KJ., Zahl P-H., Maehlen J. Why mammography screening has not lived up to expectations from the randomised trials. *Cancer Causes Control* 23(1), 15-21. 2011.

- (15) Kalager M., Zelen M., Langmark F., Adami H-O. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med* 363(13), 1203-1210. 2010.
- (16) Autier P., Boniol M., Gavin A., Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment : trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 343 : d4411, 2011.
- (17) Zahl P-H., Strand BH., Maehlen J. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening : prospective cohort study. *BMJ* 328, 921-924. 2004.
- (18) Glass AG., Lacey Jr JV., Carreon D., Hoover RN. Breast cancer incidence, 1980-2006 : combined roles of menopausal hormone therapy, screening mammography and estrogen receptor status. *J Natl Cancer Inst* 99 (15), 1152-1161. 2007.
- (19) McPherson K. Screening for breast cancer – balancing the debate. *BMJ* 340 :c3106, 2010.
- (20) Quanstrum KH., Hayward RA. Lessons from the mammography wars. *N Engl J Med* 363(11), 1076-1079. 2010.
- (21) Bock K., Borisch B., Cawson J., Damtjernhaug B., de Wolf C., Dean P. et al. Effect of population-based screening on breast cancer mortality. *Lancet* 378, 1775. 2011.
- (22) Steele RJC., Brewster DH. Should we use total mortality rather than cancer specific mortality to judge cancer screening programmes ? No. *BMJ* 343 :d6397, 2011.
- (23) Penston J. Should we use total mortality rather than cancer specific mortality to judge cancer screening programmes ? Yes. *BMJ* 343 :d6395, 2011.
- (24) Gilbert Welch H., Frankel BA. Likelihood that a woman with screen-detected breast cancer has had her "life saved" by that screening. *Arch Intern Med* 171(22), 2043-2046. 2011.
- (25) Mammographies de dépistage après l'âge de 50 ans. *Rev Prescrire*. 2010.
- (26) Zahl P-H., Gotzsche PC., Maehlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme : a cohort study. *Lancet Oncology* 12(12), 1118-1124. 2011.
- (27) Boissonnat V. Fausses evidences et vrais dilemmes en santé publique : le dépistage radiologique des cancers du sein. *Santé publique* 16(1), 9-20. 2004.
- (28) CAPI – Objectif n°2 : Objectif cible à 3 ans : 80 % des femmes âgées de 50 ans à 74 ans participant au dépistage du cancer du sein. *Rev Prescrire* 30(325), 860. 2010.
- (29) Programme de Dépistage du Cancer du Sein - Période 1999-2002 - Rapport n° 2 de l'Agence Intermutualiste, IMA-AIM, Bruxelles, novembre 2004.

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 2008 à Bruxelles.

3.1.1 Évolution de l'incidence

En 2008, 895 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 2008. Le taux d'incidence brut du cancer du sein parmi les femmes bruxelloises est de 163,5/100 000 en 2008 et est en diminution entre 2004 et 2008 (il n'existe pas de chiffres antérieurs à 2004).

Tableau 3-01	Évolution du nombre de cas de cancer du sein féminins invasifs et des taux d'incidence bruts et standardisés, Bruxelles, 2004 à 2008				
	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de cas	925	873	933	923	895
Taux d'incidence	177,4	165,9	175,5	171,4	163,5
Taux standardisé d'incidence pour les plus de 25 ans ^[1]	255,0	233,8	252,5	245,2	234,3

Source : Fondation Registre du Cancer, 2011

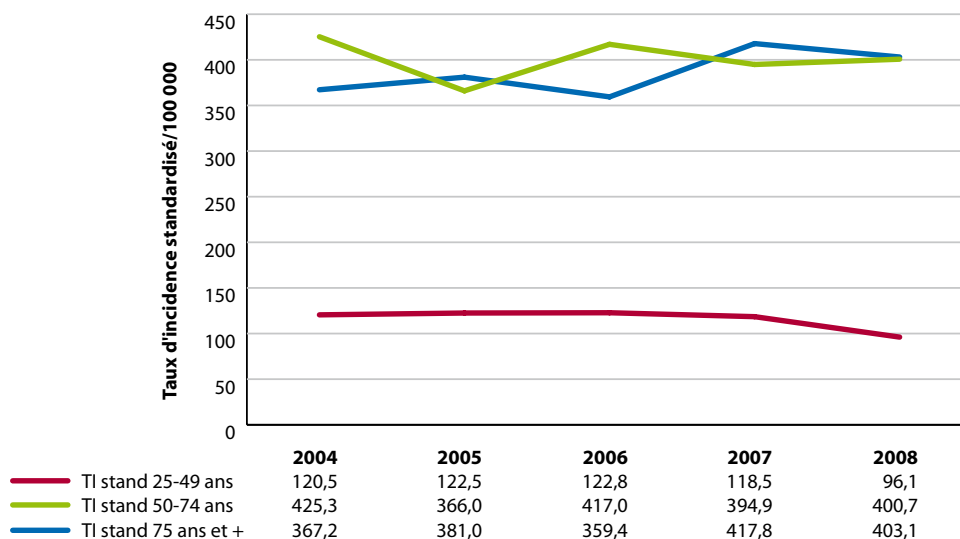
Étant donné que l'incidence varie selon l'âge (voir 3.1.2) et que la population bruxelloise rajeunit, nous avons voulu voir si cette tendance à la baisse persistait en tenant compte de l'âge ; ceci se confirme avec l'évolution entre 2004 et 2008 du taux standardisé d'incidence pour les plus de 25 ans.

1 Standardisation directe pour l'âge en prenant la population européenne comme population de référence.

La figure 3-01 illustre l'évolution des taux standardisés d'incidence dans différentes tranches d'âge pour la population de 25 ans et plus.

On observe une tendance à la baisse du taux d'incidence parmi les 25-49 ans alors que le taux d'incidence chez les personnes âgées de plus de 75 ans est en augmentation. Dans la tranche d'âge où le dépistage est recommandé, le taux d'incidence est relativement stable. Un profil similaire est observé en Région flamande (1).

Figure 3-01 Évolution des taux d'incidence du cancer du sein standardisés pour l'âge, par tranche d'âge, Bruxelles, 2004 à 2008

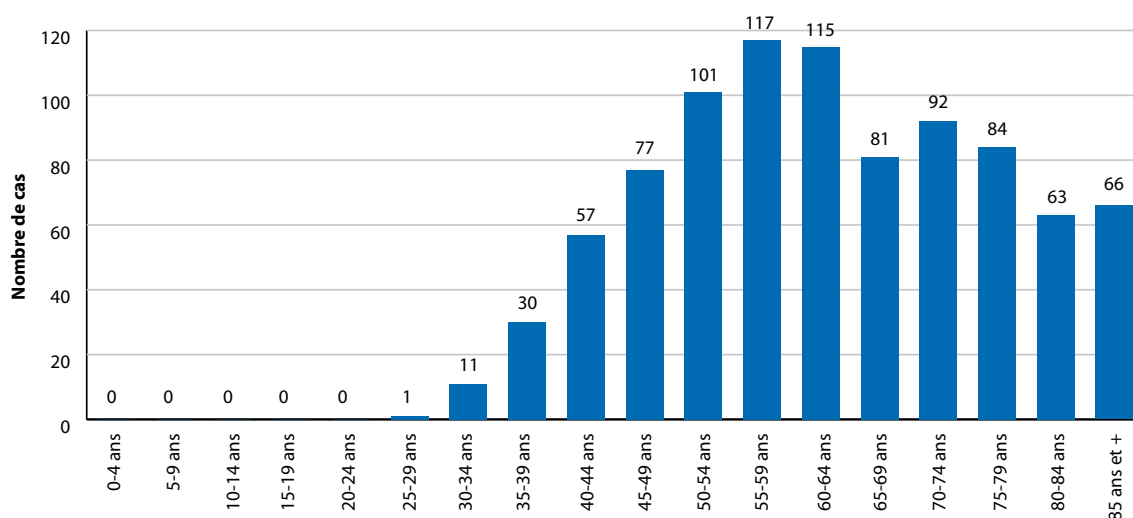


Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, 2011

3.1.2 Incidence par âge

La figure 3-02 illustre la répartition par âge des nouveaux cas en 2008 : **un cancer du sein sur 5** survient avant 50 ans (19,6 %), **un peu moins de la moitié** entre 50 et 69 ans (46,3 %) et **un tiers** concernent des femmes de 70 ans et plus (34,1 %). Aucun cas n'a été enregistré avant 25 ans.

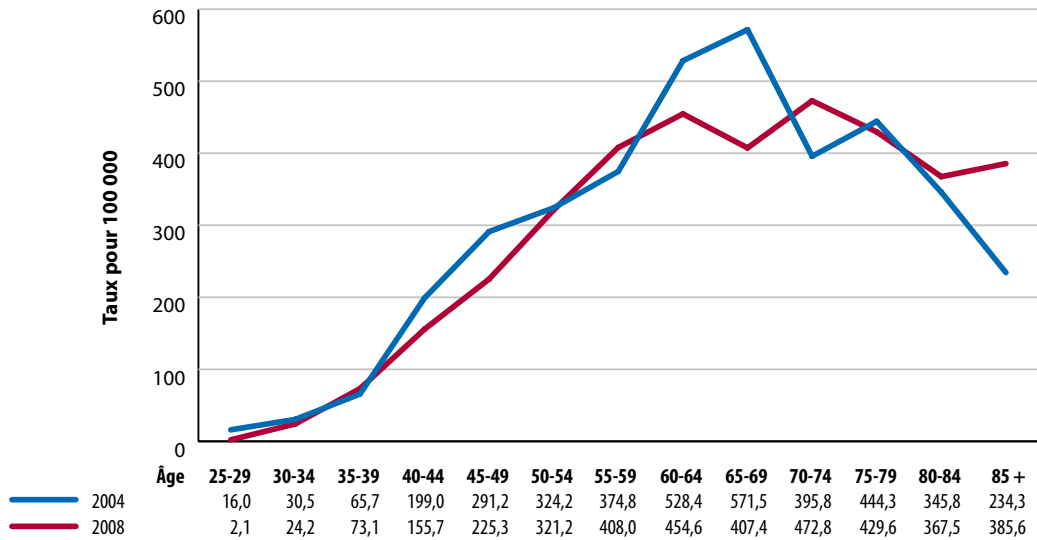
Figure 3-02 Incidence du cancer du sein par groupe d'âge, femmes bruxelloises, 2008



Source : Fondation Registre du Cancer, 2011

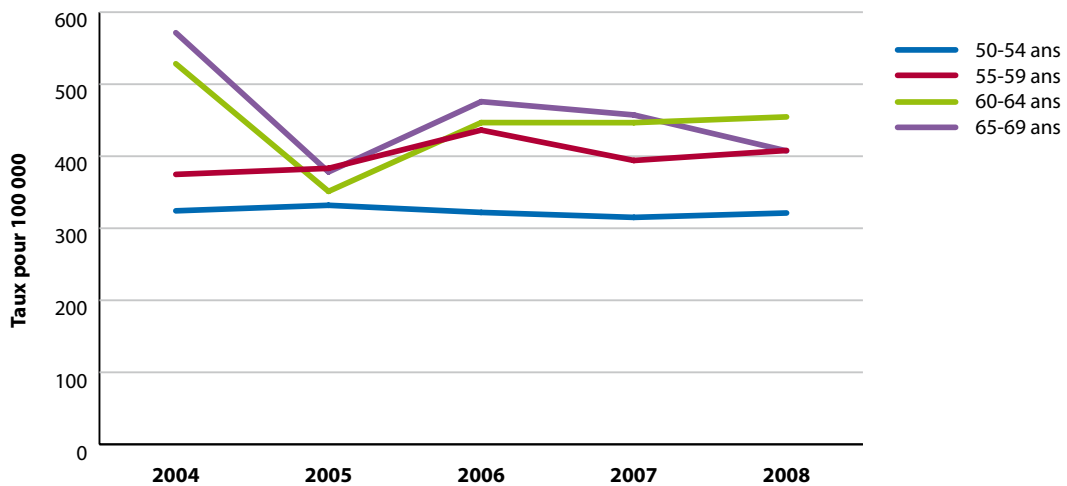
Les figures 3-03 et 3-04 reprennent l'évolution des taux spécifiques par âge pour 2004 et 2008. Entre 2004 et 2008, on observe une diminution du taux d'incidence pour les 60-69 ans et une augmentation pour les plus de 80 ans. Il est difficile d'expliquer précisément ces évolutions. Dans la tranche d'âge soumise au dépistage, on ne retrouve pas l'augmentation du taux d'incidence attendu normalement en début de programme² mais plutôt une légère diminution, à mettre vraisemblablement en rapport avec la diminution de prescription de traitement hormonal substitutif (THS)³.

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



Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, 2011

Figure 3-04 Évolution du taux d'incidence du cancer du sein entre 50 et 69 ans, femmes bruxelloises, 2004 à 2008



Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, 2011

2 La préexistence d'un programme de dépistage opportuniste ainsi que la faible couverture du programme organisé initié en juin 2002 masquent probablement cette tendance.

3 La prise d'hormones de substitution (pour les tumeurs hormono-dépendantes) peut favoriser l'augmentation de l'incidence. Dès octobre 2003, le Service public fédéral Santé publique a fait parvenir une

circulaire à tous les médecins pour les mettre en garde contre la prescription hâtive d'hormones de substitution. On peut supposer qu'à partir de cette date, les prescriptions ont été beaucoup moins nombreuses.

La figure 3-04 illustre l'évolution entre 2004 et 2008 du taux d'incidence dans les tranches d'âge ciblées par le dépistage organisé. On observe une légère augmentation dans la tranche d'âge 55-59 ans.

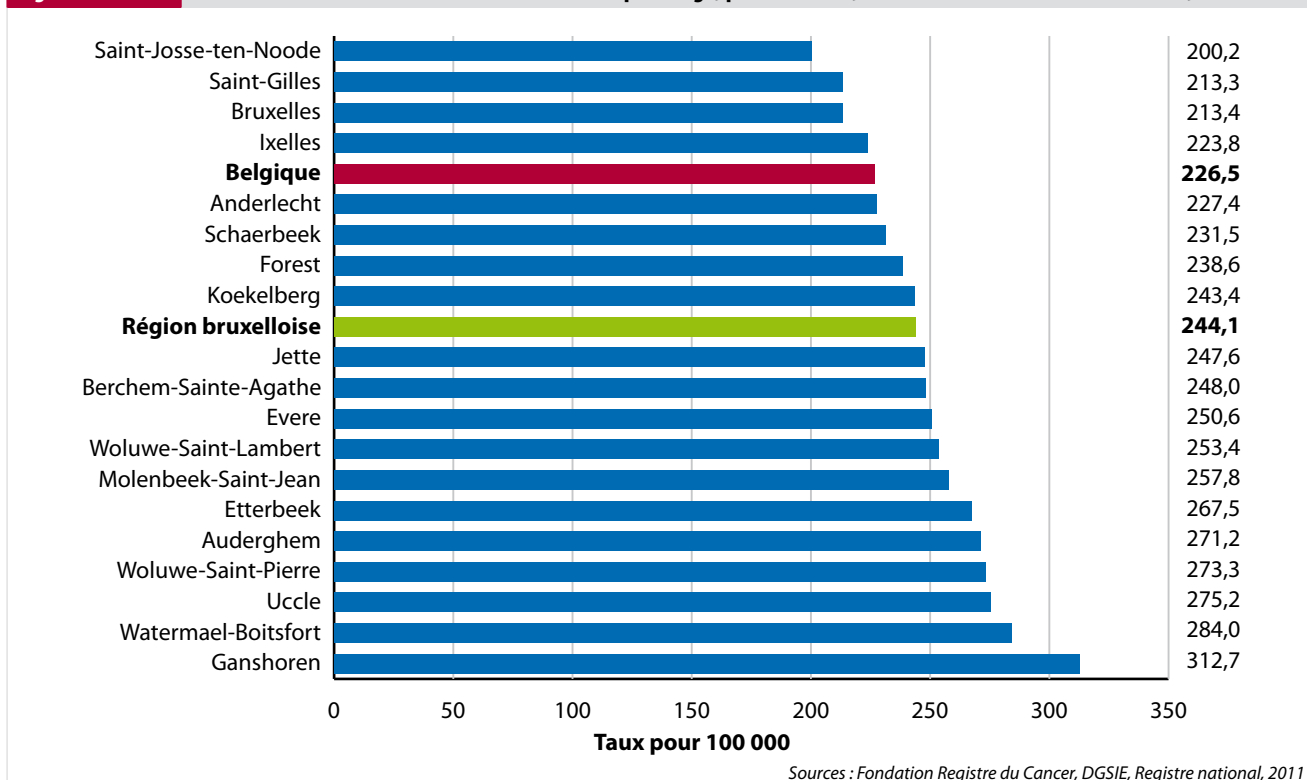
3.1.3 Incidence par commune

Les figures 3-05, 3-06, 3-07 et 3-08 illustrent les taux d'incidence du cancer du sein, standardisés pour l'âge⁴, par commune et dans les différentes tranches d'âge (population ≥25 ans).

Les variations entre communes des taux d'incidence du cancer du sein peuvent déjà s'expliquer pour partie par des structures d'âge différentes ; mais même en tenant compte de la répartition par âge de la population, on constate qu'il reste des différences marquées entre communes.

Le taux d'incidence de la Région est plus élevé que le taux d'incidence belge (seules 4 communes ont un taux inférieur au taux moyen belge).

Figure 3-05 Taux d'incidence du cancer du sein standardisé pour l'âge, par commune, femmes bruxelloises de 25 ans et +, 2004-2008

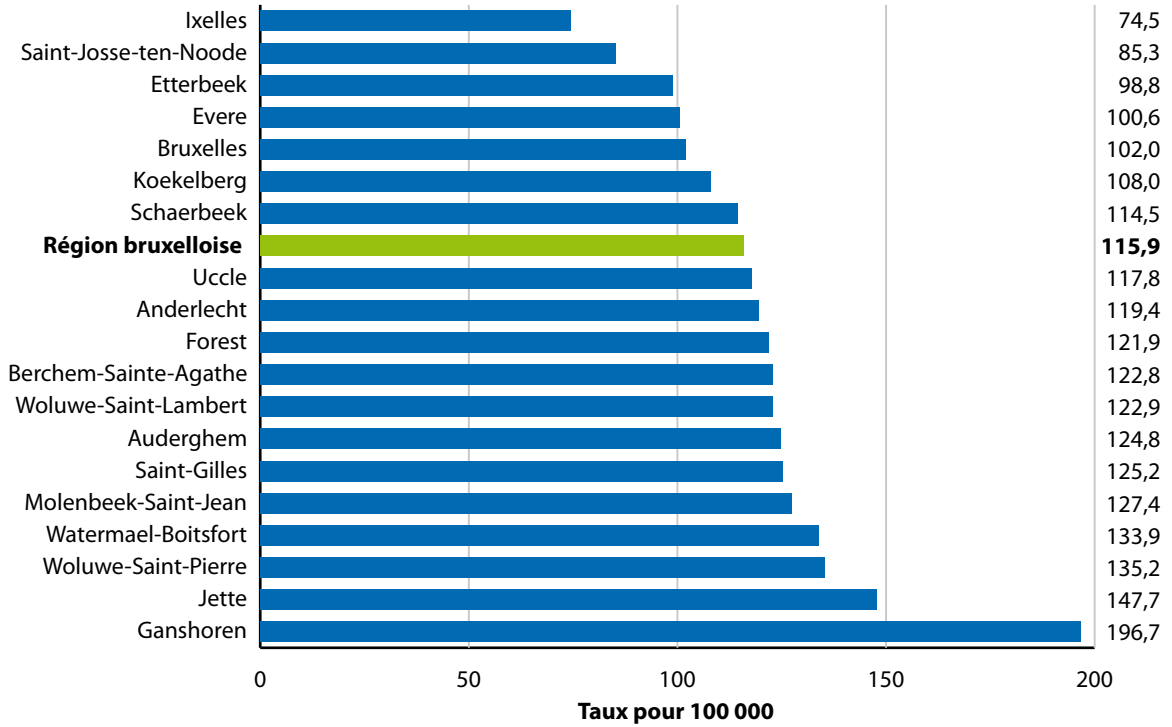


⁴ Standardisation directe, selon population européenne.

Suivant la tranche d'âge étudiée, le classement des communes diffère.

Figure 3-06

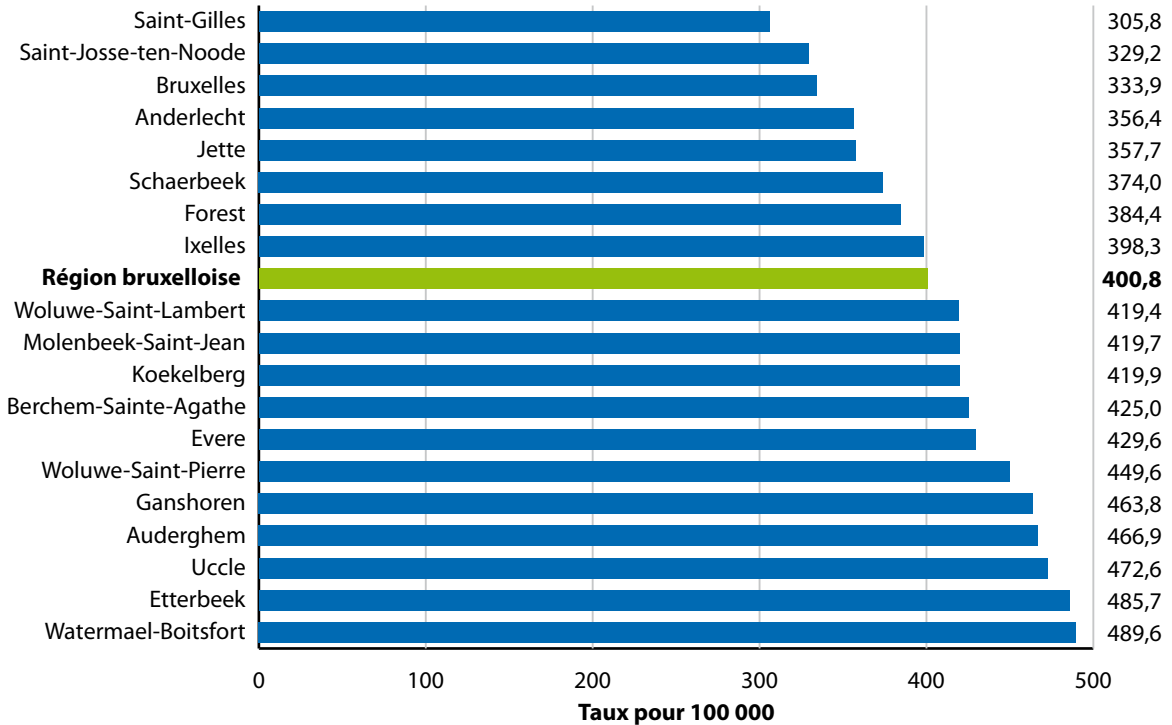
Taux d'incidence du cancer du sein standardisé pour l'âge, par commune, femmes bruxelloises de 25 à 49 ans, 2004-2008



Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, 2011

Figure 3-07

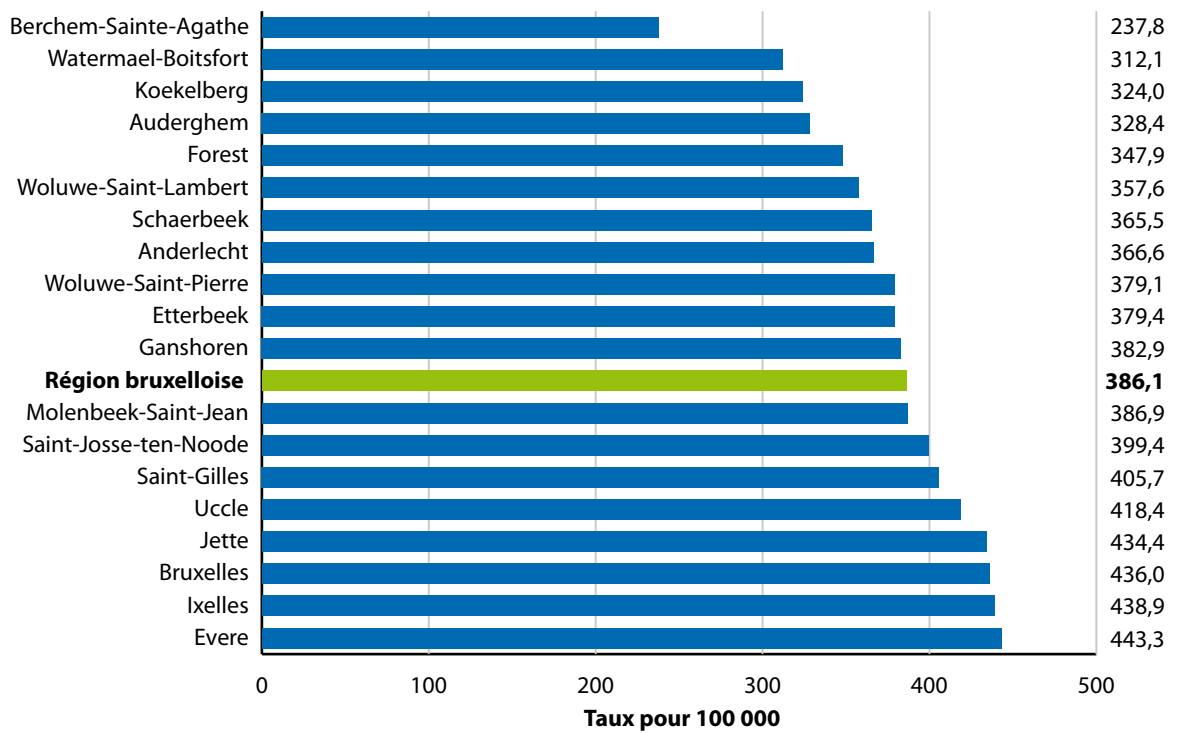
Taux d'incidence du cancer du sein standardisé pour l'âge, par commune, femmes bruxelloises de 50 à 74 ans, 2004-2008



Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, 2011

Figure 3-08

Taux d'incidence du cancer du sein, standardisé pour l'âge par commune, femmes bruxelloises de 75 ans et +, 2004-2008



Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, 2011

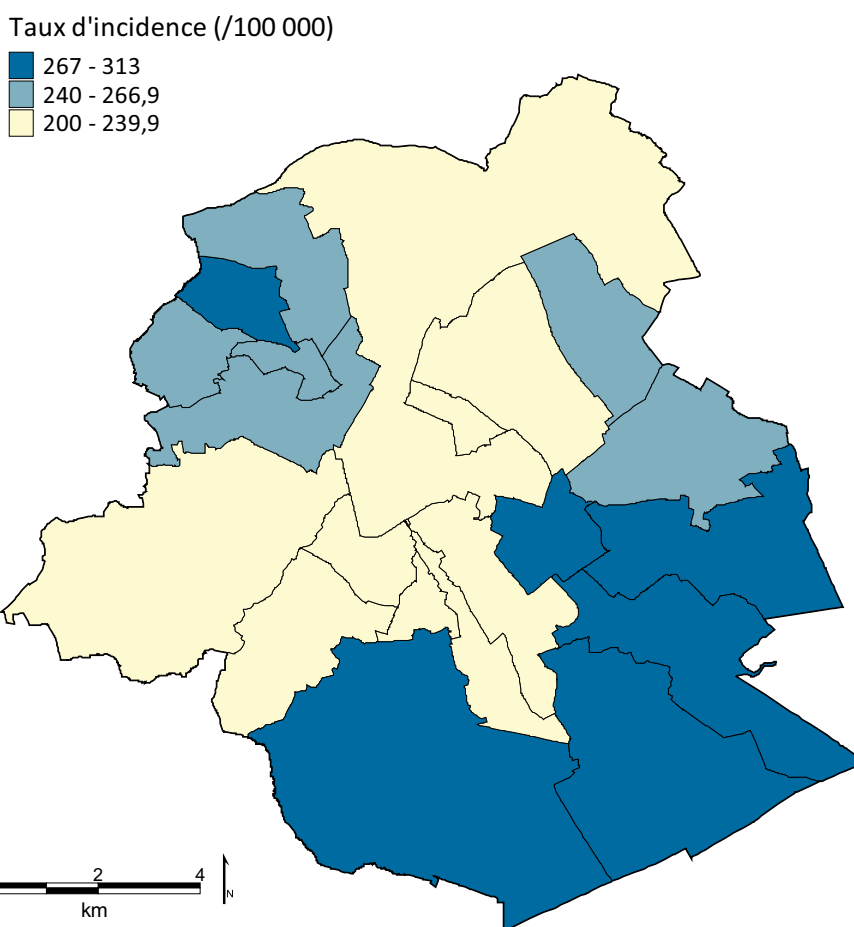
En reportant sur une carte de la Région bruxelloise les taux d'incidence du cancer du sein pour les Bruxelloises de 25 ans et +, on constate que spatialement les communes à taux comparables ne se situent pas aléatoirement (carte 3-01).

L'incidence est plus élevée dans les communes aisées du sud-est de la région ainsi qu'à Ganshoren.

La participation au dépistage, la prise d'hormones de substitution (HRT), les facteurs protecteurs (et notamment ceux liés à la vie reproductive) sont inégalement répartis entre les communes et influencent donc le taux d'incidence mais cela ne suffit pas à expliquer toutes les différences observées.

Carte 3-01

Taux d'incidence du cancer du sein standardisé pour l'âge, par commune, femmes bruxelloises de 25 et +, 2004-2008



Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, Cartographie Observatoire de la Santé et du Social

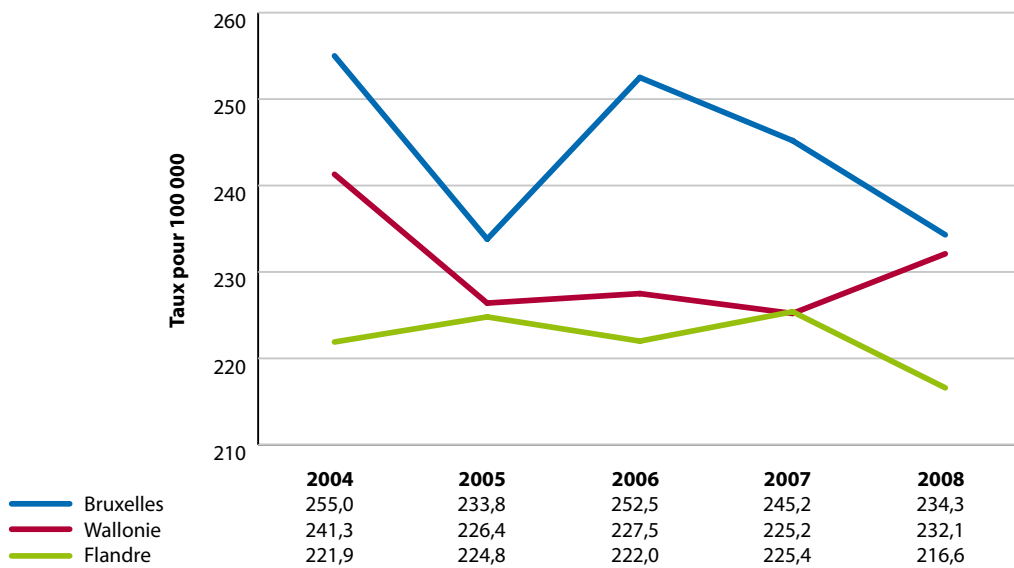
3.1.4 Incidence et régions

Après standardisation pour l'âge⁵⁾ et en ne prenant que les cas à partir de 25 ans (le cancer du sein étant très rare avant cet âge), la Région bruxelloise présente un taux d'incidence plus élevé que les autres régions du pays (Figure 3-09).

Il est probable que le taux de médicalisation (HRT) ait été plus élevé à Bruxelles, mais il serait utile d'étudier si les différences de stratégies de dépistage peuvent aussi expliquer ces différences régionales et si elles persistent à l'avenir, étant donné que les taux de couverture totaux sont maintenant similaires dans les trois régions (1).

Figure 3-09

Taux d'incidence du cancer du sein standardisé pour l'âge par région, Belgique, 2004 à 2008

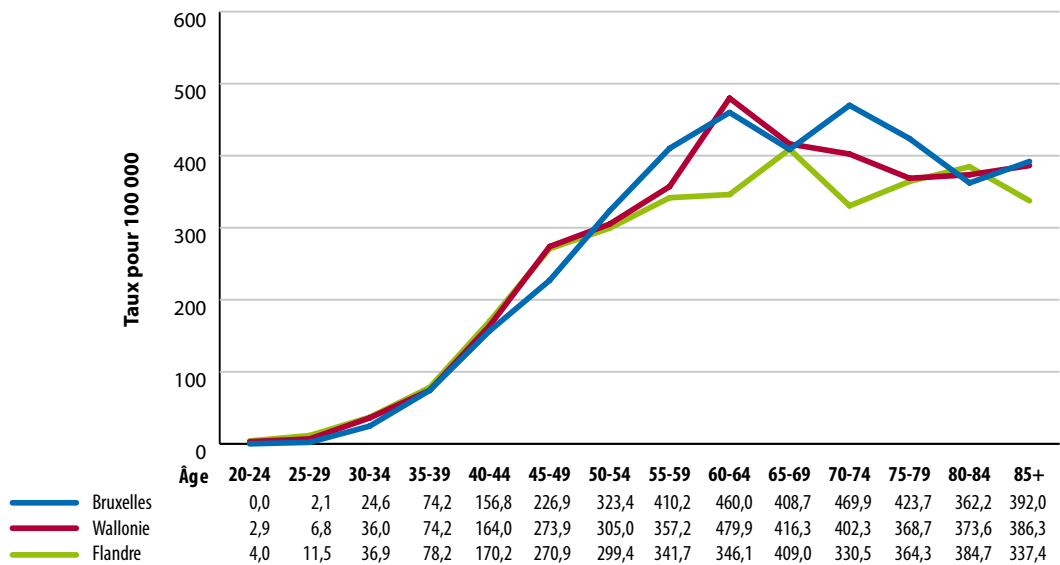


Source : Fondation Registre du Cancer, 2011/

⁵ En utilisant la population européenne comme référence.

Comme cela avait déjà été remarqué dans le Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010 pour les années 2004-2005 (Figure 2-28 page 58), c'est surtout dans les tranches d'âge plus âgées que le taux d'incidence bruxellois est plus élevé que dans les autres régions (70-79 ans pour 2008). 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 pourraient avoir été exposée aux facteurs de risques liés à la vie reproductive (Figure 3-10).

Figure 3-10 Taux d'incidence du cancer du sein par âge et par région, Belgique, 2008



Source : Fondation Registre du Cancer, 2011

Le taux d'incidence du cancer du sein bruxellois (comme d'ailleurs celui de la Belgique) est un des plus élevés du monde et le plus élevé de ceux observés dans les autres pays européens, et ce dans toutes les tranches d'âge (1-2).

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 :

- La fréquence des caractéristiques reproductives défavorables, les facteurs liés au mode de vie, d'autres facteurs de risque comme la fréquence d'un facteur génétique ou de l'exposition aux radiations.
- 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 ('overscreening' ou 'length time bias').
- L'importance de la prescription hormonale substitutive à la ménopause
- L'exhaustivité des registres du cancer.

3.2 Mortalité par cancer du sein chez les femmes bruxelloises

228 Bruxelloises sont décédées d'un cancer du sein en 2009 (223 femmes par an en moyenne entre 1998 et 2009). Ce cancer représente en 2009 pour les femmes bruxelloises la **première cause de décès par cancer** (20,2 % des décès par cancer, ce poids restant relativement stable au cours des dernières années) et 4,7 % 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 cardiopathies ischémiques (période 2003-2007).

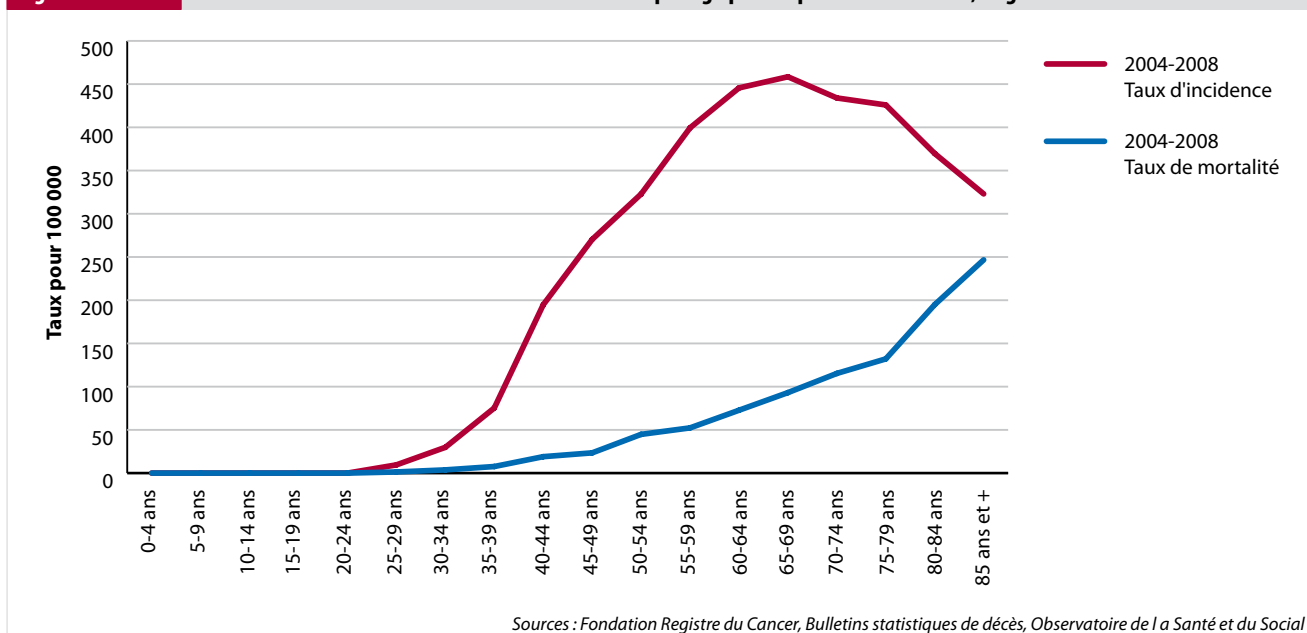
Entre 50 et 69 ans, tranche d'âge pour lequel il existe un programme de dépistage organisé, le cancer du sein représente 23,4 % des décès par cancer et 10,6 % de l'ensemble des décès chez les femmes en 2009.

Le ratio mortalité/incidence est de 20 % en 2008 en Région bruxelloise (3).

3.2.1 Mortalité et incidence

Le taux d'incidence croît rapidement pour arriver à un maximum entre 60 et 69 ans puis redescend ensuite tandis que la mortalité croît constamment avec l'âge.

Figure 3-11 Taux d'incidence et de mortalité du cancer du sein par âge pour la période 2004-2008, Région bruxelloise



C'est pour la tranche d'âge soumise au dépistage que l'on observe en 2008 le différentiel le plus grand entre le poids du cancer du sein dans les cancers incidents et le poids des décès par cancer du sein dans les décès par cancer.

Tableau 3-02

Poids du cancer du sein parmi l'ensemble des cancers et l'ensemble des décès par cancer par tranche d'âge, Région bruxelloise, 2008

	% cancers incidents	% décès par cancer
25-49 ans	40,5	36,1
50-69 ans	42,3	21,5
70 ans et +	27,4	16,8

Sources : Fondation Registre du Cancer, Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

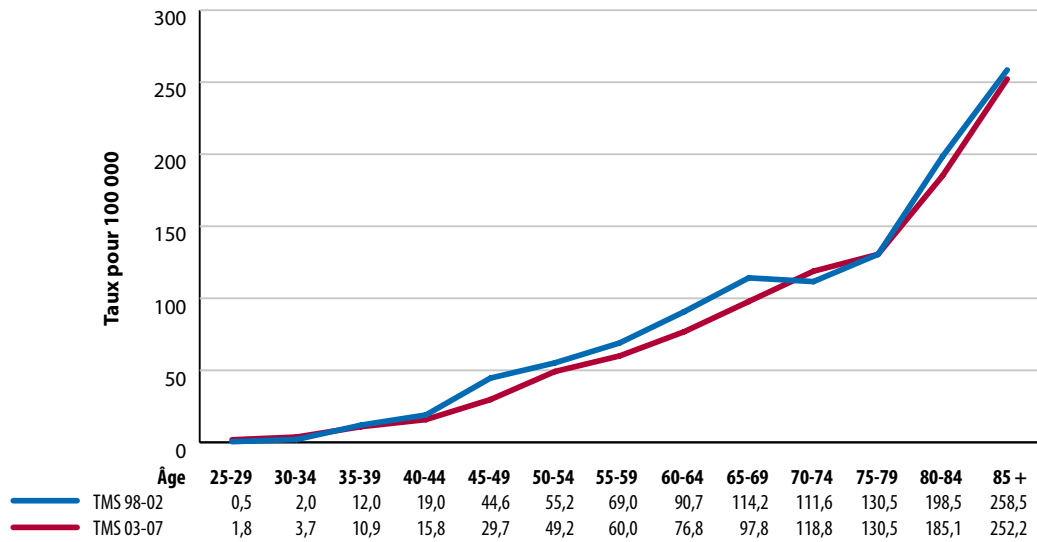
3.2.2 Mortalité par âge

Le risque de décéder d'un cancer du sein augmente avec l'âge, la mortalité après 70 ans étant entre 15 et 20 fois supérieure à la mortalité entre 20 et 49 ans.

En comparant la période 1998-2002 et la période 2003-2007, on remarque que le taux de mortalité par âge est inférieur dans la deuxième période surtout pour les 40-70 ans. (Figure 3-12)

Figure 3-12

Évolution du taux de mortalité par cancer du sein par tranche d'âge, comparaison 2003-2007 à 1998-2002, Région bruxelloise



Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

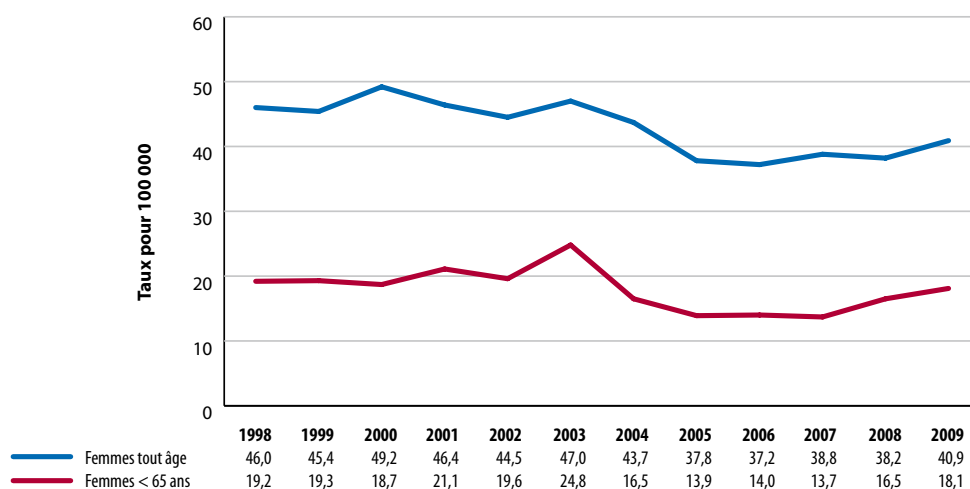
3.2.3 Évolution du taux de mortalité par cancer du sein

Depuis le milieu des années 80, on enregistre une diminution du taux brut de mortalité par cancer du sein⁶; la mortalité a chuté d'environ 30 % ces 20 dernières années. C'est principalement le rajeunissement de la population bruxelloise qui est en cause, mais probablement aussi une meilleure survie due à de nouveaux traitements et un meilleur accès à ces traitements, ainsi qu'à une meilleure sensibilisation au cancer du sein impliquant une détection plus précoce des cancers. Cependant, on assiste à une certaine stabilisation depuis 2006 et même à une augmentation en 2009 (1).

⁶ Et depuis 2004, une diminution du taux standardisé par âge (3).

Figure 3-13

Évolution des taux de mortalité bruts tout âge et avant 65 ans par cancer du sein, Région bruxelloise, 1998 à 2009



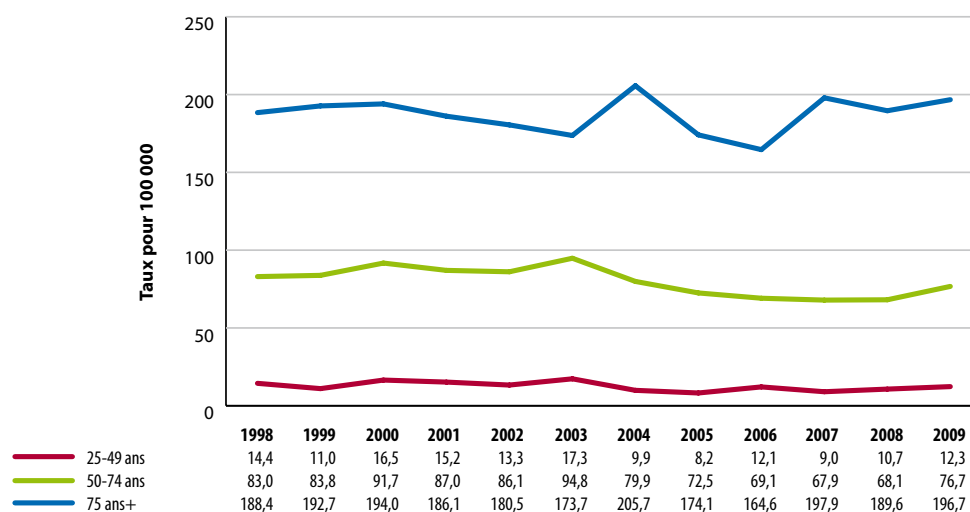
Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

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 % des décès par cancer du sein en 2003-2007), qui ne peuvent être influencés par le programme de dépistage ; les décès entre 50-74 ans (44 % des décès en 2003-2007), qui représentent la tranche d'âge où un impact du programme sur la mortalité pourrait se marquer (mais probablement pas avant 10 ans de programme) ; et les décès au-delà de 75 ans (46 % des décès en 2003-2007), résultant à la fois des cancers des années qui précèdent mais également de rechutes tardives de cancers à longue survie. L'impact du programme sera 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, comme dans d'autres pays, que la mortalité pour les 50-74 ans diminue de façon plus importante depuis 2003, soit avant que le programme de dépistage organisé n'ait pu avoir un impact⁷⁾, avec toutefois une remontée en 2009 (1). (Figure 3-14)

Figure 3-14

Évolution du taux de mortalité par cancer du sein en fonction de l'âge, Région bruxelloise, 1998 à 2009



Source : Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

7 De plus, ce programme ne touche que 10 % des femmes du groupe cible.

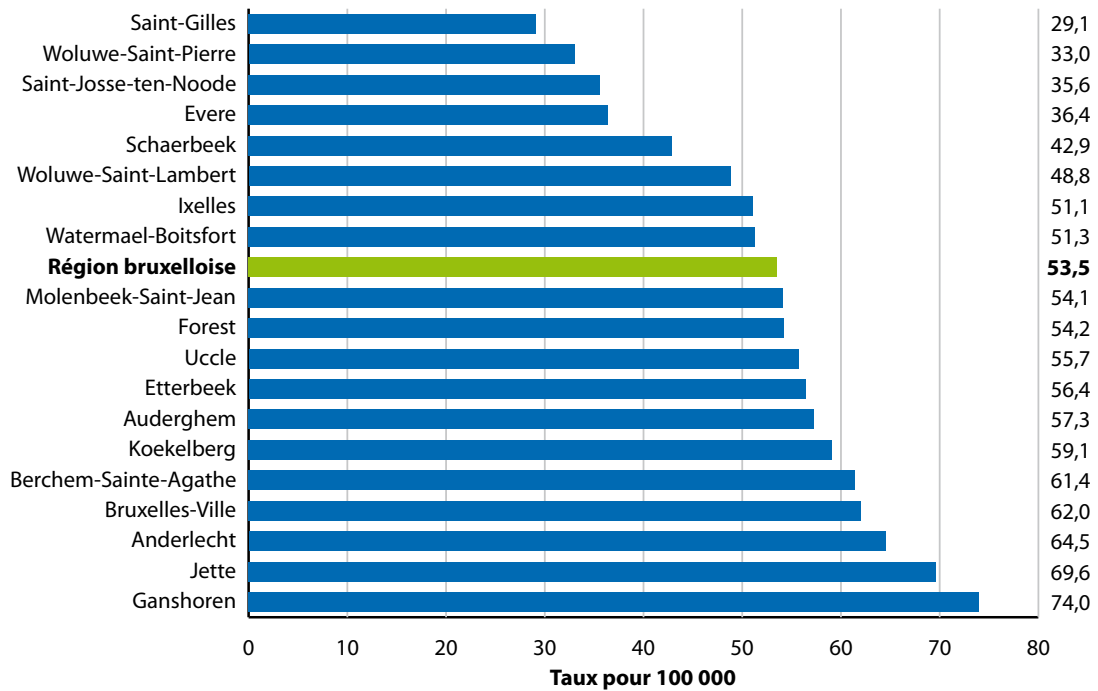
3.2.4 Mortalité par commune

Les taux de mortalité par cancer du sein varient suivant les communes.
8 communes ont un taux de mortalité inférieur au taux moyen bruxellois.

Le classement des communes reflète une complexité de facteurs : l'incidence du cancer du sein, le stade au dépistage, l'accessibilité au traitement, la qualité du traitement.

Figure 3-15

Taux de mortalité par cancer du sein standardisé pour l'âge, par commune, femmes bruxelloises de 25 ans et +, 2004-2009

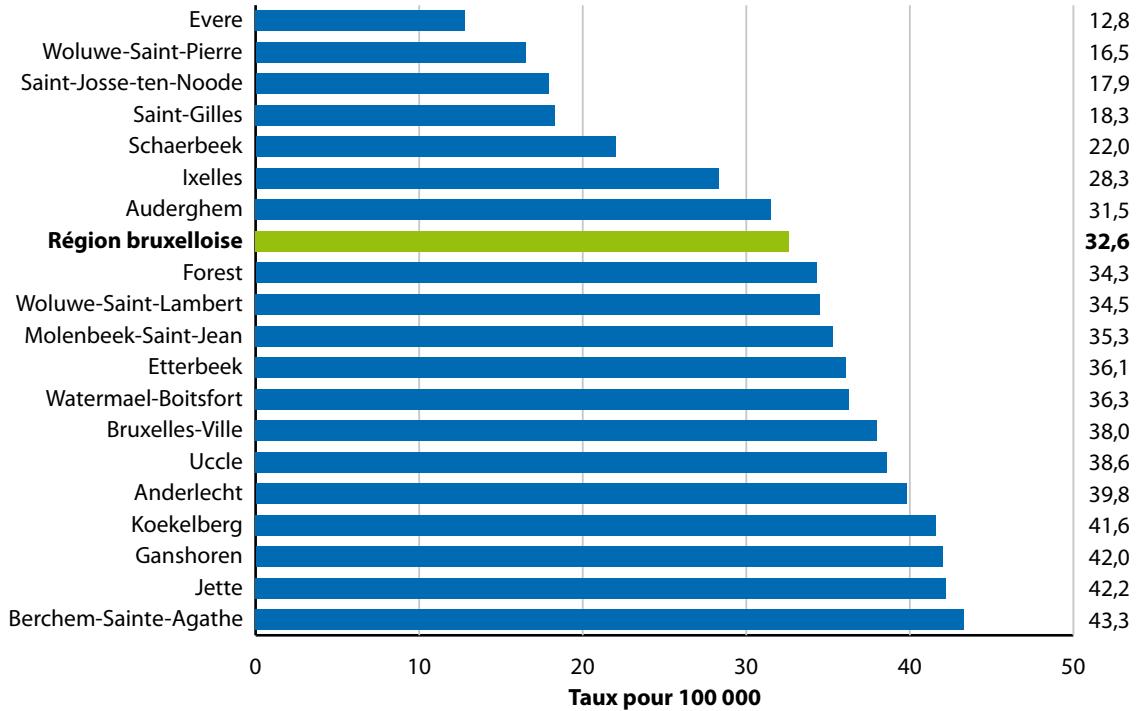


Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Suivant la tranche d'âge étudiée, le classement des communes diffère.

Figure 3-16

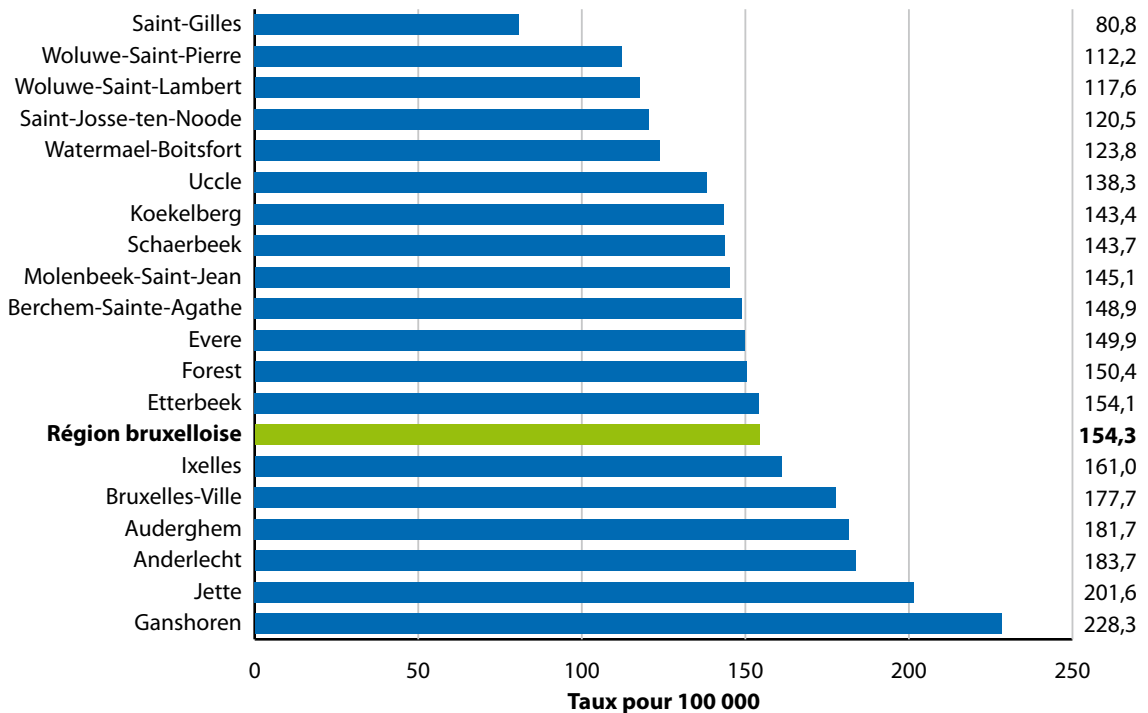
Taux de mortalité par cancer du sein standardisé pour l'âge, par commune, femmes bruxelloises de 25 ans à 64 ans, 2004-2009



Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Figure 3-17

Taux de mortalité par cancer du sein standardisé pour l'âge, par commune, femmes bruxelloises de 65 ans et +, 2004-2009

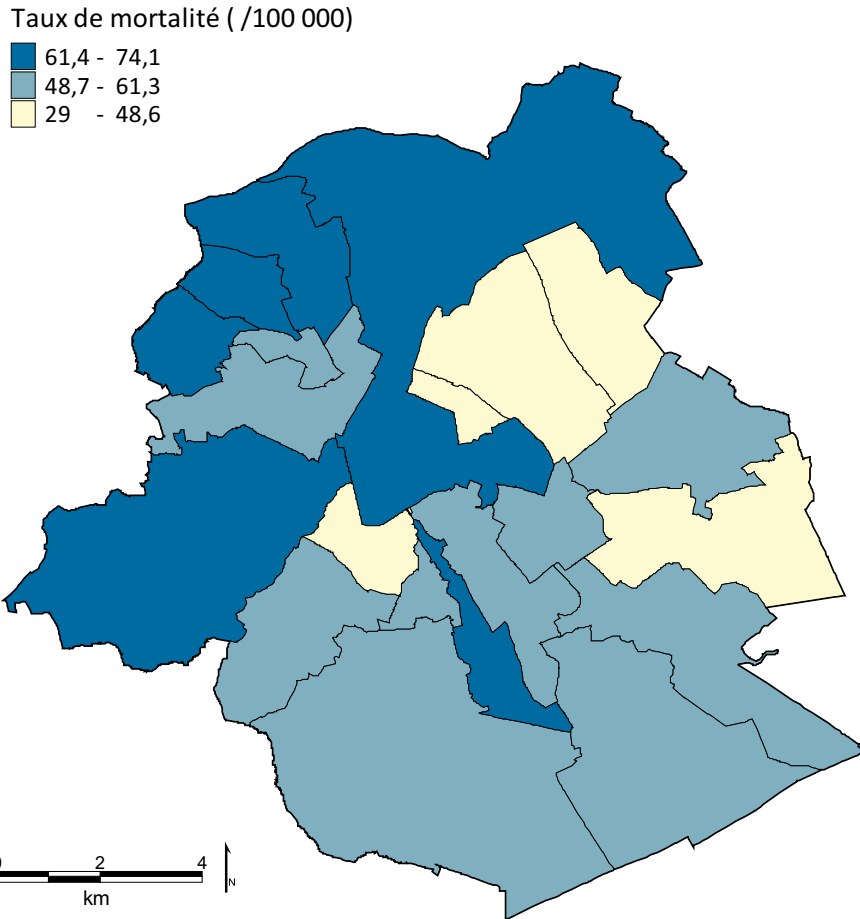


Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

Certaines communes au taux d'incidence faible (Anderlecht et Bruxelles, voir carte 3-01) ont un taux de mortalité parmi les plus élevés, ce qui laisse supposer des obstacles à l'accès aux soins (Carte 3-02).

Carte 3-02

Taux de mortalité par cancer du sein standardisé pour l'âge, par commune, femmes bruxelloises de 25 ans et +, 2004-2009



Sources : Bulletins statistiques de décès, DGSIE, Registre national, Cartographie Observatoire de la Santé et du Social

3.2.5 Mortalité et régions

En tenant compte de l'âge^[8], le taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes bruxelloises en 2008 (19,3/100 000) est intermédiaire entre la mortalité mesurée en Flandre (19,9) et celle en Wallonie (18,4).

La Région bruxelloise fait également partie des régions européennes présentant les taux les plus élevés, comme la Flandre, les Pays-Bas, le Danemark, la région urbaine de Londres ou le Nord de la France, même si l'important excès d'incidence ne se traduit pas par un excès de même ampleur dans la mortalité (1-4).

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 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.

⁸ En utilisant la population mondiale comme référence.

3.3 Cancer du sein et statut socio-économique

3.3.1 Incidence et statut socio-économique

La Région bruxelloise est une région urbaine très contrastée sur le plan socio-économique avec des disparités sociales et économiques 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 les cartes 3-01 et 3-02.

Afin d'explorer les inégalités sociales en ce qui concerne l'incidence du cancer du sein, on compare l'incidence en fonction du statut socio-économique de la femme, approché par le niveau socio-économique de la commune où elle réside. La Région bruxelloise est divisée en trois catégories^[9] de niveau socio-économique^[10].

On observe un gradient social avec des taux d'incidence plus élevés pour la catégorie de communes aisées et plus bas pour la catégorie de communes de statut socio-économique bas (figure 3-18).

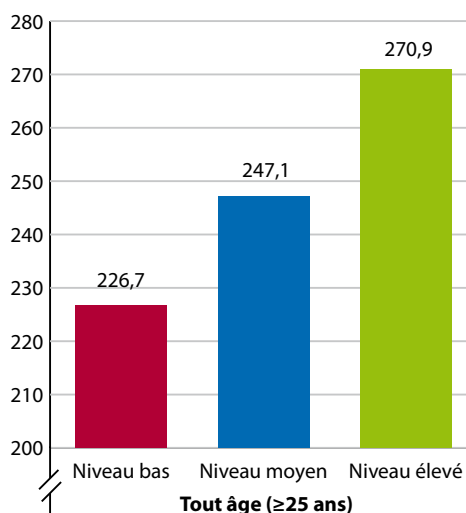
Ces différences d'incidence s'expliquent par les différences de prévalence des facteurs de risque/ facteurs protecteurs par rapport au cancer du sein et peut-être aux différences de pratiques de dépistage.

Il existe une fréquence plus élevée de facteurs protecteurs parmi la population plus défavorisée ou immigrée (tels qu'une première grossesse jeune et un nombre plus élevé d'enfants, l'allaitement maternel) tandis que des facteurs de risque comme la prise d'hormonothérapie de substitution (HRT) s'observe plus fréquemment parmi les femmes de milieu aisé.

Le dépistage, qu'il soit individuel ou organisé (même si ce dernier tend à diminuer les inégalités de dépistages entre les groupes de population, (5)) est plus pratiqué parmi les femmes de niveau socio-économique plus élevé, ce qui serait en faveur d'une incidence plus élevée dans les communes où elles résident, même si cet effet est probablement minime.

Figure 3-18

Taux d'incidence du cancer du sein standardisé pour l'âge par niveau socio-économique des communes de résidence, 25 ans et +, Bruxelles, 2004-2008



Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, 2011

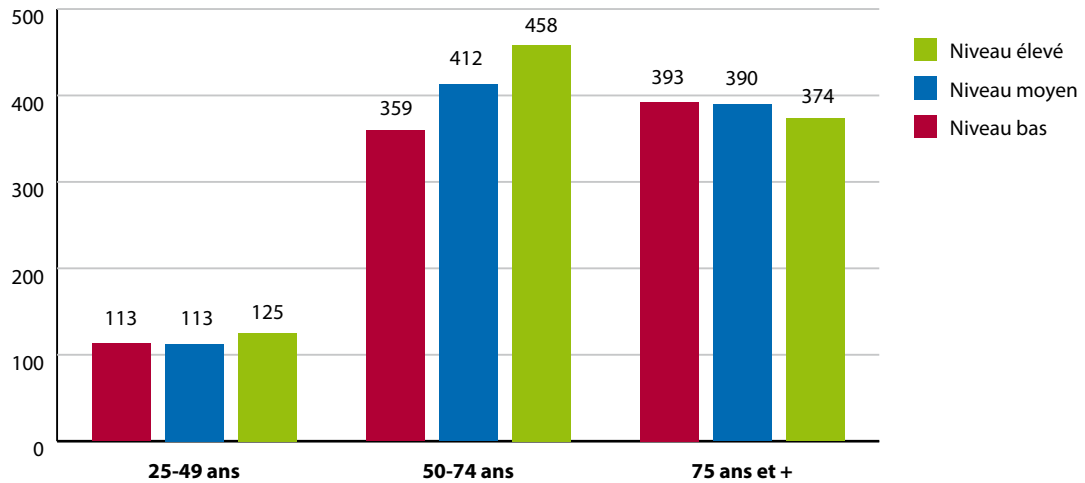
9 Les communes classées dans le statut socio-économique bas sont : Anderlecht, Schaerbeek, Molenbeek, Saint-Gilles, Saint-Josse-ten-Node, Bruxelles-ville, celles de statut intermédiaire : Berchem-Sainte-Agathe, Etterbeek, Evere, Forest, Ganshoren, Ixelles, Jette, Koekelberg et celles de statut élevé : Uccle, Watermael-Boitsfort, Woluwe-Saint-Lambert, Woluwe-Saint-Pierre, Auderghem.

10 Plusieurs variables sont prises en compte pour construire ces catégories socio-économiques : le revenu moyen par habitant, la proportion de bénéficiaires du revenu d'intégration et le pourcentage de chômeurs de longue durée (>2 ans) parmi les 50 ans et plus (valeurs 2007).

Ces différences d'incidence se retrouvent dans la tranche d'âge des 50-74 ans mais sont beaucoup moins marquées chez les moins de 50 ans et les plus de 75 ans ; dans cette dernière catégorie le gradient serait plutôt inversé.

Figure 3-19

Taux d'incidence du cancer du sein standardisé pour l'âge par niveau socio-économique des communes de résidence, par tranche d'âge, Bruxelles, 2004-2008

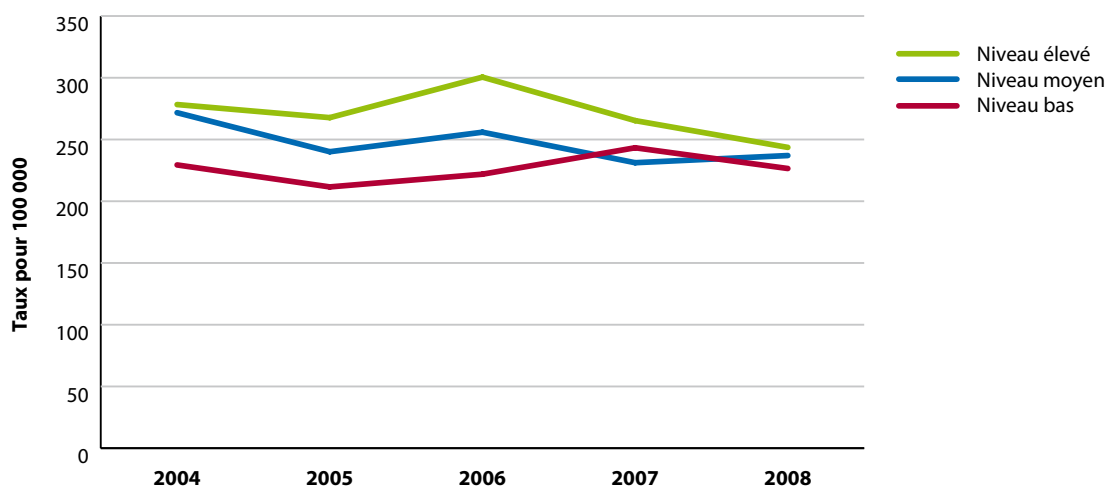


Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, 2011

Si l'on s'intéresse à l'évolution de ce gradient, on constate que l'écart se réduit au fur et à mesure des années, essentiellement par une diminution du taux d'incidence dans les communes aisées et intermédiaires et une tendance à l'augmentation dans les communes plus pauvres. L'augmentation de facteurs de risque comme l'obésité, la sédentarité, (des facteurs environnementaux ?) parmi les populations moins favorisées et la réduction du risque lié à l'hormonothérapie de substitution pour les populations aisées pourraient expliquer cette évolution.

Figure 3-20

Évolution du taux d'incidence du cancer du sein standardisé pour l'âge par niveau socioéconomique des communes de résidence, Bruxelles, 2004 à 2008



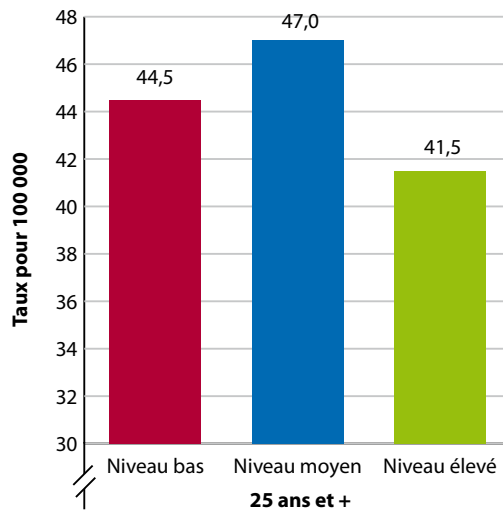
Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, 2011

3.3.2 Mortalité et statut socio-économique

Le taux de mortalité du cancer du sein varie en fonction de la nationalité. Après contrôle pour l'âge, par rapport aux Belges, le taux de mortalité avant 75 ans par cancer du sein est plus faible tant pour les femmes d'un des 26 pays de l'Union européenne (hors Belgique) que pour les femmes turques et marocaines et plus élevé pour les femmes d'Afrique subsaharienne. En ce qui concerne les femmes marocaines et turques, c'est à partir de 50 ans que la mortalité diffère significativement : elle est alors trois fois plus faible que pour les Belges (3).

Si on regroupe les communes par niveau socio-économique, on constate que les habitants des communes aisées, malgré une incidence plus élevée, ont un taux de mortalité plus faible (figure 3-21).

Figure 3-21 Taux de mortalité par cancer du sein standardisé pour l'âge, par niveau socio-économique des communes de résidence, 25 ans et +, Bruxelles, 2004-2008

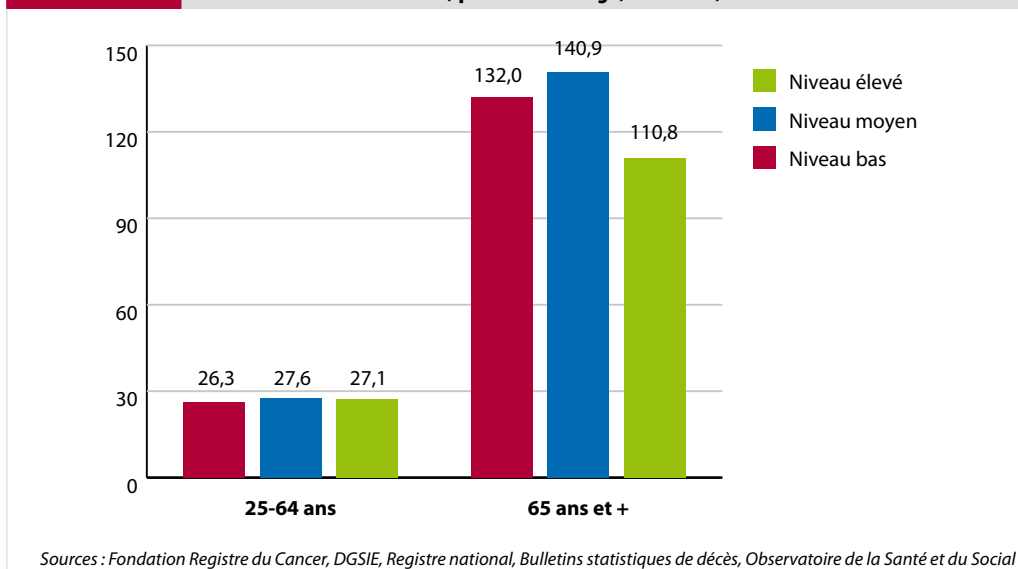


Sources : Fondation Registre du Cancer, DGSIE, Registre national, Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social

En ce qui concerne la mortalité prématurée, on n'observe pas de gradient entre les communes (mortalité des communes pauvres très légèrement inférieure aux autres communes) (figure 3-22).

Figure 3-22

Taux de mortalité par cancer du sein standardisé pour l'âge, par niveau socio-économique des communes de résidence, par tranche d'âge, Bruxelles, 2004-2008



Références

- (1) 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
- (2) Cancer incidence in Belgium, 2008, Belgian Cancer Registry, Brussels 2011
- (3) 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) Eurostat, Health Statistics – Atlas on mortality in the European Union, 2009
- (5) Fabri V., Remacle A., Boutsen M., Programme de dépistage du cancer du sein, Comparaison des trois premiers tours 2002-2003 2004-2005 2006-2007, Rapport numéro 7 de l'Agence Intermutualiste, IMA-AIM, septembre 2010
+ site interactif (<http://www.nic-ima.be/fr/projects/mammo/reports/>)

4. Activités du programme bruxellois

ATTENTION contrairement aux deux rapports précédemment publiés, ce chapitre (comme l'entièreté du rapport) ne concernent que les femmes domiciliées en Région bruxelloise. Les chiffres ne sont donc pas comparables aux rapports précédents. De plus, les activités effectuées en 2002 n'ont pas été prises en compte. Enfin, ne sont pas inclus les mammotests effectués par des Bruxelloises ailleurs qu'en Région bruxelloise^[1].

Les données analysées proviennent du registre des mammotests constitué par Brumammo^[2]. Les résultats commentés dans ce chapitre concernent les mammotests effectués durant la période 2003-2010.

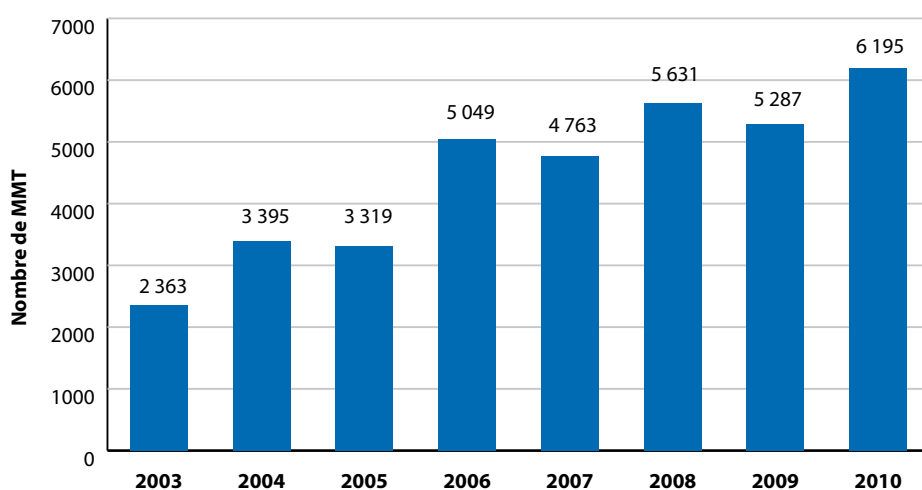
Les données seront soit analysées par année, soit par round. Dans certains cas, nous avons utilisé des rounds 'glissants' (2003-2004, 2004-2005, 2005-2006) car dès leur premier mammotest, les femmes sont réinvitées en fonction de la date de leur dernier mammotest, et non plus en fonction de leur date anniversaire ; il n'est donc plus possible de considérer des rounds fixes successifs de 2 ans.

4.1 Activités des unités de mammographie

4.1.1 Mammotests par année

En 2010, 6 195 Bruxelloises ont effectué un mammotest dans une unité de radiologie bruxelloise. Le nombre de mammotests annuels effectués par les Bruxelloises à Bruxelles a été multiplié par 2,6 entre 2003 et 2010.

Figure 4-01 Nombre de mammotests effectués par les Bruxelloises entre 2003 et 2010



Source : Brumammo

1 De 2007 à 2010, 102 Bruxelloises ont effectué un mammotest en Wallonie (dont 42 en 2007 et 13 en 2010) et 84 femmes l'ont effectué en Flandre pour les années 2009-2010.

2 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. Cette feuille est transmise à Brumammo en même temps que les clichés. Une feuille similaire est remplie lors de la seconde et de la troisième lecture, le cas échéant. L'ensemble des informations est encodé à Brumammo et les données anonymisées sont transmises à l'Observatoire pour l'évaluation du programme.

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).

4.1.2 Mammotests par unité

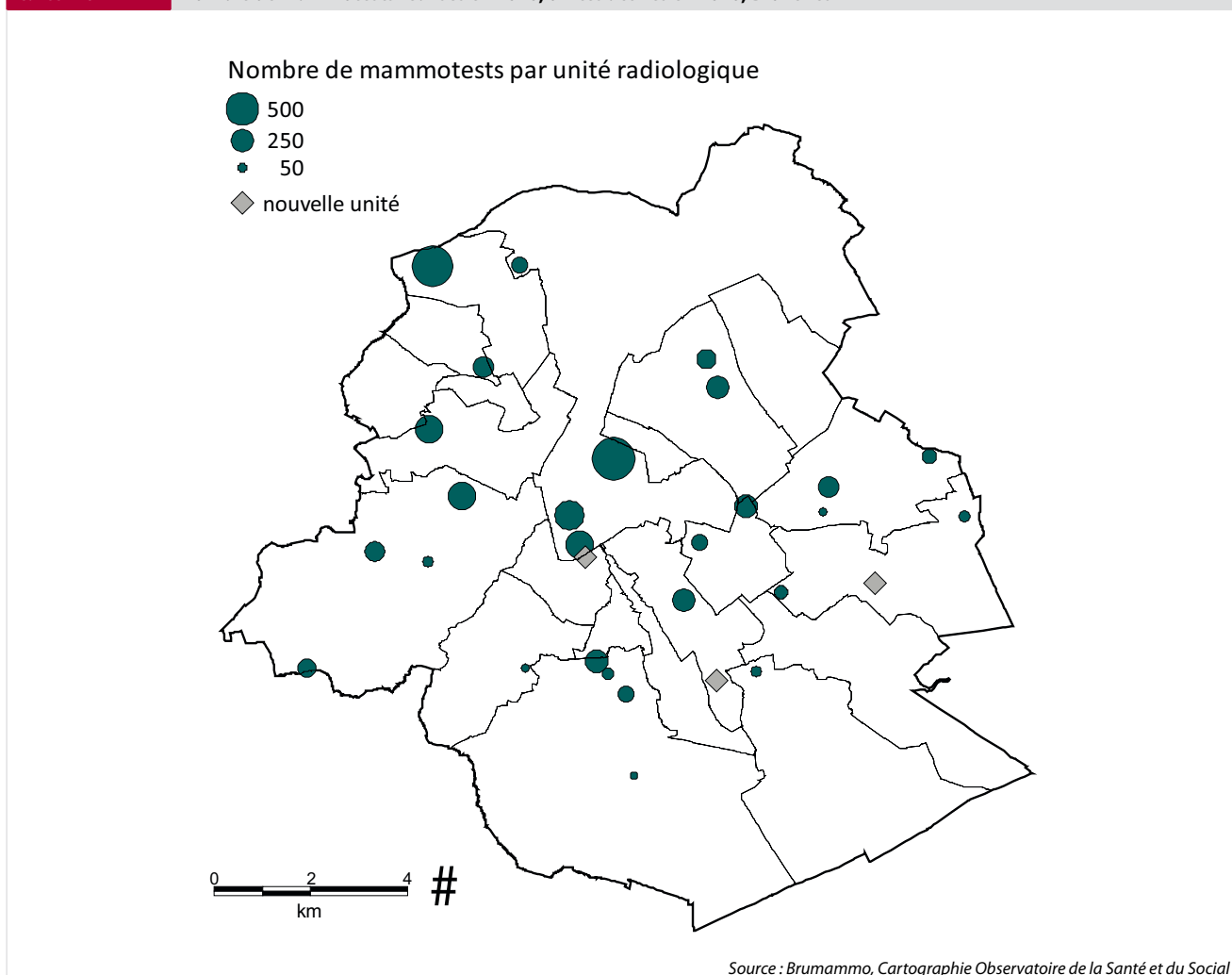
Depuis le début du programme, 39 unités radiologiques bruxelloises ont participé à un moment ou un autre au programme de dépistage organisé. Certaines se sont retirées ou ont été provisoirement non agréées, d'autres ont démarré leur collaboration au décours de 2010.

18 unités ont fonctionné sans interruption entre le 01/01/2003 et 31/12/2010.

La carte 4-01 indique la localisation des 30 unités actives en 2010 et leur volume d'activités (les 3 nouvelles unités agréées au décours de 2010 et pour lesquelles nous ne disposons pas d'un volume d'activités sont en grisé).

Carte 4-01

Nombre de mammotests réalisés en 2010, unités actives en 2010, Bruxelles



3 Dans le rapport d'évaluation précédent, nous avons indiqué que deux unités effectuaient une grande partie de leurs mammotests pour des femmes résidant hors Région bruxelloise : l'UZ-Brussel pour 47,9 % des mammotests effectués et l'UCL pour 37,6 % (et dans une

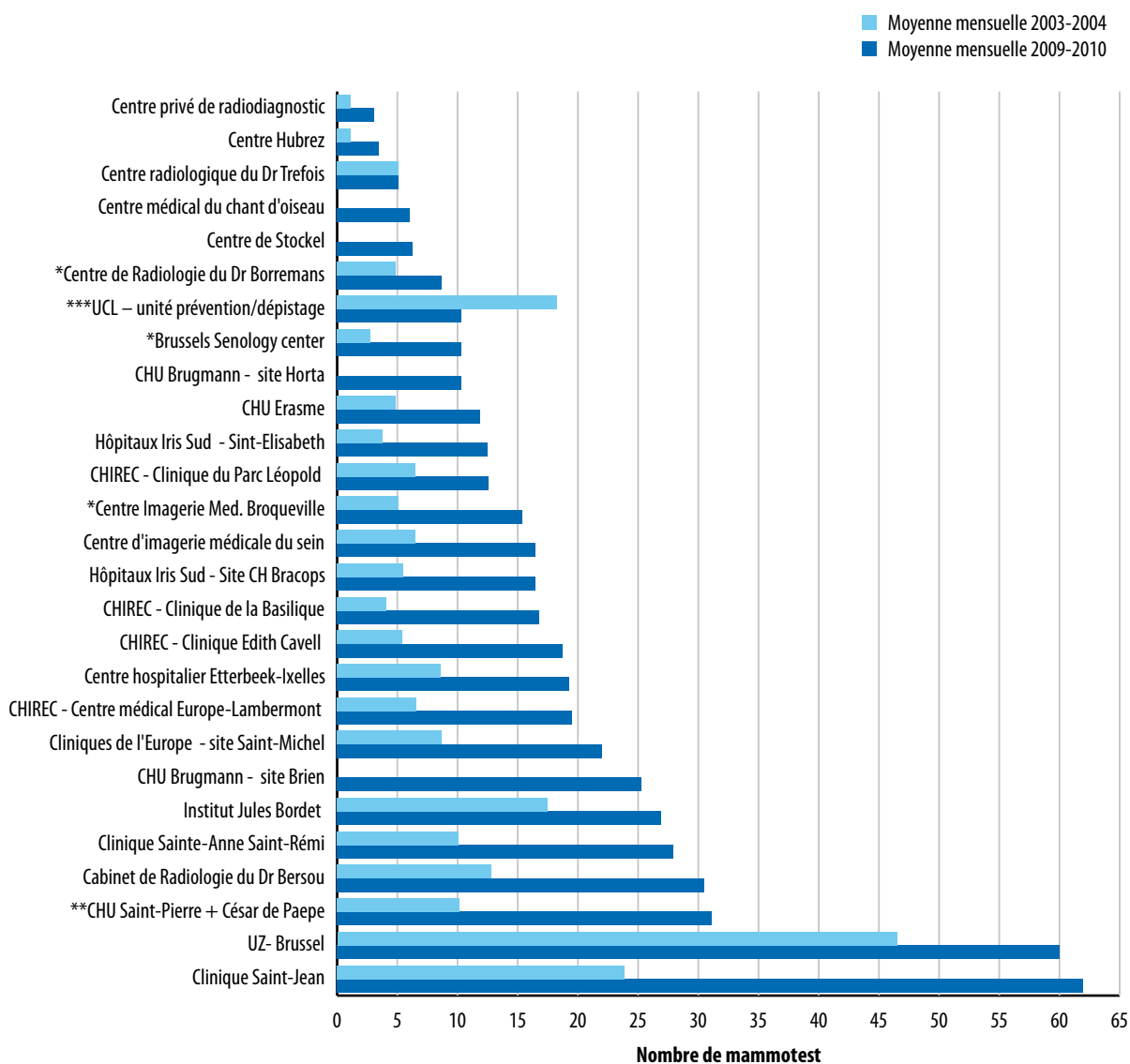
moindre mesure, Bordet pour 10,9 %). Le fait de ne considérer que les mammotests réalisés chez des résidentes bruxelloise peut donc également jouer un rôle dans le fait que ces unités se classent différemment en termes de moyenne mensuelle en comparaison au rapport précédent.

On trouvera en annexe 4-01 un tableau reprenant les activités par unité et par année depuis 2003, ainsi que l'évolution des moyennes mensuelles des mammotests effectués. Les deux unités effectuant le plus de mammotests sont l'UZ-Brussel et la Clinique Saint-Jean (60 mammotests mensuels en moyenne en 2009-2010). Ces moyennes mensuelles concernent les mammotests réalisés chez des résidentes Bruxelloises^[3].

La moyenne mensuelle des mammotests effectués dans le programme a doublé entre 2003/2004 et 2009/2010 (respectivement 240 et 478) et certaines unités ont doublé voir triplé leur moyenne mensuelle (voir annexe 4-01). Cependant, la moyenne mensuelle par unité reste très faible pour la majorité des unités encore actives en 2010, plus de 2/3 des unités effectuant moins d'1 mammotest par jour ouvrable (figure 4-02).

Figure 4-02

Moyennes mensuelles de mammotests effectués en 2003/2004 et 2009/2010 par les unités encore actives en 2010^[4], Bruxelles



Source : Brumammo
*, **, *** : voir note 4

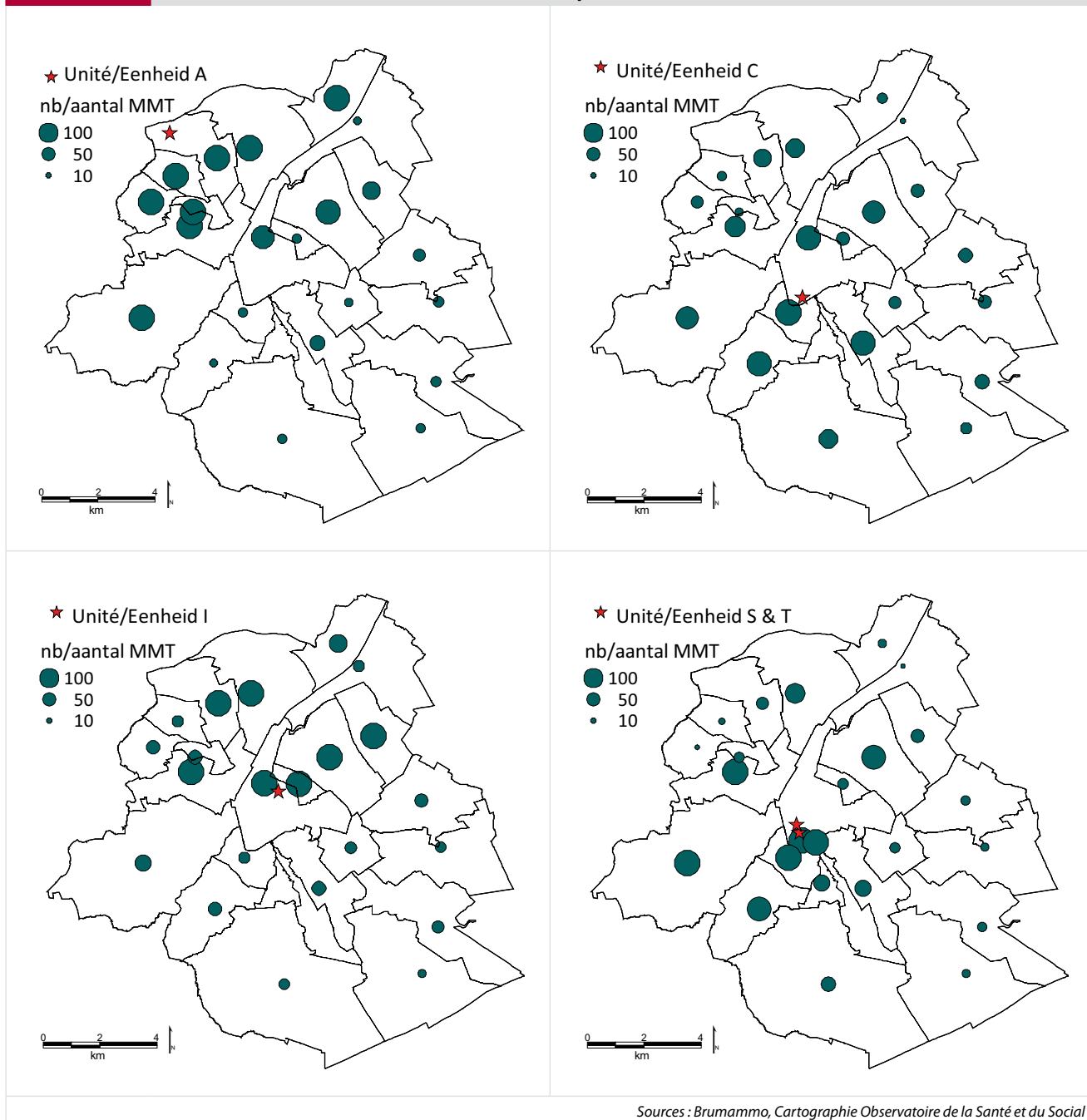
4 Trois de ces unités ont arrêté leurs activités dans le cadre du dépistage au décours de l'année 2010*, deux unités ont fusionné en 2007**, une n'a pas été active en 2009***. Trois unités nouvellement enrôlées en 2010 mais n'ayant eu que peu ou pas d'activités ne sont pas reprises ici.

5 Pour une meilleure représentativité, nous avons cependant étudié la provenance géographique des femmes sur l'entièreté de la période 2003-2010.

La précédente analyse (deuxième rapport d'évaluation) avait montré que les femmes avaient majoritairement tendance à effectuer un mammotest dans une unité proche de leur domicile. Nous avons de nouveau analysé pour l'ensemble de la période les mammotests effectués par commune de l'unité et par commune de résidence de la femme. De ces données, nous avons réalisé 27 cartes, une par unité, illustrant le recrutement en termes géographiques (drainage) des unités encore actives en 2010^[5]. Nous en présentons 4 ci-dessous, l'ensemble des cartes se trouvent dans l'annexe 4-02. 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 Bordet, l'UZ-Brussel, Saint-Jean et Saint-Pierre.

Carte 4-02

Commune de résidence des femmes effectuant un mammotest de 2003 à 2010 par unité radiologique : Uz Brussel (A), Bordet (C), Saint-Jean (I), Saint-Pierre et Caesar de Paepe (S&T)



Sources : Brumammo, Cartographie Observatoire de la Santé et du Social

4.2 Activités du programme

4.2.1 Invitations

Entre 2003 et 2010, le nombre annuel d'invitations (ou réinvitations⁽⁶⁾) envoyées a pratiquement doublé, passant de 29 382 à 57 802, ce qui s'explique pratiquement en totalité par l'amélioration du fichier reçu de la BCSS⁽⁷⁾ et non par l'augmentation de cette tranche d'âge de la population dans la population cible. Ceci se confirme dans l'enquête santé où on constate également un doublement des femmes entre 50 et 69 ans disant avoir reçu une invitation entre 2004 (30,0 %) et 2008 (60,8 %) (1).

En 2007-2008, le taux d'invitation (nombre d'invitations/population cible) est supérieur à 100 % car l'envoi de l'invitation aux femmes ayant atteint 50 ans en 2005 et 2006 s'est effectué en partie en 2007. En 2009-2010, 97,1 % des femmes de 50-69 ans inscrites au Registre national ont été invitées.

En Flandre, 98,8 % des femmes du groupe cible ont été invitées en 2008-2009 (2).

Tableau 4-01 Nombre et taux d'invitation des Bruxelloises par année et par round, 2003 à 2010

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
Rounds			
2003-2004	100 495,5	75 016	74,6
2005-2006	102 166,3	77 374	75,7
2007-2008	104 567,8	105 111	100,5
2009-2010	*107 725,0	104 583	97,1

*Population au 1/01/2010 et non mi-année, ce qui entraîne une légère surestimation des taux.
Source : Brumammo, DGSIE, Registre national

6 Femmes ayant déjà participé au programme et réinvitées d'après la date de leur dernier mammotest.

7 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'entière 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. Ce problème ne devrait plus se représenter à l'avenir grâce à l'envoi annuel d'un nouveau fichier mis à jour.

Contrairement à ce qui avait été constaté en 2005-2006, la part de femmes invitées diminue avec l'âge (ce taux avoisine les 50 % car l'ensemble de la population est invitée sur deux ans et nous ne disposons pas des invitations par âge pour 2008). Ceci est dû en partie au fait qu'en 2007, on a procédé à un rattrapage des femmes non invitées les années précédentes pour cause de fichier incomplet et que ces femmes avaient en majorité un profil plus jeune que les autres. Dans une moindre mesure, parmi les femmes non invitées, certaines sont entre temps sorties du groupe cible, ce qui diminue le poids du groupe des plus âgées.

Tableau 4-02 Pourcentage de femmes de 50-69 ans invitées par rapport aux femmes de même âge inscrites au Registre national, par groupe d'âge, Bruxelles, 2007

	Registre national*	Invitations	% d'invitations
50-54 ans	31 106,0	15 870	51,0
55-59 ans	28 418,5	13 252	46,6
60-64 ans	24 406,5	11 823	48,4
65-69 ans	19 901,0	8 796	44,2
Total	103 832,0	49 741	47,9

* : population mi-année
Source : Brumammo, DGSIE, Registre national

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).

Entre 2003 et 2010, le taux de couverture (nombre de mammotests/population cible) a presque doublé (de 5,7 % en 2003-2004 à 10,7 % en 2009-2010) mais il reste largement inférieur au taux espéré de 70 % (figure 4-03 et tableau 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 le *dernier rapport AIM/IMA* (3), le taux de couverture était en 2006-2007 de 9,6 % par mammotest et de 44 % par mammographie 'diagnostique'^[8], ce qui équivaut à un taux de couverture globale de 54 %.

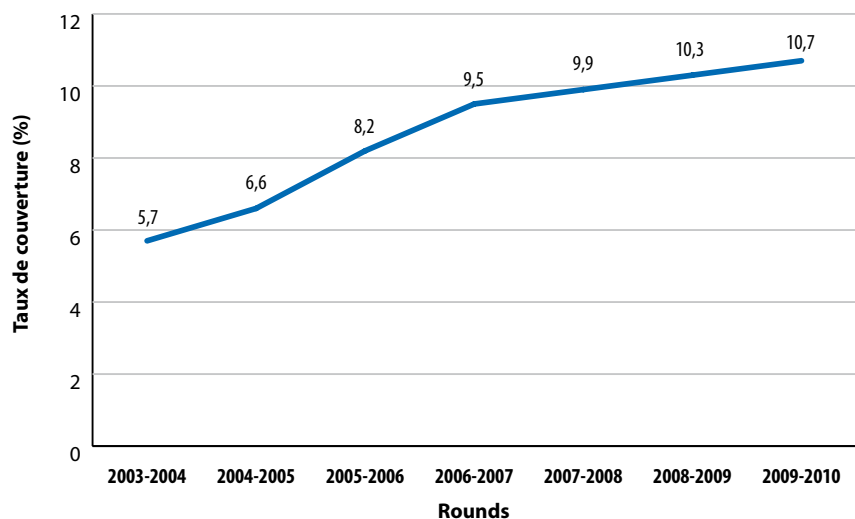
Selon *les enquêtes de santé* (1), la proportion de femmes ayant eu une mammographie au décours des deux dernières années est de 69,7 % en 2008 versus 57,7 % en 1997. Ce pourcentage atteignait 72,3 % lors de l'enquête 2004 (différences non significatives).

Parmi les 216 femmes de l'enquête 2008 ayant déjà effectué une mammographie, 61 % l'ont effectué depuis moins d'un an, ce qui laisse supposer que le rythme de dépistage est plus fréquent que bisannuel (on ne peut cependant pas négliger que les mammographies comprennent également les mammographies diagnostiques).

Le pourcentage de femmes déclarant avoir passé un mammotest dans les deux années précédentes est moins élevé en 2008 (8,2 %) qu'en 2004 (17,5 %, différence significative). Le pourcentage de 2008 est cependant plus en phase avec le taux de couverture calculé dans le programme pour 2008-2009 (10,3 %). (1)

En Flandre, le taux de couverture par mammotest s'élève à 48 % en 2008-2009 (2).

Figure 4-03 Taux de couverture par mammotest des Bruxelloises par round, 2003 à 2010



Sources : Brumammo, DGSIE, Registre national

8 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.

Tableau 4-03 Taux de couverture par mammotest des Bruxelloises par round, 2003 à 2010

Rounds	Population cible	Nombre de mammotests	Taux de couverture
2003-2004	100 495,5	5 758	5,7
2004-2005	101 323,5	6 714	6,6
2005-2006	102 166,3	8 368	8,2
2006-2007	103 222,5	9 812	9,5
2007-2008	104 567,8	10 394	9,9
2008-2009	106 233,8	10 918	10,3
2009-2010	*107 725,0	11 482	10,7

* Population au 1/01/2010 et non mi-année, ce qui entraîne une légère surestimation des taux.
Sources : Brumammo, DGSIE, Registre national

Le taux de couverture augmente avec l'âge. Au fur et à mesure des années, ce taux de couverture augmente dans chaque tranche d'âge (tableau 4-04).

Tableau 4-04 Évolution des taux de couverture par mammotest des Bruxelloises, par âge et par round, 2003 à 2010

	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans
2003-2004	5,2	5,7	6,0	6,3
2004-2005	5,9	6,5	6,9	7,6
2005-2006	7,0	8,3	8,9	8,9
2006-2007	8,5	9,4	10,4	10,2
2007-2008	9,0	10,0	10,4	10,9
2008-2009	9,3	10,5	10,4	11,3
2009-2010	9,3	11,0	11,1	11,7

Sources : Brumammo, DGSIE, Registre national

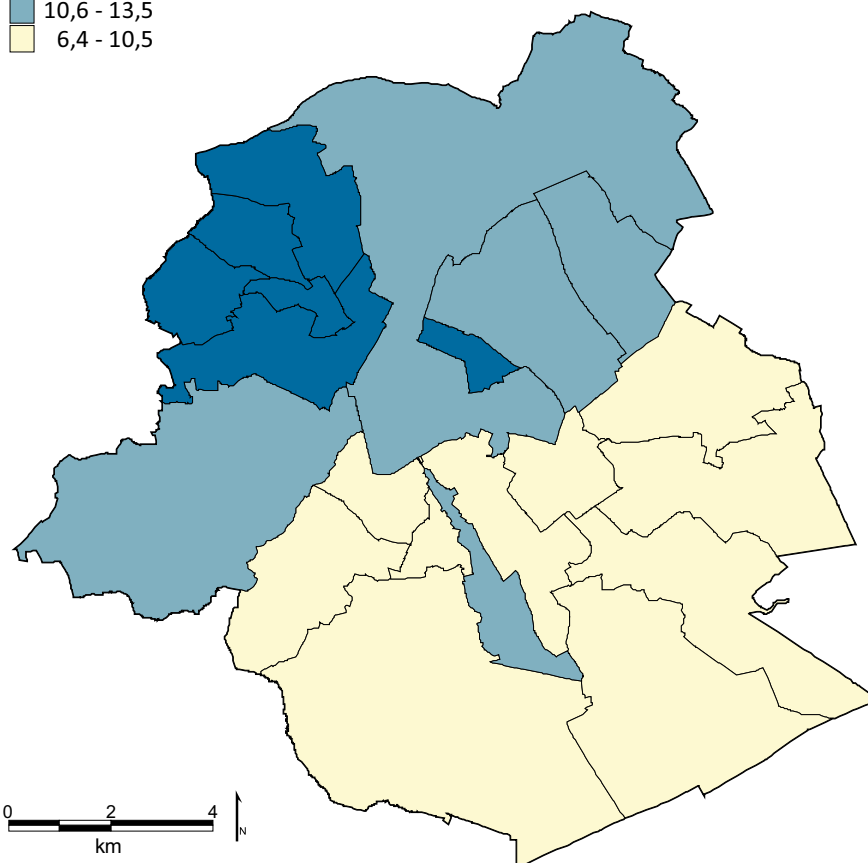
La carte 4-03 illustre la couverture par mammothest en 2009-2010 dans les différentes communes. Les communes situées à l'ouest de la région (Jette, Ganshoren, Berchem, Koekelberg, Molenbeek) et Saint-Josse présentent les taux de couverture les plus élevés. Jette, Ganshoren et Berchem présentaient déjà les taux de couverture les plus élevés en 2003-2004.

Carte 4-03

Taux de couverture par mammothest par commune, Bruxelles, 2009/2010

Taux de couverture (%)

- 13,6 - 15,3
- 10,6 - 13,5
- 6,4 - 10,5

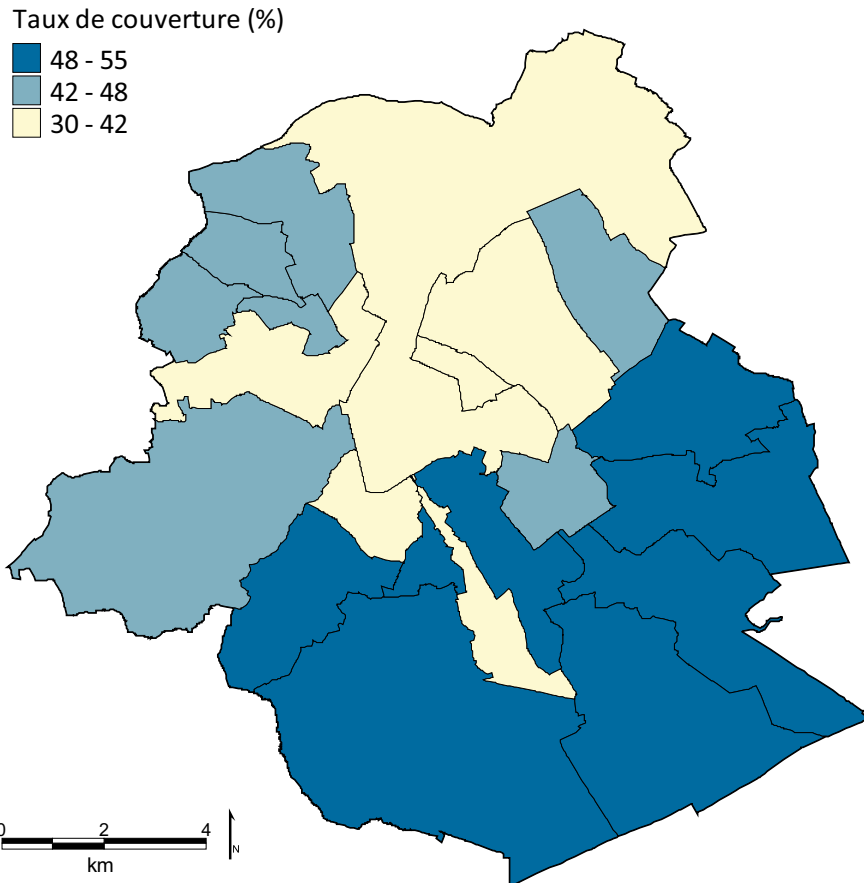


Sources : Brumammo, DGSIE, Registre National, Cartographie Observatoire de la Santé et du Social

Si l'on compare la carte 4-03 à la carte 4-04 illustrant les taux de couverture par 'mammographie diagnostique'⁹, 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'.

Carte 4-04

Taux de couverture par mammographie 'diagnostique' par commune, Bruxelles, 2006/2007



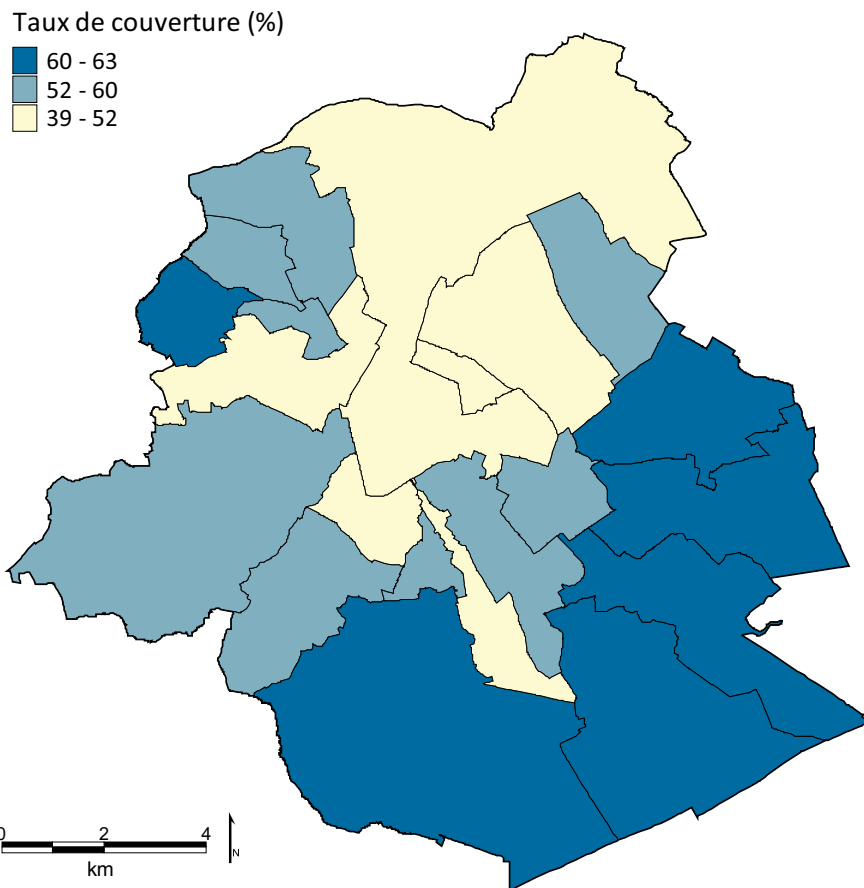
Sources : AIM/IMA 2010, Cartographie Observatoire de la Santé et du Social

⁹ Données 2006/2007 issues du rapport n° 7 de l'Agence Intermutualiste (3).

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.

Carte 4-05

Taux de couverture totale par mammographie par commune, Bruxelles, 2006/2007



Sources : AIM/IMA 2010, Cartographie Observatoire de la Santé et du Social

Le nombre de mammothests a augmenté entre 2003/2004 et 2009/2010 pour les résidentes de toutes les communes. Les augmentations varient de 23 à 155 %. L'amélioration du fichier, la structure d'âge de la population et son évolution sont des facteurs qui peuvent faire varier ce nombre, indépendamment du programme.

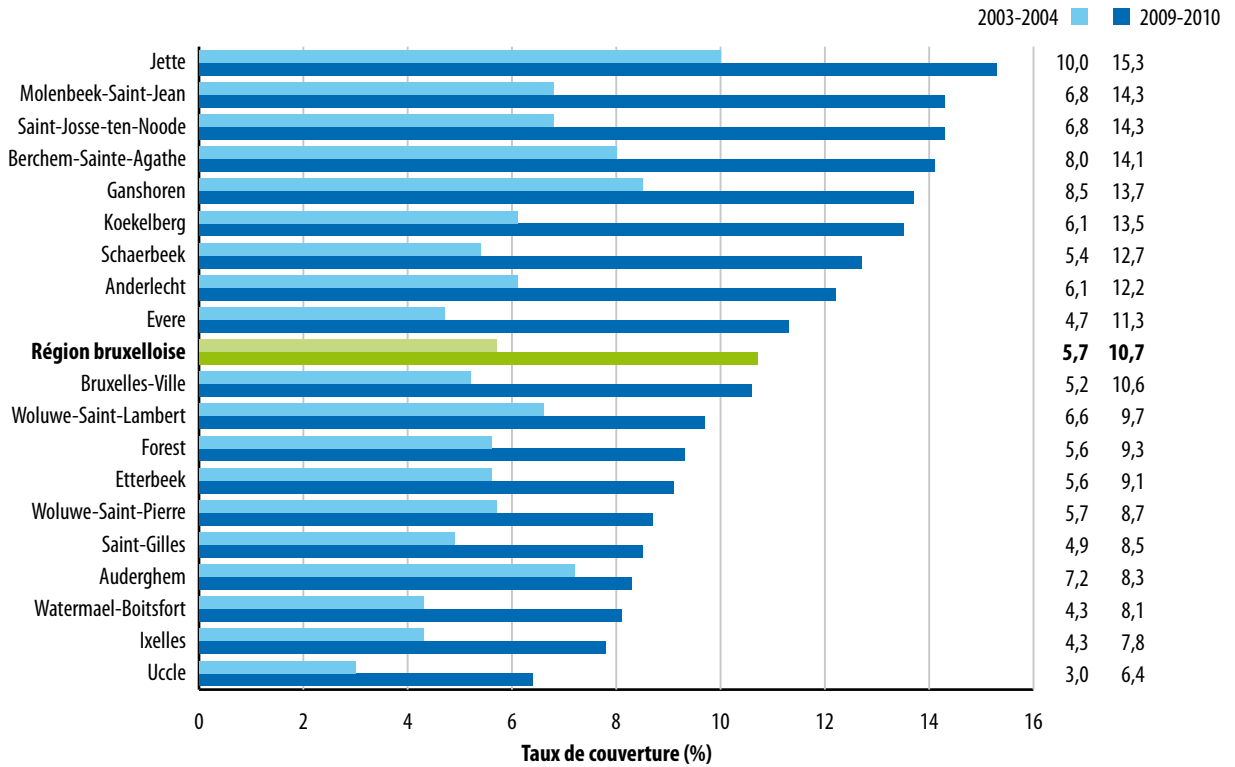
Commune de résidence	MMT 2003/2004	MMT 2009/2010	Évolution	
			n	%
Auderghem	241	297	56	23,2
Woluwe-Saint-Lambert	378	598	220	58,2
Woluwe-Saint-Pierre	259	414	155	59,8
Ganshoren	218	361	143	65,6
Jette	466	772	306	65,7
Forest	280	483	203	72,5
Etterbeek	216	382	166	76,9
Saint-Gilles	171	325	154	90,1
Berchem-Sainte-Agathe	179	343	164	91,6
Ixelles	291	570	279	95,9
Watermael-Boitsfort	134	268	134	100,0
Anderlecht	582	1 208	626	107,6
Bruxelles-Ville	669	1 461	792	118,4
Uccle	281	620	339	120,6
Molenbeek-Saint-Jean	474	1 085	611	128,9
Koekelberg	103	243	140	135,9
Schaerbeek	515	1 307	792	153,8
Evere	180	457	277	153,9
Saint-Josse-ten-Noode	112	286	174	155,4
Total RBC	5 749	11 480	5 731	99,7

Source : Brumammo

Le taux de couverture par mammothest augmente également dans toutes les communes entre 2003-2004 et 2009-2010. Huit communes ont doublé ou plus leur taux de couverture, dont notamment les deux communes qui ont le plus haut taux de couverture, Molenbeek et Saint-Josse. C'est Evere qui a le plus augmenté sa couverture (X 2,4, or aucune unité de radiologie n'est présente sur le territoire de la commune).

Figure 4-04

Taux de couverture par mammothest des Bruxelloises par round et commune de résidence, 2003/2004 et 2009/2010



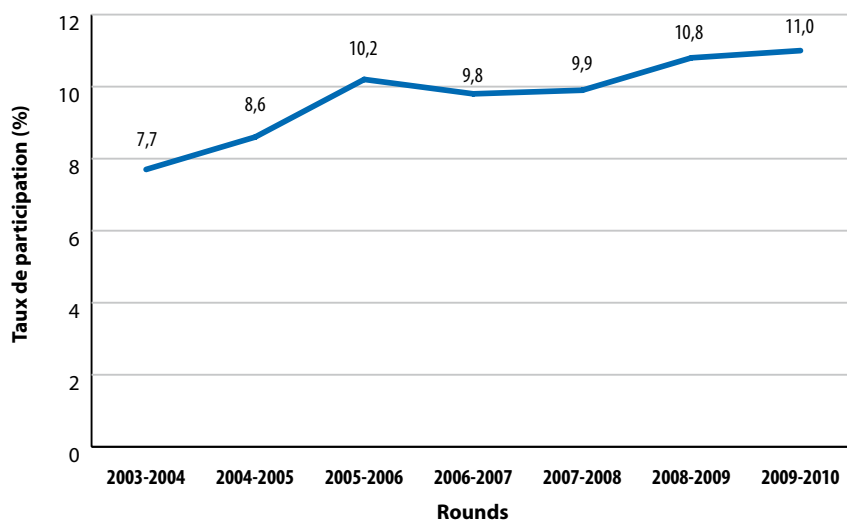
Sources : Brumammo, DGSIE, Registre National

Taux de participation

Le taux de participation mesure le nombre de femmes ayant passé un mammotest par rapport au nombre de femmes invitées.

Le taux de participation progresse faiblement (avec même un ralentissement en 2006-2007 et 2009-2010) pour atteindre 11 % en 2009-2010 (figure 4-05 et tableau 4-06), ce qui est relativement faible : parmi les femmes invitées, une femme sur 10 effectue un mammotest.

Figure 4-05 Taux de participation des Bruxelloises par round, 2003 à 2010



Source : Brumammo

Tableau 4-06 Taux de participation par année et par round, Bruxelles, 2003 à 2010

Année	Invitations	MMT	Taux de participation (%)
2003	29 382	2 363	8,0
2004	45 634	3 395	7,4
2005	32 059	3 319	10,4
2006	49 829	5 049	10,1
2007	50 801	4 763	9,4
2008	54 310	5 631	10,4
2009	46 781	5 287	11,3
2010	57 802	6 195	10,7
Rounds			
2003-2004	75 016	5 758	7,7
2004-2005	77 693	6 714	8,6
2005-2006	81 888	8 368	10,2
2006-2007	100 630	9 812	9,8
2007-2008	105 111	10 394	9,9
2008-2009	101 091	10 918	10,8
2009-2010	104 583	11 482	11,0

Source : Brumammo

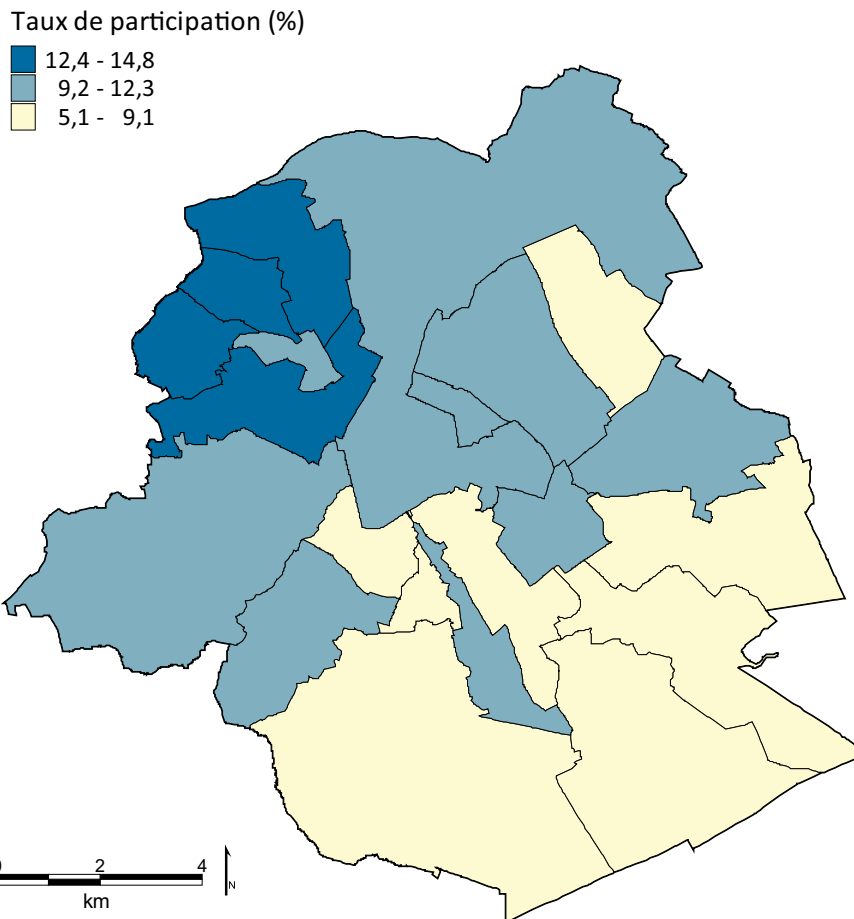
En 2007, le taux de participation augmente avec l'âge.

Tableau 4-07 Taux de participation par groupe d'âge, Bruxelles, 2007					
Groupe d'âge	Invitations		MMT		Taux de participation
	n	%	n	%	%
50-54 ans	15 870	31,9	1 306	27,4	8,2
55-59 ans	13 252	26,6	1 246	26,2	9,4
60-64 ans	11 823	23,8	1 197	25,1	10,1
65-69 ans	8 796	17,7	1 014	21,3	11,5
Total	49 741	100,0	4 763	100,0	9,6

Source : Brumammo

La carte 4-06 illustre le taux de participation par commune en 2007^[10]. La carte est très similaire à celle des taux de couverture par mammothest.

Carte 4-06 Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein par commune, Bruxelles, 2007



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

¹⁰ Nous n'avons pas reçu de fichier d'invitations reprenant les caractéristiques des femmes pour les années ultérieures à 2007.

Dans 13 communes, le taux de participation a diminué ou est resté stable entre 2005 et 2007 ; seules Etterbeek, Ganshoren, Ixelles, Saint-Gilles, Schaerbeek, Uccle et Woluwe-Saint-Lambert ont vu leur taux progresser faiblement. Or, à partir de février 2006, Brumammo a utilisé un nouveau fichier comprenant 30 % de femmes en plus : soit le rattrapage d'invitations effectué en 2006-2007 n'a pas eu le temps de faire son effet (les femmes n'effectuent pas leur

mammotest immédiatement après l'invitation), soit les invitations ont une influence limitée sur la participation au programme.

Tableau 4-08 Taux de participation par commune, Bruxelles, 2005 à 2007

Communes	2005			2006			2007		
	Invitations	MMT	Taux de participation	Invitations	MMT	Taux de participation	Invitations	MMT	Taux de participation
Anderlecht	2 824	315	11,2	4 620	551	11,9	4 760	503	10,6
Auderghem	1 131	97	8,6	1 508	141	9,4	1 619	120	7,4
Berchem-Sainte-Agathe	756	112	14,8	1 055	152	14,4	1 177	174	14,8
Bruxelles	3 909	413	10,6	6 139	630	10,3	5 854	602	10,3
Etterbeek	1 336	110	8,2	1 678	162	9,7	1 808	180	10,0
Evere	1 206	125	10,4	1 772	209	11,8	1 933	156	8,1
Forest	1 599	158	9,9	2 418	269	11,1	2 444	230	9,4
Ganshoren	894	99	11,1	1 140	199	17,5	1 355	171	12,6
Ixelles	2 380	160	6,7	3 008	220	7,3	3 463	251	7,2
Jette	1 596	282	17,7	2 193	397	18,1	2 449	328	13,4
Koekelberg	539	52	9,6	804	98	12,2	844	78	9,2
Molenbeek-Saint-Jean	2 097	300	14,3	3 829	481	12,6	3 246	403	12,4
Saint-Gilles	1 013	88	8,7	1 806	148	8,2	1 680	148	8,8
Saint-Josse-ten-Noode	496	63	12,7	933	94	10,1	788	82	10,4
Schaerbeek	3 191	339	10,6	4 662	455	9,8	4 492	484	10,8
Uccle	3 491	168	4,8	4 006	275	6,9	4 771	242	5,1
Watermael-Boitsfort	1 112	97	8,7	1 367	95	6,9	1 711	136	7,9
Woluwe-Saint-Lambert	2 053	195	9,5	2 300	281	12,2	2 785	298	10,7
Woluwe-Saint-Pierre	1 675	142	8,5	1 801	191	10,6	2 162	172	8,0
Total Région bruxelloise	33 298	3 315	10,0	47 039	5 048	10,7	49 341	4 758	9,6

Source : Brumammo

Références

- (1) Gisle L., Hesse E., Drieskens S., Demarest S., Van der Heyden J., Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport II – Style de Vie et Prévention. Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, 2010, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique.
ISSN : 2032-9180 – Numéro de dépôt. D/2010/2505/14 – IPH/EPI REPORTS N° 2010/008
+ site interactif (<https://www.wiv-isp.be/epidemio/hisia/index.htm>
et <https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/PROG4.HTM>)
+ analyses complémentaires effectuées par l'ISP à la demande de l'Observatoire
- (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 2009, 2010
- (3) Fabri V., Remacle A., Boutsen M., Programme de dépistage du cancer du sein, Comparaison des trois premiers tours 2002-2003 2004-2005 2006-2007, Rapport numéro 7 de l'Agence Intermutualiste, IMA-AIM, septembre 2010
+ site interactif (<http://www.nic-ima.be/fr/projects/mammo/reports/>)

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, 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 mammotest moindre mais nous n'avons pas de raison de penser que cela entraîne un important biais de sélection.

5.1 Participation au dépistage

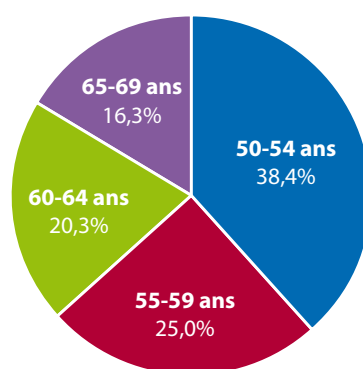
5.1.1 Âge des femmes au premier mammotest

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. La plus grande partie des femmes rentrent dans le programme à l'âge de 50-54 ans ; cependant, elles ne sont que 38 % à effectuer leur premier mammotest dans cette tranche d'âge en 2009-2010, après 6 ans de programme.

En Flandre, 73 % des femmes réalisant leur premier mammotest en 2009 ont entre 50 et 54 ans, mais il n'existait pas de programme étendu de dépistage opportuniste dans cette région avant la mise en place du programme organisé (1).

Figure 5-01

Distribution de l'âge des femmes effectuant leur premier mammotest, par tranche d'âge, Bruxelles, période 2009/2010

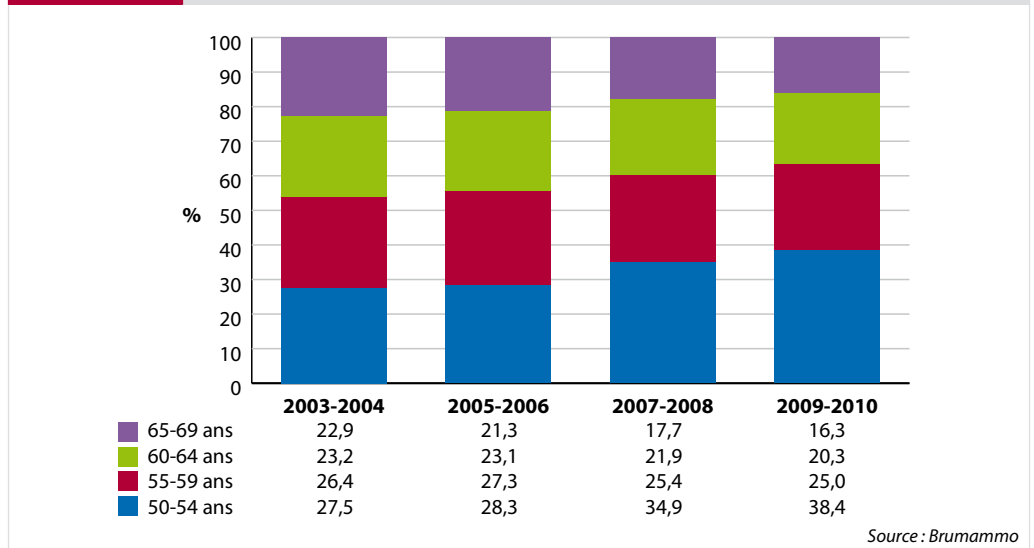


Source : Brumammo

Assez logiquement, le pourcentage des femmes entrant dans le programme entre 50 et 54 ans a augmenté au décours du programme.

Figure 5-02

Évolution de la distribution de l'âge des femmes effectuant leur premier mammotest, par tranche d'âge et par round, Bruxelles, période 2003 à 2010

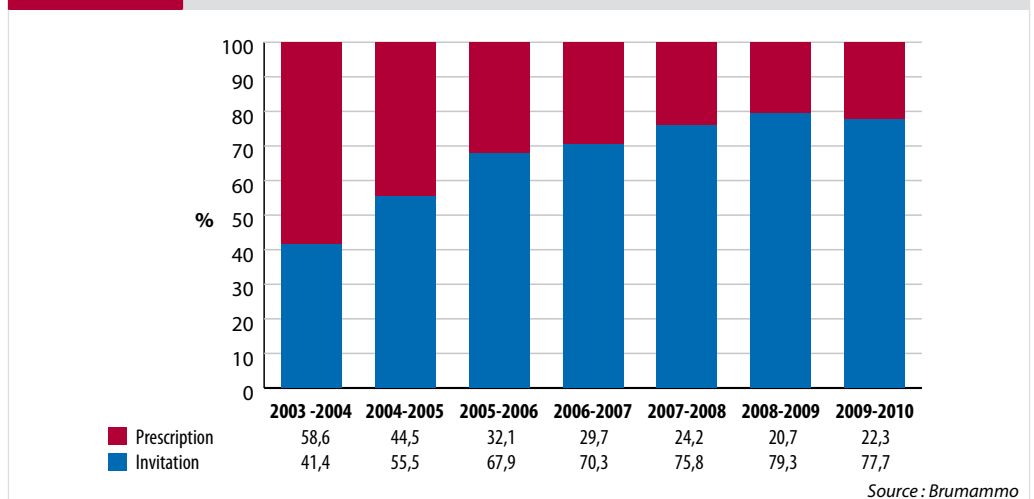


5.1.2 Mode et raisons de participation

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 médecin^[1]. Depuis le début du programme, cette information est mal enregistrée et le pourcentage de données manquantes oscille autour de 24 % (de 13 à 29 % suivant les années) ; il existe une grande différence entre les unités quant à la compliance à cette demande (de 18 à 98 % de taux d'enregistrement). Cette donnée est donc à analyser avec prudence. On observe cependant au décours des années un renversement du ratio des invitations et des prescriptions.

Figure 5-03

Distribution des mammotests par mode de participation, par round, Bruxelles, 2003 à 2010



1 Si la femme fournit les deux, elle est enregistrée comme venant avec une prescription ; il y a donc une sous-estimation des invitations.

Ceci étant dit, le nombre absolu de prescriptions a nettement augmenté en 2010 et est pratiquement revenu au nombre en 2003. Ceci peut certainement s'expliquer en partie par une intervention en 2009 (déjà effectuée en 2006) visant à augmenter la participation des prescripteurs en médecine générale à travers la distribution d'un kit d'information/prescription aux médecins généralistes actifs à Bruxelles^[2].

Année	Distribution des mammothests par mode de participation et par année, Bruxelles, 2003 à 2010			
	Invitation		Prescription	
	n	%	n	%
2003	518	30,3	1 190	69,7
2004	1 416	47,7	1 551	52,3
2005	1 575	64,9	852	35,1
2006	2 612	69,9	1 127	30,1
2007	2 516	70,7	1 042	29,3
2008	3 232	80,3	795	19,7
2009	2 928	78,2	817	21,8
2010	3 895	77,3	1 141	22,7

Source : Brumammo

En 2009-2010, les invitations représentent la plus grande partie du mode de participation des femmes dans toutes les tranches d'âge (non illustré).

L'augmentation relative des invitations au détriment des prescriptions est également observée dans toutes les communes (non illustré). En 2009-2010, la proportion des femmes qui font le mammothest suite à une invitation varie de 66 % (Saint-Gilles) à 92 % (Woluwe-Saint-Pierre). Ces différences peuvent avoir différentes causes : taux différent d'encodage de l'information suivant les unités, influence des unités sur la réorientation des prescriptions vers le bilan plutôt que le dépistage, influence des activités de promotion dans les communes, etc.

Parmi les facteurs cités par la femme comme l'ayant motivé à effectuer un mammothest et pour les 80 % de femmes qui ont répondu à cette question en 2010 lors de leur mammothest, on retrouve l'invitation pour 72,7 %, le généraliste pour 17,6 % et le gynécologue pour 7,1 % (plusieurs réponses possibles, % calculé sur les femmes ayant au moins cité un facteur). Les non réponses, si elles restent nombreuses, ont diminué entre 2003 (39 %) et 2010 (20,4 %).

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 organisé^[3] ; les médecins généralistes étaient beaucoup moins mentionnés (3).

Dans l'enquête santé 2008, parmi les femmes qui disent avoir reçu une invitation, 32 % des femmes disent avoir effectué une mammographie (dans et hors programme) suite à cette invitation (45 % en 2004) mais cela ne représente que 7 % des réponses citées sur les raisons qui ont poussé la femme à faire une mammographie (voir plus bas) (2).

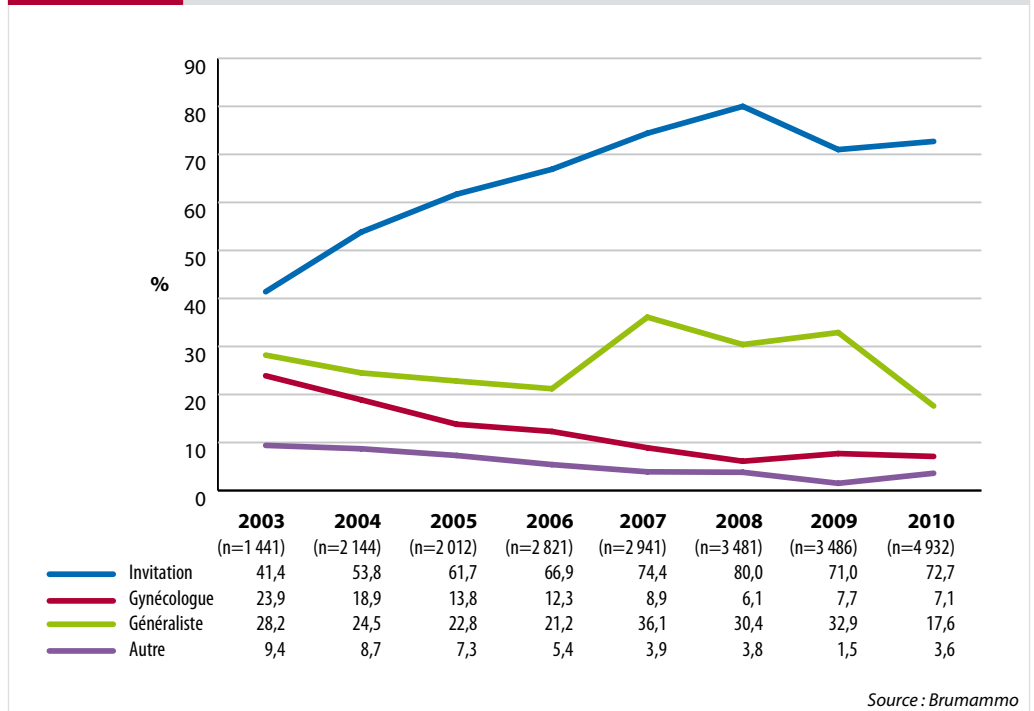
2 Ce kit comprend un courrier signé par les responsables des Centres universitaires de médecine générale, un carnet de prescriptions spécifiques pour le mammothest et des brochures d'information à destination des patientes.

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

La figure 5-04 illustre l'évolution en proportion des facteurs de motivation enregistrés lors du mammothest. Si on observe une augmentation de l'implication des généralistes tant en nombre qu'en proportion entre 2006 et 2009, on observe entre 2003 et 2009 une diminution de l'implication des gynécologues (proportion et chiffres absolus). En 2010, on observe une baisse de participation des généralistes et une augmentation des celles des gynécologues.

Figure 5-04

Facteurs ayant motivé les femmes à faire un mammothest, par année et par type de facteur (2003 à 2010), Bruxelles



Dans le cadre de l'enquête de santé 2008 (2) on a demandé aux femmes quelles étaient les raisons qui les ont incitées à faire une mammographie :

- la moitié de femmes citent les conseils du gynécologue comme raison d'avoir effectué une mammographie ;
- un quart citent le médecin généraliste ;
- seulement 7 % mentionnent la lettre d'invitation.

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.

Une analyse complémentaire des données de l'enquête de santé 2008 révèle qu'on a 2,5 fois plus de chances de faire une mammographie si on a déjà effectué un dépistage du cancer du col, dépistage pour lequel le rôle du gynécologue est généralement prépondérant. Il est donc indispensable de travailler également avec les gynécologues pour augmenter la participation au programme organisé de dépistage du cancer du sein.

Il n'y a pas d'évolution notable en ce qui concerne la raison de faire une mammographie au cours des différentes enquêtes de santé (2001, 2004 et 2008). (voir tableau 5-02)

Globalement en 2008 (2), si l'on s'intéresse à l'ensemble des raisons citées par les femmes effectuant une mammographie (plus d'une réponse possible) :

- 62 % concernent des fins de dépistage, sans plaintes ni anomalies particulières ;
- 17 % un risque personnel ou familial
- 15 % des raisons sont en rapport avec une mammographie diagnostique (suivi d'un examen, douleur, anomalie à l'examen clinique), versus 23 % des raisons en 2001.

En 2010, l'AIM/IMA estimait qu'environ 9,4 % des mammographies réalisées entre 2002 et 2007 l'étaient pour des raisons cliniques (4).

Tableau 5-02 Facteurs de motivation à effectuer une mammographie, enquêtes de santé 2001, 2004 et 2008, Bruxelles

	2001		2004		2008	
	% réponses	% femmes*	% réponses	% femmes*	% réponses	% femmes*
Sur conseil de son médecin de famille, sans plainte ni anomalie particulière	17,0	27,6	22,8	32,2	17,0	23,1
Sur conseil de son gynécologue, sans plainte ni anomalie particulière	38,6	62,6	38,3	54,1	39,5	53,7
Cancer du sein parmi des membres de la famille	7,1	11,5	8,2	11,6	7,8	10,6
Elle a déjà eu elle-même un kyste, une tumeur ou un cancer du sein, ou elle a subi une opération chirurgicale au niveau du sein	6,3	10,3	7,0	9,9	8,8	12,0
Suivi d'un examen effectué précédemment	9,4	15,2	4,7	6,6	7,8	10,6
Douleur au niveau des seins	5,1	8,2	6,1	8,7	2,4	3,2
Elle a remarqué elle-même une anomalie à l'un de ses seins (une boule par exemple)	3,8	6,2	2,6	3,7	1,7	2,3
Son médecin a remarqué une anomalie à l'un de ses seins pendant un examen	4,3	7,0	2,6	3,7	3,1	4,2
Suite à une lettre d'invitation	4,1	6,6	3,8	5,4	5,1	6,9
Pour une autre raison	4,3	7,0	3,8	5,4	6,8	9,3
Total	100,0	162,1	100,0	141,3	100,0	136,1

* Plusieurs réponses possibles.
Source : Enquête santé 2001-2004-2008, ISP

Selon l'enquête de santé 2008, la principale raison invoquée par les femmes qui n'ont pas effectué de dépistage suite à la réception de la lettre d'invitation était le fait d'avoir réalisé un examen peu de temps auparavant (58 % en 2008). Selon l'AIM/IMA, parmi les femmes qui ont effectué un dépistage en 2007 en Région bruxelloise, environ 85 % l'ont effectué hors programme (4).

Selon l'enquête de santé 2008, le désagrément de l'examen reste cité par 8 % des femmes en 2008. L'absence de conviction face à l'examen évolue de 15 % en 2001 à 5 % en 2008 (2).

Tableau 5-03 Facteurs de motivation à ne pas effectuer une mammographie suite à la lettre d'invitation, enquêtes de santé 2001, 2004 et 2008, Bruxelles

	% de réponses*		
	2001	2004	2008
Parce qu'elle avait déjà passé une mammographie de dépistage peu de temps auparavant	55,0	54,5	57,9
Parce qu'elle n'avait pas le temps	15,0	4,5	6,3
Parce que cet examen coûte trop cher	0,0	4,5	2,1
Parce qu'elle ne pense pas que ce soit nécessaire	15,0	11,4	5,3
Parce qu'elle trouve cet examen désagréable	10,0	6,8	8,4
Parce qu'elle a déjà subi une opération chirurgicale au niveau d'un sein	5,0	2,3	3,2
Parce qu'un médecin l'a déconseillé de faire une mammographie	0,0	0,0	1,1
Pour une autre raison	0,0	15,9	15,8

* Plusieurs réponses possibles.
Source : Enquête santé 2001-2004-2008, ISP

5.1.3 Délai entre invitation et mammotest

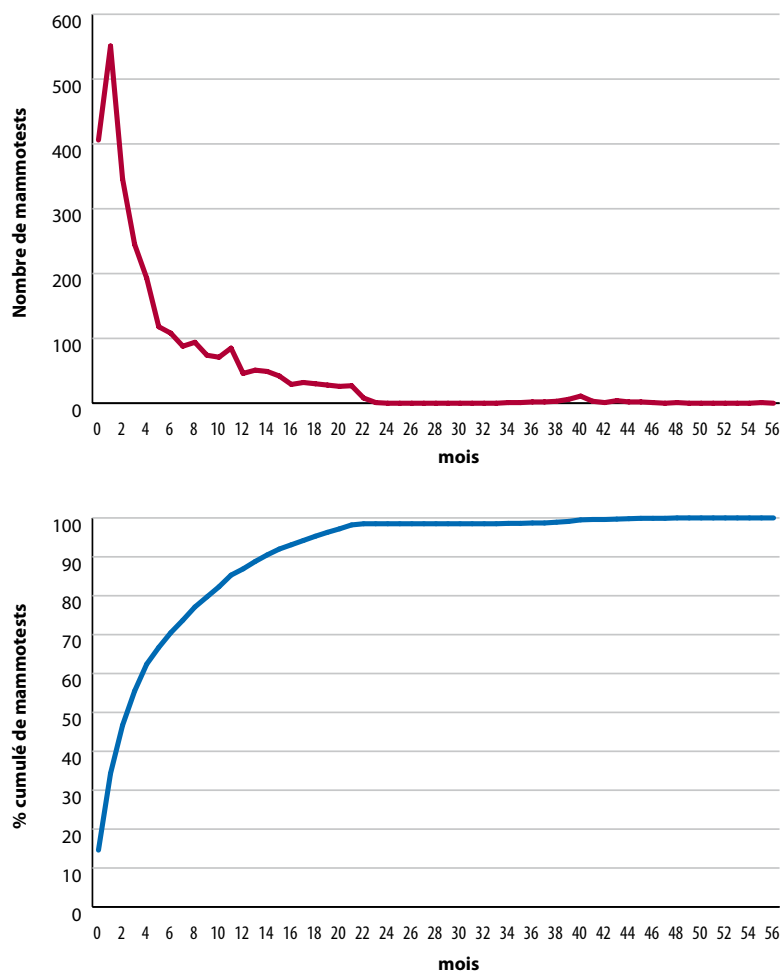
Pour les femmes ayant effectué un premier mammotest en 2010, nous nous sommes intéressés au délai entre ce mammotest et la dernière invitation reçue.

15 % des femmes effectuent leur mammotest endéans le premier mois après la réception de l'invitation ; on observe un pic entre un et deux mois (tableau 5-04 et figure 5-05).

50 % des femmes effectuent leur mammotest dans les quatre mois après avoir reçu l'invitation (médiane = 3,3 mois), 90 % dans les 15 mois.

Figure 5-05

Distribution des délais entre l'invitation et le mammotest, premiers mammotests effectués en 2010, Bruxelles



Source : Brumammo

Tableau 5-04

Délai entre invitation et mammotest, premiers mammotests 2010, Bruxelles

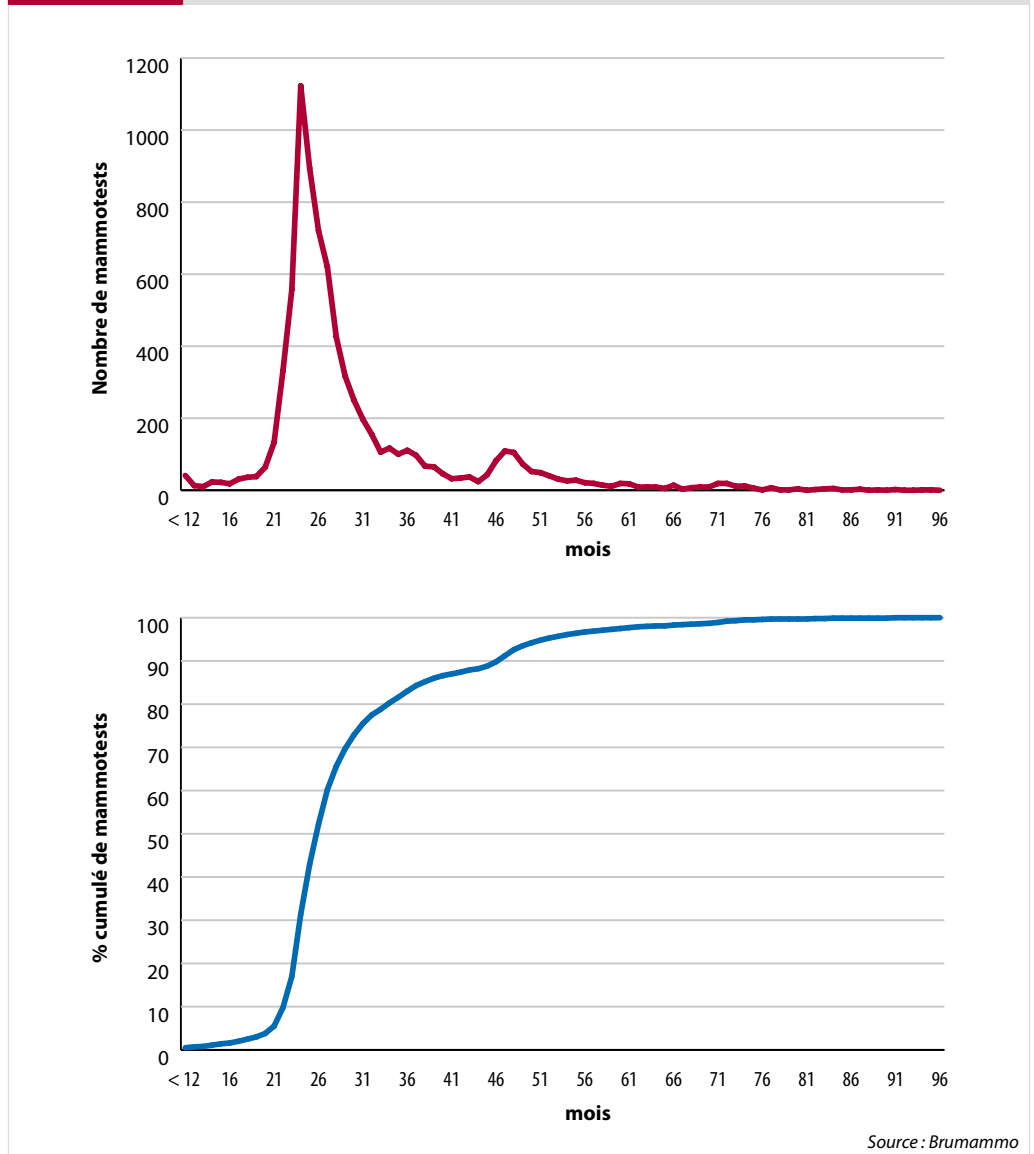
Délai	Nombre de MMT	% cumulé
< 1 mois	406	14,6
1-2 mois	897	46,7
3-5 mois	556	66,7
6-8 mois	290	77,1
9-11 mois	230	85,3
12-23 mois	369	98,5
24-47 mois	39	99,9
48 mois et plus	2	100,0

Source : Brumammo

5.1.4 Délai entre deux mammotests

Pour la période 2003-2010, on a étudié le délai entre le premier et le deuxième mammotest effectués par chaque femme. On constate un pic à 24 mois, qui est le délai recommandé en Belgique, ainsi qu'un pic de moindre importance à 47-48 mois, probablement dû à une alternance pour certaines femmes entre mammotest et 'bilan complet' (examen clinique + mammographie + échographie). L'analyse refaite uniquement pour 2010 donne le même profil. On constate la même chose pour les années 2008 et 2009 dans le programme flamand (1). 50 % des femmes effectuent leur deuxième mammotest dans les 27 mois après le premier mammotest, 83 % l'ont fait dans les trois ans, ce qui est le délai recommandé par l'Europe.

Figure 5-06 Distribution des délais entre les deux derniers mammotests, 2003-2010



5.2 Déterminants de la participation au dépistage

La plupart des résultats exposés dans ce chapitre proviennent d'une analyse des données bruxelloises des trois dernières enquêtes de santé (2).

Nous avons cherché à savoir quels facteurs tant médicaux que sociaux pouvaient être associés à la participation au dépistage et avons donc étudié l'association entre différents facteurs et le fait d'effectuer une mammographie (dans et hors programme).

Dans un premier rapport (5), nous avons souligné à quel point les médecins effectuaient à la fois un travail d'information et de conviction pour les femmes : c'est auprès d'eux que les femmes demandent informations et conseil après avoir reçu l'invitation ou vu la campagne, quand ce n'est pas le médecin qui propose le mammothest de sa propre initiative. Une étude à paraître de l'AIM/IMA effectuée sur les données de remboursement met en évidence une association entre le contact avec un gynécologue ou un médecin généraliste et le fait d'effectuer une mammographie (comme le rapportent d'ailleurs les femmes elles mêmes, voir 5.1.2).

Nous retrouvons également l'importance du contact avec le corps médical dans les résultats des enquêtes de santé. 91 % des Bruxelloises de 50 à 69 ans interrogées dans les enquêtes de santé 2001-2004-2008 ont un médecin généraliste attiré ; parmi celles-ci, 72,3 % ont effectué une mammographie au cours des deux dernières années tandis que parmi les femmes qui n'ont pas de médecin attiré, seules 60,4 % en ont effectuée une. On retrouve une différence (non significative) si la femme a consulté ou non son médecin généraliste dans les 12 derniers mois (72,7 % versus 64,1 %) ^[4].

De même nous avons souligné que la peur du cancer et le paradoxe qui consiste à se préoccuper de maladie en l'absence de symptômes sont des obstacles importants. Ceux-ci sont plus facilement surmontés si on a déjà fait ce cheminement pour d'autres actes de prévention : les Bruxelloises interrogées dans l'enquête santé qui sont vaccinées pour le tétanos, qui ont effectué un dépistage du cancer du col ou contrôlé leur glycémie au cours des trois dernières années sont significativement plus nombreuses à effectuer une mammographie que les autres (et ceci plus de deux fois pour celles qui ont effectué un frottis de col, dépistage pour lequel l'influence du gynécologue est importante).

Avoir des problèmes de santé permet de rencontrer plus fréquemment son médecin mais l'attention est alors orientée vers la maladie : être en mauvaise santé subjective ou avoir au moins une maladie chronique impliquent une participation significativement moindre au dépistage du cancer du sein (respectivement risques relatifs de 0,80 ($p < 0,001$) et 0,89 ($p < 0,05$)). Les femmes souffrant d'obésité bénéficient moins du dépistage (RR 0,73, $p < 0,001$), il est probable que la gêne et les difficultés pratiques sont un frein à la pratique de la mammographie. Enfin, il n'y a pas d'indice que le mal-être psychologique (score GHQ4+) influence la pratique de la mammographie.

D'un point de vue social, tant la déprivation économique que sociale ont une influence. Estimer que son budget de santé est trop lourd ou avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières sont un frein à la réalisation d'une mammographie (cette analyse englobe l'ensemble des mammographies : si le mammothest est gratuit, le dépistage 'hors programme' ne l'est pas). En ne considérant que les mammothests, on n'observe plus de différence significative. Être isolée ou ne pas participer à la vie associative diminue également significativement les chances d'effectuer une mammographie en général. Cette différence n'est pas statistiquement significative si on se limite au mammothest mais on parle ici de petits chiffres.

En ce qui concerne la mammographie, on observe un gradient significatif en ce qui concerne le niveau d'éducation : les femmes dont le niveau d'études le plus élevé dans le ménage est l'enseignement supérieur effectuent une mammographie dans 80,4 % des cas versus 62,9 % pour le niveau secondaire supérieur et 56,8 % pour le niveau secondaire inférieur et moins ($p < 0,001$). Cette association persiste après analyse multivariée en tenant compte de l'âge et

4 En ce qui concerne l'enquête de santé, seules les données concernant le dépistage total (dans et hors programme) peuvent être systématiquement analysées en détail. Le nombre de femmes ayant réalisé un mammothest est trop faible dans l'échantillon (seulement enquête santé 2004 et 2008) pour permettre d'analyser les données en fonction de toutes les caractéristiques de la femme.

de la nationalité. Ce gradient n'est pas retrouvé pour le mammothest, ce qui va dans le même sens que les constatations de l'AIM/IMA selon laquelle le mammothest tend à diminuer les différences sociales (même si celles-ci persistent), mais cela peut aussi être dû aux difficultés méthodologiques (voir note 4). Cependant, les femmes de niveau social élevé qui n'effectuent pas un mammothest effectuent une mammographie tandis que celles du niveau le plus bas n'effectuent rien.

En ce qui concerne la nationalité, le taux de mammographie le plus élevé est constaté chez les femmes non belges mais de nationalités européennes (73,4 %) contre 68,2 % chez les Belges et 53,6 % pour les autres nationalités. Ce constat persiste si l'on tient compte de l'âge et du niveau d'éducation. Les effectifs ne permettent pas de conclure en ce qui concerne les mammothests.

5.3 Fidélisation au programme

Chaque année de nouvelles femmes font leur premier mammothest tandis que d'autres en sont à leur 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} etc. mammothest. Dans le tableau 5-05, on retrouve par année le nombre de premiers, deuxièmes, troisièmes, quatrièmes et cinquièmes mammothests⁵.

Tableau 5-05 Nombre de mammothests par année et par cycle, 2003 à 2010, Bruxelles							
Année	MMT1	MMT2	MMT3	MMT4	MMT5	Total MMT	% de MMT1
2003	1 552	8				1 560	99,5
2004	2 825	18	1			2 844	99,3
2005	2 736	470	3			3 209	85,3
2006	3 773	1 067	16	1		4 857	77,7
2007	3 328	1 177	203	3		4 711	70,6
2008	3 279	1 690	597	9		5 575	58,8
2009	2 943	1 569	659	86		5 257	56,0
2010	3 083	1 776	948	336	5	6 148	50,1
Total	23 519	7 775	2 427	435	5	34 161	68,8

Source : Brumammo

Le nombre de premiers mammothests a augmenté au décours des trois premiers rounds, notamment grâce à une meilleure couverture des invitations pour diminuer de nouveau au 4^{ème} round. Assez logiquement cependant, la proportion de premiers mammothests sur le total des mammothests effectués par round diminue puisqu'on a de plus en plus de mammothests subséquents.

Tableau 5-06 Nombre et proportion de premiers mammothests, par round, 2003 à 2010, Bruxelles				
	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010
Premier MMT	4 377	6 509	6 607	6 026
% MMT1	99,40 %	80,7 %	64,2 %	52,8 %
Total MMT	4 404	8 066	10 286	11 405

Source : Brumammo

5 Attention, seuls les mammothests effectués dans le programme à partir de 2003 sont pris en compte.

Il n'a pas été possible de faire une réelle analyse de cohorte mais on peut regarder grossièrement les mammotests subséquents suivant un premier mammotest; ici, il s'agit des premiers mammotests effectués en 2003-2004 (les 2^{èmes} et 3^{èmes} mammotests effectués dans le même round sont probablement des mammotests refaits ou des mises au point).

Dans les 6 ans qui ont suivi leur premier mammotest, 52 % des femmes ont fait un deuxième mammotest, 28 % un troisième mammotest et 10 % un quatrième mammotest. Ces chiffres sont à regarder avec précaution puisque nous n'avons pas pu exclure les femmes qui sortent du suivi, que ce soit pour avoir dépassé l'âge de 69 ans ou par décès. Par ailleurs, le délai entre les mammotests étant bien souvent supérieur à 24 mois, une partie des 1 239 femmes ayant effectué un troisième mammotest n'ont pas eu le temps d'effectuer un quatrième mammotest dans la période étudiée.

Tableau 5-07		Mammotests subséquents aux premiers mammotests effectués en 2003/2004, Bruxelles, 2003 à 2010			
	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010	Total
MMT1	4 377				
MMT2	26	1523	552	191	2 292
MMT3	1	19	790	429	1 239
MMT4		1	12	413	426
MMT5				5	5

Sources : Brumammo

Références

- (1) 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 2009, 2010
- (2) Gisle L, Hesse E, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J, Tafforeau J. Enquête de santé, 2008. Rapport II – Style de Vie et Prévention. Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance, 2010, Bruxelles, Institut Scientifique de Santé Publique.
ISSN : 2032-9180 – Numéro de dépôt. D/2010/2505/14 – IPH/EPI REPORTS N° 2010/008
+ site interactif (<https://www.wiv-isp.be/epidemio/hisia/index.htm> et <https://www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/PROG4.HTM>)
+ analyses complémentaires effectuées par l'ISP à la demande de l'Observatoire
- (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., Remacle A., Boutsen M., Programme de dépistage du cancer du sein, Comparaison des trois premiers tours 2002-2003 2004-2005 2006-2007, Rapport numéro 7 de l'Agence Intermutualiste, IMA-AIM, septembre 2010
+ site interactif (<http://www.nic-ima.be/fr/projects/mammo/reports/>)
- (5) Deguerry M., De Spiegelaere M., Haelterman E., Verduyck P., Rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise, période juin 2002 à décembre 2005, Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles, 2006.

6. Délais et résultats

La qualité du programme s'apprécie par le respect et les résultats de contrôles de qualité du matériel utilisé par les unités radiologiques (non traité dans ce rapport), par les délais des différentes étapes du processus, le taux de rappel^[1] ainsi que par l'efficacité du processus (nombre, type et taille des cancers détectés).

6.1 Délais entre la réalisation du mammotest et l'envoi des résultats

6.1.1 Délais entre le mammotest et l'envoi des résultats au médecin 1er lecteur

Le délai médian^[2] entre la date du mammotest et l'envoi du résultat au radiologue^[3] est de 10 jours en 2010 ; ce délai s'est amélioré de 2 jours par rapport à 2006 et de 5 jours par rapport au début du programme. ³/₄ des résultats sont envoyés dans les deux semaines après le mammotest. (tableau 6-01)

En 2010, 90 % des résultats sont envoyés dans les 20 jours (figure 6-01).

La proportion de résultats envoyés dans la première semaine a doublé entre 2003/2004 et 2009/2010, mais est inférieure à celle constatée en 2005/2006 (tableau 6-01).

Ce délai ne donne aucune indication quant au temps nécessaire à la femme pour être informée de son résultat (ceci suppose une démarche active du médecin traitant et/ou de la femme, puisque les résultats ne sont pas directement envoyés à la femme).

1 Nombre de femmes rappelées pour un examen complémentaire par rapport au nombre de femmes ayant passé un mammotest.

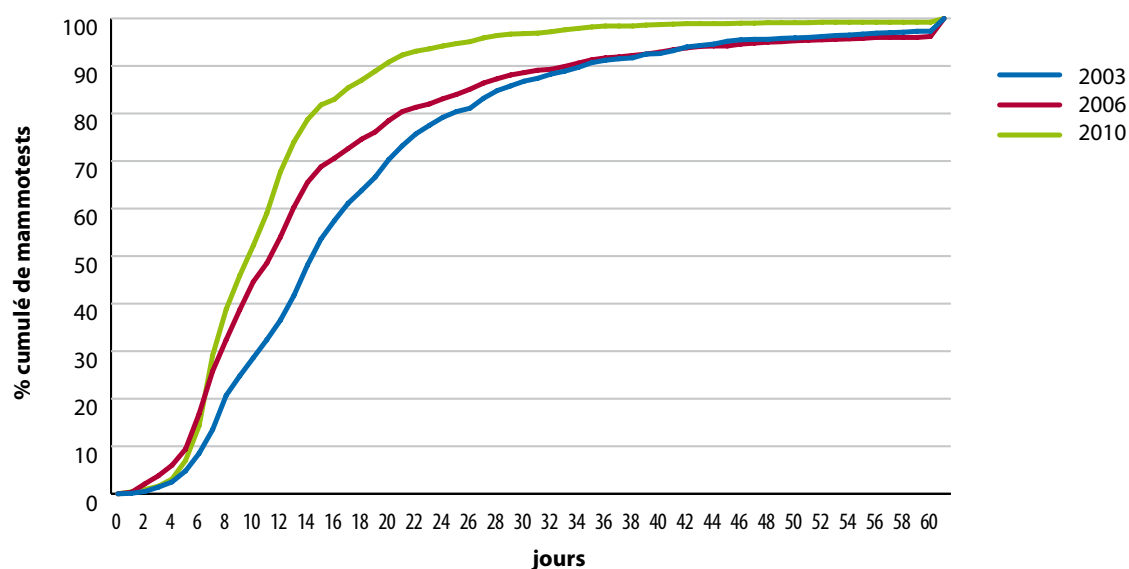
2 Délai dans lequel 50 % des résultats ont été envoyés. Les délais négatifs et les délais supérieurs à 300 jours (9) n'ont pas été inclus dans l'analyse.

3 Envoi simultané au médecin référent en cas de positif.

Tableau 6-01 Évolution des délais entre le mammotest et l'envoi des résultats au 1^{er} lecteur, 2003 à 2010

	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007		2007-2008		2008-2009		2009-2010	
Nombre de MMT	5 359		6 686		8 339		9 784		10 381		10 914		11 473	
Médiane (jours)	14		13		12		12		12		11		10	
Q1 (25 %) (jours)	9		8		7		7		7		7		7	
Q3 (75 %) (jours)	21		19		18		18		17		15		14	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1 ^{ère} semaine	392	7,3	809	12,1	1432	17,2	1 592	16,3	1 544	14,9	1 587	14,5	1 675	14,6
2 ^{ème} à 4 ^{ème} sem.	4 351	81,2	5 249	78,5	6 017	72,2	7 168	73,3	8 133	78,3	8 800	80,6	9 343	81,4
5 ^{ème} semaine et +	616	11,5	628	9,4	890	10,7	1 024	10,5	704	6,8	527	4,8	455	4,0
Total MMT	5 359	100,0	6 686	100,0	8 339	100,0	9 784	100,0	10 381	100,0	10 914	100,0	11 473	100,0

Source : Brumammo

Figure 6-01 Évolution des délais entre le mammotest et l'envoi des résultats au premier lecteur (2003, 2006, 2010)

Source : Brumammo

6.1.2 Délais entre le mammothest et la 2ème lecture

Ce délai est imputable pour partie au radiologue (envoi du cliché et du protocole à Brumammo) et pour partie à Brumammo (deuxième lecture) et sera probablement grandement amélioré par la numérisation des clichés et des procédures.

Le délai médian s'est amélioré d'un jour par rapport au début du programme (9 jours en 2009/2010). La proportion de lectures effectuées dans la semaine suivant le mammothest s'améliore (de 22,1 % en 2003/2004 à 27,4 % en 2009/2010), celles effectuées après un mois diminue.

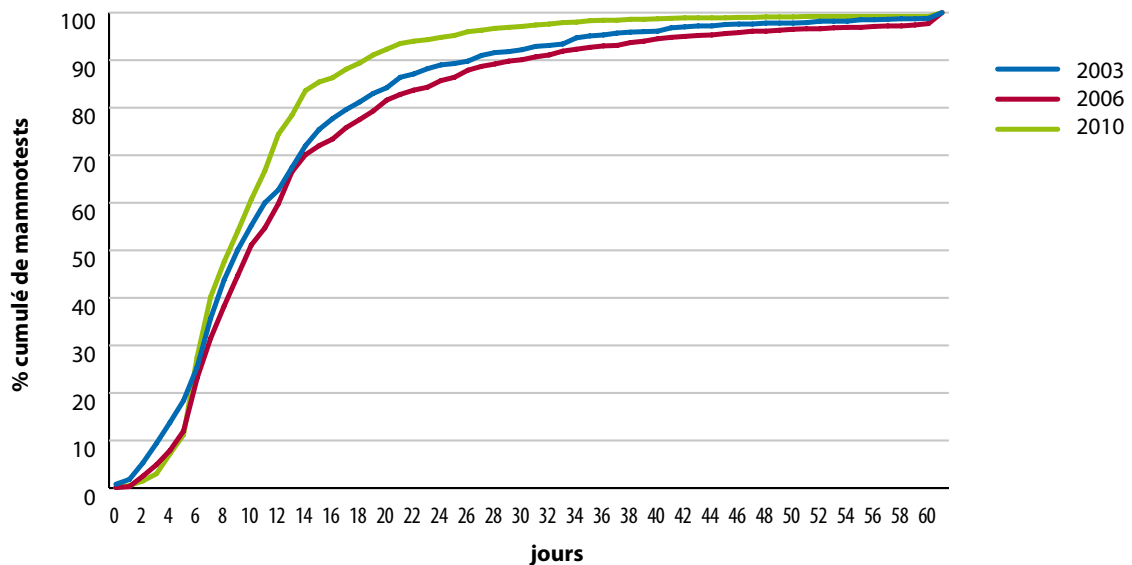
75 % des deuxièmes lectures sont effectuées dans les 13 jours après le mammothest (15 jours en 2003/2004) (tableau 6-02, figure 6-02).

Tableau 6-02 Évolution des délais entre le mammothest et la deuxième lecture, 2003 à 2010

	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007		2007-2008		2008-2009		2009-2010	
Nombre de MMT	5 717		6 704		8 364		9 805		10 388		10 915		11 474	
Médiane (jours)	10		10		10		10		11		10		9	
Q1 (25 %) (jours)	7		7		7		7		7		7		6	
Q3 (75 %) (jours)	15		16		17		17		15		14		13	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Les cinq 1 ^{ers} jours (J0-J4)	544	9,5	498	7,4	676	8,1	764	7,8	731	7,0	725	6,6	803	7,0
6 ^{ème} ou 7 ^{ème} jour (J5-J6)	719	12,6	949	14,2	1 264	15,1	1 405	14,3	1 529	14,7	1 969	18,0	2 337	20,4
2 ^{ème} à 4 ^{ème} semaine	4 025	70,4	4 781	71,3	5 670	67,8	6 745	68,8	7 498	72,2	7 745	71,0	7 922	69,0
5 ^{ème} semaine et +	429	7,5	476	7,1	754	9,0	891	9,1	630	6,1	476	4,4	412	3,6
Total	5 717	100,0	6 704	100,0	8 364	100,0	9 805	100,0	10 388	100,0	10 915	100,0	11 474	100,0

Source : Brumammo

Figure 6-02 Évolution des délais entre le mammothest et la deuxième lecture (2003, 2006, 2010)



Source : Brumammo

Ces délais varient sensiblement suivant les unités (non illustré).

6.1.3 Délais entre la deuxième lecture et l'envoi des résultats au médecin 1er lecteur

Ce délai est propre à Brumammo. Ce délai approche les limites de l'incompressible et une grande partie des améliorations avaient déjà eu lieu entre 2003/2004 et 2005/2006.

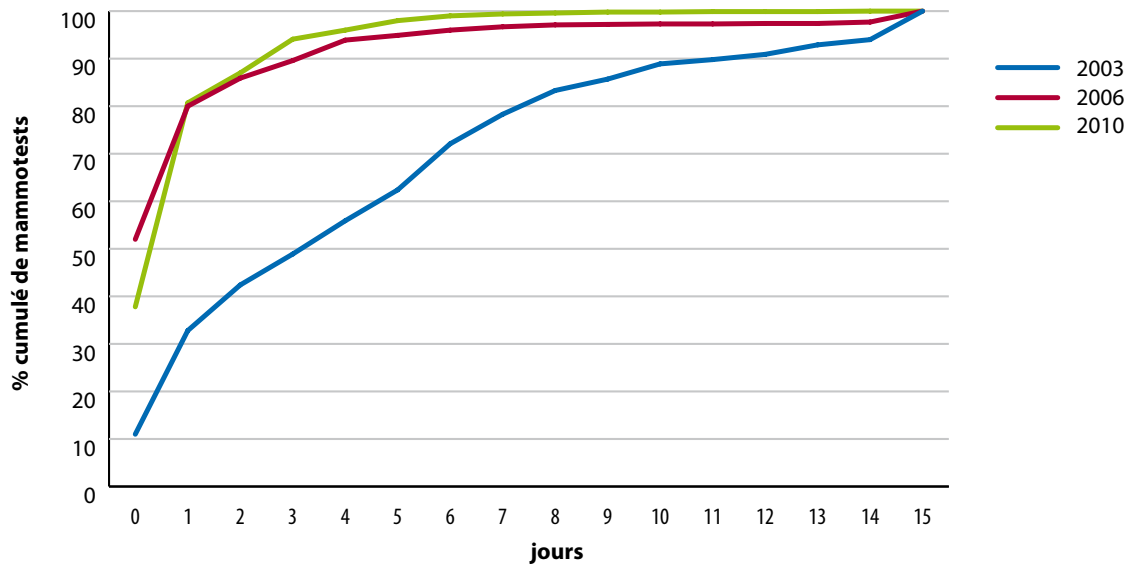
La médiane ne s'est pas améliorée depuis 2005/2006, ni la proportion de courrier envoyé le jour même ou le lendemain de la seconde lecture (on observe même un glissement vers le lendemain). Ceci étant dit, en 2010, 90 % du courrier est envoyé moins de 3 jours après la seconde lecture (12 jours en 2003) (figure 6-03).

Tableau 6-03 Évolution des délais entre la deuxième lecture et l'envoi des résultats au 1er lecteur, 2003 à 2010

	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007		2007-2008		2008-2009		2009-2010	
Nombre de MMT	5 353		6 687		8 345		9 793		10 386		10 915		11 475	
Médiane (jours)	2		1		0		0		0		1		1	
Q1 (25 %) (jours)	1		0		0		0		0		0		0	
Q3 (75 %) (jours)	6		3		1		1		1		1		1	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Même jour (J0)	846	16,0	2 427	36,7	4 416	53,6	5 466	56,4	5 214	50,4	4 722	43,3	4 695	40,9
Lendemain (J1)	1 507	28,5	2 087	31,5	2 423	29,4	2 755	28,4	3 961	38,3	4 938	45,3	4 978	43,4
J2-J6	1 875	35,5	1 529	23,1	1 233	15,0	1 248	12,9	1 028	9,9	1 165	10,7	1 711	14,9
J7-J29	1 059	20,0	579	8,7	161	2,0	213	2,2	143	1,4	85	0,8	91	0,8
Plus de 4 semaines	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,0	2	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	5 287	100,0	6 622	100,0	8 234	100,0	9 685	100,0	10 348	100,0	10 910	100,0	11 475	100,0

Source : Brumammo

Figure 6-03 Évolution des délais entre la deuxième lecture et l'envoi des résultats au 1er lecteur (2003, 2006, 2010)



Source : Brumammo

6.1.4 Délais entre la seconde et troisième lecture

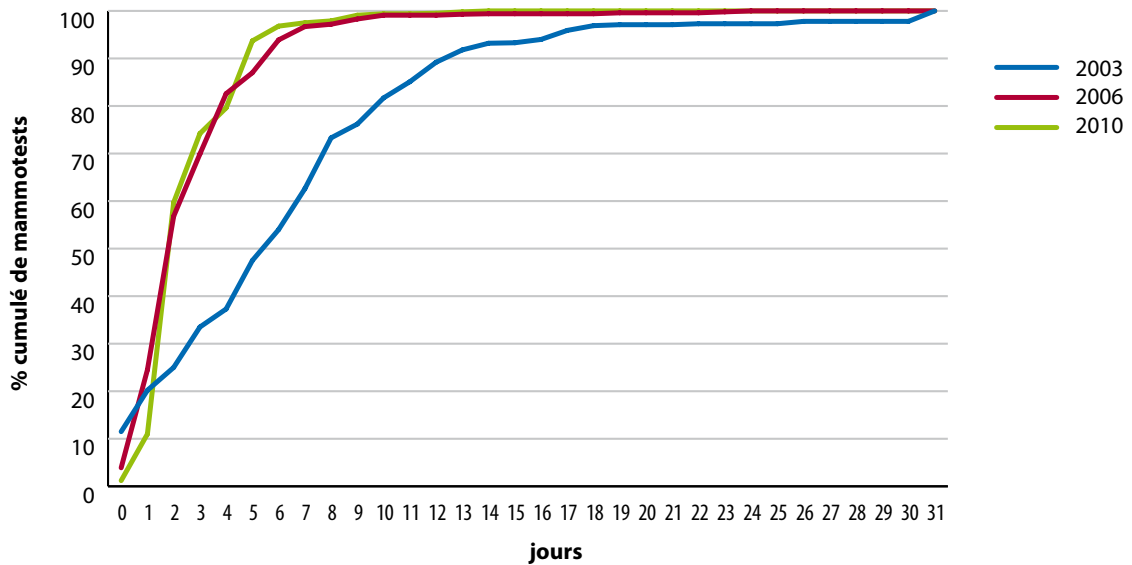
Lorsque les deux lectures ne sont pas concordantes, on a alors recours à une troisième lecture. L'essentiel des améliorations s'était effectué entre le premier et le deuxième round (figure 6-04). En 2009/2010, le délai médian reste de deux jours et 75 % des troisièmes lectures sont faites dans les 4 jours après la deuxième lecture, comme en 2005/2006 (tableau 6-04). 90 % des troisièmes lectures sont effectuées moins de 5 jours après la deuxième lecture (13 jours en 2003) (figure 6-04).

Tableau 6-04 Évolution des délais entre la deuxième lecture et la troisième lecture, 2003 à 2010

	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007		2007-2008		2008-2009		2009-2010	
Nombre de MMT	1 281		1 116		959		1 127		1 228		1 307		1 476	
Médiane (jours)	6		4		2		2		2		2		2	
Q1 (25 %) (jours)	3		2		1		1		1		1		2	
Q3 (75 %) (jours)	8		6		4		4		4		4		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Même jour (J0)	79	6,2	34	3,0	43	4,5	41	3,6	41	3,3	55	4,2	44	3,0
Lendemain (J1)	136	10,7	216	19,4	242	25,2	266	23,6	308	25,2	287	22,0	213	14,4
J2-J6	555	43,8	606	54,3	623	65,0	759	67,5	810	66,2	905	69,3	1 174	79,5
J7-J29	497	39,2	259	23,2	51	5,3	59	5,2	65	5,3	58	4,4	45	3,0
Plus de 4 semaines	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	1 267	100,0	1 115	100,0	959	100,0	1 125	100,0	1 224	100,0	1 305	100,0	1 476	100,0

Source : Brumammo

Figure 6-04 Évolution des délais entre la deuxième lecture et la troisième lecture (2003, 2006, 2010)



Source : Brumammo

6.2 Résultats du mammotest

6.2.1 Densité des seins

Lors de la lecture du mammotest, il est demandé au lecteur de classer les seins (adipeux, mixte ou dense)^[4] et d'indiquer en cas de sein dense, s'il souhaite rappeler la femme pour une échographie. Cette échographie ne pouvant être réalisée dans le programme au même moment que le mammotest, les femmes sont rappelées pour effectuer cet examen ultérieurement. Cet item ne donne pas lieu à un arbitrage par le troisième lecteur donc quel que soit le lecteur désirant rappeler la femme pour sein dense, celle-ci est rappelée.

En ce qui concerne le premier lecteur, si la classification 'dense' est un peu moins attribuée au décours des rounds, la proportion de femmes rappelées parmi elles augmente, ce qui fait qu'au total plus de femmes sont rappelées pour sein dense parmi l'ensemble des femmes. En ce qui concerne le deuxième lecteur, ce taux de densité et de rappel est en baisse par rapport au premier round mais en augmentation au dernier round. Cela peut être dû à des deuxième lectures faites par des lecteurs différents (appel aux premiers lecteurs en cas de non disponibilité des deuxième lecteurs).

Ce rappel pour échographie pour sein dense est également pratiqué en Wallonie mais pas en Flandre.

Tableau 6-05 Densité des seins et rappel pour échographie selon les premiers et deuxième lecteurs, par round, 2003 à 2010

	Sein dense Lecteur 1				Sein dense Lecteur 2			
	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010
	%	%	%	%	%	%	%	%
Au moins un sein dense	12,5	10,3	9,7	11,2	7,9	4,1	3,1	4,5
Rappel pour échographie parmi seins denses	60,8	59,1	62,3	67,5	52,5	51,4	41,3	44,9
Rappel pour échographie pour seins denses parmi l'ensemble des femmes	7,5	6,1	6,0	7,6	4,2	2,1	1,3	2,0

Source : Brumammo

6.2.2 Résultats du mammotest

La première lecture est réalisée dans l'unité radiologique où la femme effectue son mammotest et ses conclusions sont retranscrites sur une fiche. La seconde lecture est effectuée au centre de référence sans que le second lecteur n'ait connaissance des conclusions établies par le premier lecteur. Si les résultats sont discordants, on procède alors à une troisième lecture.

Comme signalé dans le précédent rapport, le premier lecteur déclare plus souvent une lésion bénigne ou un mammotest positif que le deuxième lecteur qui est plus enclin à déclarer le mammotest négatif (non illustré).

Globalement le premier et le deuxième lecteur concordent dans 88 % des cas. Il y a peu d'évolution selon les rounds (tableau 6-06).

Tableau 6-06 Concordance et coefficient Kappa^[5] entre le premier et le deuxième lecteur, 2003 à 2010

	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010
Taux de concordance	86,90 %	89,50 %	88,70 %	87,60 %
Coefficient Kappa	0,29	0,28	0,21	0,22

Source : Brumammo

4 Cet item n'est pas rempli dans 9 % des cas par L1 et 4 % des cas par L2 pour la période 2003-2010.

5 Le coefficient Kappa est égal à la différence entre la concordance observée et la concordance attendue par le hasard. Il varie entre -1 et +1, la valeur +1 indique une concordance parfaite et la valeur 0 indique que la concordance n'est pas meilleure que celle obtenue par hasard. Il n'existe pas de règle fixant une valeur au dessus de laquelle la concordance est jugée bonne et en dessous de laquelle elle est jugée mauvaise.

De façon encore plus marquée qu'au 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.

Tableau 6-07	Discordance entre le 1er et le 2ème lecteur quant au résultat du mammothest, par round 2003 à 2010							
	2003-2004		2005-2006		2007-2008		2009-2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
L1+ / L2-	493	65,9	651	74,4	813	69,6	1 022	71,7
L1- / L2+	255	34,1	224	25,6	355	30,4	403	28,3
Total disc.	748	100,0	875	100,0	1168	100,0	1425	100,0

Source : Brumammo

Puisque les discordances concernent le plus souvent des situations L1+/L2-, le processus de seconde/troisième lecture permet de réduire le nombre de femmes qui auraient été rappelées pour mise au point : en 2009/2010, 703 femmes n'ont finalement pas été rappelées après troisième lecture, alors qu'elles l'auraient été après la seule première lecture (53,4 % des rappels proposés par le premier lecteur). Mais il permet aussi de réaliser des mises au point complémentaires pour des femmes dont la radio aurait été protocolée comme normale s'il n'y avait eu qu'une lecture : en 2009/2010, 147 femmes dont le mammothest avait été jugé négatif par le premier lecteur ont été rappelées pour des examens complémentaires par le second et le troisième lecteur (tableau 6-08).

Bien évidemment, seul le couplage avec les données du Registre du Cancer permettront d'évaluer précisément le nombre de cancers «récupérés» par la double lecture, le nombre de mises au point inutiles évitées (faux positifs) et le nombre de cancers qui auraient échappés au dépistage (cancer d'intervalle). Une analyse au cas par cas faite par Brumammo sur les mammothests positifs de 2008 et 2009 nous apprend que, sur 100 cancers dépistés, 72 % ont été repérés par les deux lecteurs, 18 % par le premier lecteur uniquement et 10 % par le deuxième lecteur uniquement (les cancers non repérés ne font pas partie de cette analyse).

Sur l'ensemble de la période, le troisième lecteur est un peu plus en accord avec le second lecteur, dont il confirme le résultat dans environ 60 % des cas. C'est le même pourcentage qui est retrouvé en Flandre en 2009 (tabel 10, (1)).

Tableau 6-08	Résultat de la troisième lecture selon le type de discordance entre le premier et le deuxième lecteur, par round, (2003 à 2010)									
			2003-2004		2005-2006		2007-2008		2009-2010	
			n	%	n	%	n	%	n	%
Disc. L1+ L2-	L3 +	101	13,6	110	12,6	207	17,7	320	22,4	
	L3 -	390	52,4	541	61,9	606	51,9	703	49,3	
Disc. L1- L2+	L3 +	60	8,1	62	7,1	103	8,8	147	10,3	
	L3 -	193	25,9	161	18,4	252	21,6	256	18,0	
Total		744	100,0	874	100,0	1 168	100,0	1 426	100,0	

Source : Brumammo

Le nombre de troisièmes lectures a diminué en 2005 suite à une modification de l'algorithme de décision (suppression de troisième lecture pour discordances mineures⁽⁶⁾) mais depuis, il augmente régulièrement (12,9 % des mammothest en 2009-2010).

On retrouve encore cependant 31 mammothests en 2010 (3,8 %) qui ont bénéficié d'une troisième lecture pour des recommandations de suivi différentes alors que les résultats concordaient entre le premier et deuxième lecteur (non illustré).

Tableau 6-09 Fréquence des troisièmes lectures de 2003 à 2010

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

Source : Brumammo

Le tableau 6-10 reprend le résultat final envoyé à l'issue du processus de double/triple lecture. En 2009-2010, le résultat final est positif pour 6,5 % des femmes examinées et une lésion bénigne est détectée pour 18,9 % des femmes.

Tableau 6-10 Résultat final au terme du processus de triple lecture, par round, 2003 à 2010

	2003-2004		2005-2006		2007-2008		2009-2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ininterprétable pour des raisons techniques	6	0,1	9	0,1	16	0,2	7	0,1
Aucune anomalie	4 237	73,6	6 346	75,9	7 499	72,1	8 557	74,5
Lésion bénigne	1 142	19,8	1 623	19,4	2 356	22,7	2 168	18,9
Positif indéterminé D et/ou G	285	4,9	329	3,9	468	4,5	700	6,1
Malin ou probablement malin	57	1,0	56	0,7	53	0,5	46	0,4
Inconnu	31	0,5	3	0,0	2	0,0	3	0,0
Total	5 758	100,0	8 366	100,0	10 394	100,0	11 481	100,0

Source : Brumammo

Au total, 14,4 % des femmes (1 649 femmes) sont rappelées pour des examens complémentaires au terme du processus de triple lecture en 2009-2010, que ce soit pour un mammothest positif (6,5 %), pour des seins denses (7,8 %) ou une mammographie ininterprétable. Le taux de rappel pour mammographie ininterprétable est de 0,1 % en 2009-2010, semblable à celui constaté en Flandre en 2009 (tabel 5 (1)) ; il est de 0,4 % en Wallonie (période 2007-2009) (2). La norme souhaitable européenne est de 1 % (3).

Le taux de rappel pour mammothest positif (ainsi que le taux de rappel pour seins denses) est en augmentation et dépasse le taux observé lors des premières années du programme.

Tableau 6-11 Taux de rappel, par raison et par round, 2003 à 2010

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

Source : Brumammo

6 Comme par exemple des descriptions différentes d'anomalies ou des divergences de recommandations de suivi.

Il est possible que le passage au numérique soit en partie responsable de cette augmentation. En effet, les possibilités d'agrandissement du cliché permettent de voir de plus petites lésions ; de plus, les archives n'étant pas numérisées, il n'y a pas de possibilité de comparaison aux anciens clichés. Cette dernière hypothèse est confirmée par une analyse faite par le Consortium flamand qui compare pour l'année 2009 le taux de rappel en analogique et en numérique, selon que le lecteur dispose ou non des anciens clichés de la femme : le taux de rappel est plus que doublé en l'absence de clichés (1).

Tableau 6-12	Taux de rappel des deuxièmes lecteurs en fonction de la présence ou non des anciens clichés, Flandre, 2009					
	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 (%)	6,7	2,9	7,5	2,9	6,1	3,1

Source : Jaarrapport 2009, Vlaamse overheid

Il est recommandé d'analyser le taux de rappel en séparant les premiers mammothests et les mammothests subséquents (en raison de prévalence différente). C'est ce qui a été fait dans le tableau 6-13, où sont également rappelées les normes acceptables et souhaitables définies par l'Europe. On considèrera ici dans les comparaisons par round uniquement les mammothests positifs ; les rappels d'échographie pour seins denses devraient cependant également être pris en compte puisqu'ils font plus que doubler le pourcentage de femmes rappelées, mais nous ne disposons pas des chiffres par premiers et mammothests subséquents.

Pour l'ensemble de la période, les taux de rappel pour positivité, que ce soit pour un premier mammothest ou pour un mammothest subséquent, sont dans les normes européennes acceptables, mais ils sont supérieurs aux taux souhaitables. C'est toujours le cas en 2008-2009 mais plus en 2009-2010, où l'on observe de plus une augmentation plus importante du taux de rappel pour positivité parmi les mammothests subséquents. Le passage au numérique (et donc l'absence d'anciens clichés) ainsi que le changement de lecteurs peuvent jouer un rôle (tableau 6-13).

En Wallonie, pour la période 2007-2009, le taux de rappel incluant les seins denses est de 15,5 % pour les premiers examens et de 10,0 % pour les examens subséquents (2).

En Flandre, le taux de rappel en 2009 est de 6,5 % pour les premiers examens et de 2,9 % pour les examens subséquents (pas de rappel pour seins denses) (1).

Tableau 6-13	Taux de positivité des premiers mammothests et mammothests subséquents, Bruxelles, 2003 à 2010				
	Valeurs Europe 'acceptable'	Valeurs Europe 'souhaitable'	2003-2010	2008-2009	2009-2010
Premiers mammothests	<7 %	<5 %	5,9 %	6,8 %	7,8 %
Mammothests suivants	<5 %	<3 %	4,8 %	4,6 %	6,1 %

Sources : Brumamma, European commission

6.3 Données de suivi

L'objectif du programme organisé est de détecter les cancers, et ce de façon la plus précoce possible. Afin d'évaluer la performance du programme, il est donc nécessaire de mettre en place un suivi systématique des femmes en termes d'examen complémentaires réalisés, de résultats et de prises en charges effectuées. Ce suivi permettra de recueillir des indicateurs recommandés par l'Europe (3) comme le taux de suivi des mises au point, le taux de détection^[7], la valeur prédictive positive^[8] ou la typologie des lésions mais aussi les traitements effectués (notamment le taux de mastectomies).

Pour ce faire, le centre de référence Brumammo effectue annuellement un important travail de récupération des informations auprès des unités radiologiques et des médecins traitants. Les données présentées ci-dessous sont issues du rapport 2008-2009 (4), disponible sur le site www.brumammo.be. On y trouvera également plus de détails sur la méthodologie employée.

En 2008, 297 mammothests étaient positifs ce qui a conduit à la confirmation de 37 cancers et en 2009, 30 cancers pour 306 mammothests positifs.

Le suivi des mammothests positifs s'est nettement amélioré au décours des années : si le taux de résultats disponibles est de 90,6 % en 2008 et 90,9 % en 2009, il n'était que de 75 % en 2004 (5). En Flandre le taux de résultats disponibles en 2008 est de 76,5 % pour les premiers mammothests et de 76,8 % pour les mammothests subséquents (1).

Il reste cependant impossible d'obtenir des informations sur le devenir des femmes pour 9,1 % d'entre elles en 2009 :

- soit parce que les femmes sont perdues de vue par le médecin référent (6 en 2008 et 8 en 2009), probablement dû à l'importante mobilité qui existe en Région bruxelloise,
- soit parce que les médecins ne répondent pas (17 en 2008 et 15 en 2009) ce qui peut avoir des causes diverses
- soit parce que les femmes/les médecins n'ont pas (encore) effectué de mise au point complémentaire au moment de l'enquête (5 en 2008 et 5 en 2009) ; l'étude des cancers d'intervalle permettra de récupérer certaines des femmes qui auraient fait une mise au point tardive.

Pour les deux premières catégories, ce nombre reste préoccupant parce qu'on n'est alors pas certain que les femmes ont été informées de leur résultat positif, puisque le résultat de l'examen mammographique n'est pas envoyé directement à la femme.

Tableau 6-14	Résultats du suivi des mammothests positifs, Bruxelles, 2006 à 2009			
	2006	2007	2008	2009
Taux de répondants (%)	92,2	94,2	94,3	95,1
Taux de résultats disponibles (%)	83,1	87,5	90,6	90,9
Taux de médecins non répondants (%)	7,8	5,8	5,7	4,9
Taux de femmes perdues de vue par le médecin (%)	6,5	4,5	2,0	2,6
Taux de femmes sans mise au point (%) ('non compliance volontaire')		2,2	1,7	1,6

Source : Brumammo, 2011

7 Nombre de cancers dépistés pour 1 000 femmes ayant effectué un mammothest.

8 Probabilité pour une femme ayant un mammothest positif d'être atteinte d'un cancer du sein (le taux dépend étroitement de la prévalence du phénomène étudié). Il n'y a pas de norme pour cette valeur, elle doit être aussi haute que possible.

On trouvera ci-dessous certains indicateurs de suivi calculés sur l'ensemble des mammothests de 2006 à 2009 (initial et subséquent) publiés dans le rapport Brumammo 2008-2009 (4). Ce tableau renseigne sur l'évolution des différents indicateurs. Pour une analyse plus correcte des indicateurs et une comparaison avec les normes européennes, on se rapportera aux figures 6-05 et 6-06 qui séparent les mammothests initiaux des mammothests subséquents.

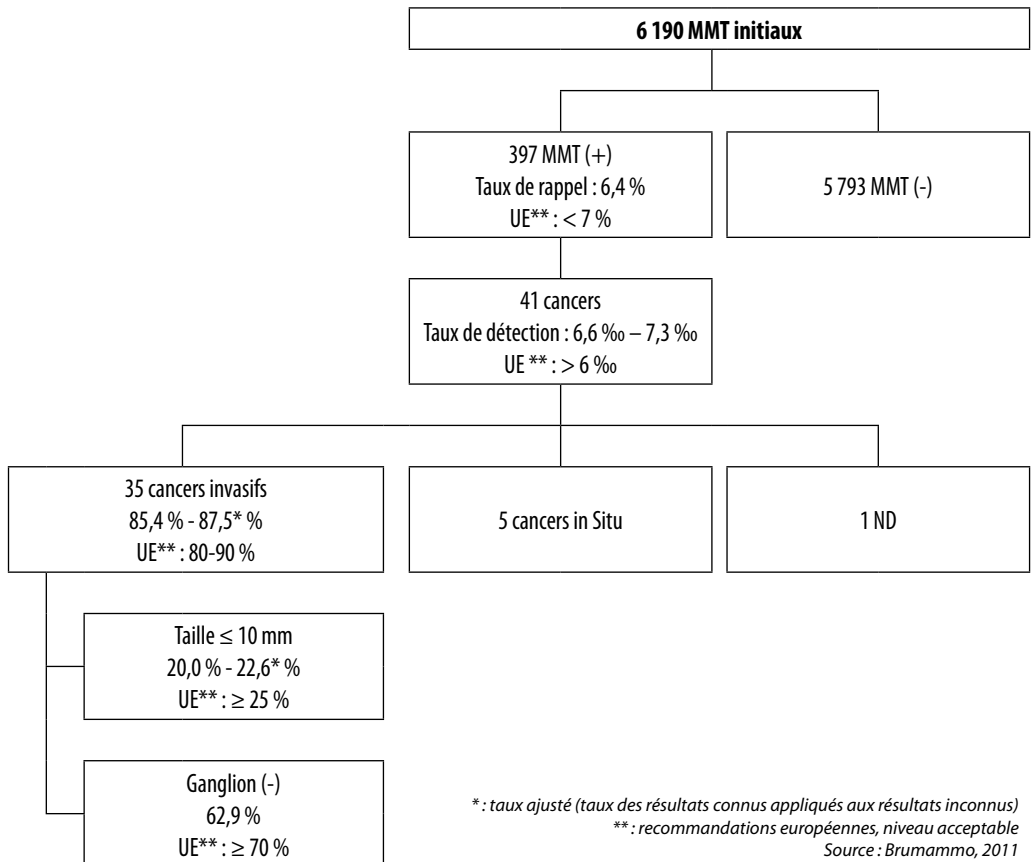
Le taux de rappel toutes causes (mammotests ininterprétables, rappel pour seins denses et pour mammotest positif) est bien au delà des normes européennes acceptables (<7 % initial et <5 % subséquent) (tableau 6-15) ; le taux de rappel pour mammotest positif est dans la norme acceptable en 2008-2009 pour les mammotests initiaux et subséquents (voir figures 6-05 et 6-06).

Le taux de détection diminue et assez logiquement, la valeur prédictive également. La proportion de cancers invasifs augmente au fur et à mesure des années.

Tableau 6-15	Indicateurs de suivi, Bruxelles, 2006 à 2009			
	2006	2007	2008	2009
Taux de rappel toutes causes *	10,8 %	11,2 %	10,8 %	12,4 %
Taux de rappel (MMT+)	4,6 %	4,7 %	5,3 %	5,8 %
Taux de détection (ajusté**)	9,5 ‰	8,0 ‰	7,3 ‰	6,3 ‰
Proportion d'invasifs (ajustée**)	74,2 %	81,3 %	89,2 %	88,5 %
Proportion ≤10mm parmi invasifs (ajustée**)		58,3 %	29,0 %	40,0 %
Proportion de ganglions (-) parmi invasifs (ajustée**)		87,5 %	69,7 %	65,2 %
Valeur prédictive positive (ajustée**)	20,8 %	16,8 %	13,8 %	10,8 %

* femmes rappelées pour mammotest ininterprétable, seins denses ou mammotest positif
 ** valeurs ajustées : les valeurs non déterminées ne sont pas prises en compte au dénominateur
 Sources : Brumammo, Observatoire de la Santé et du Social, 2011

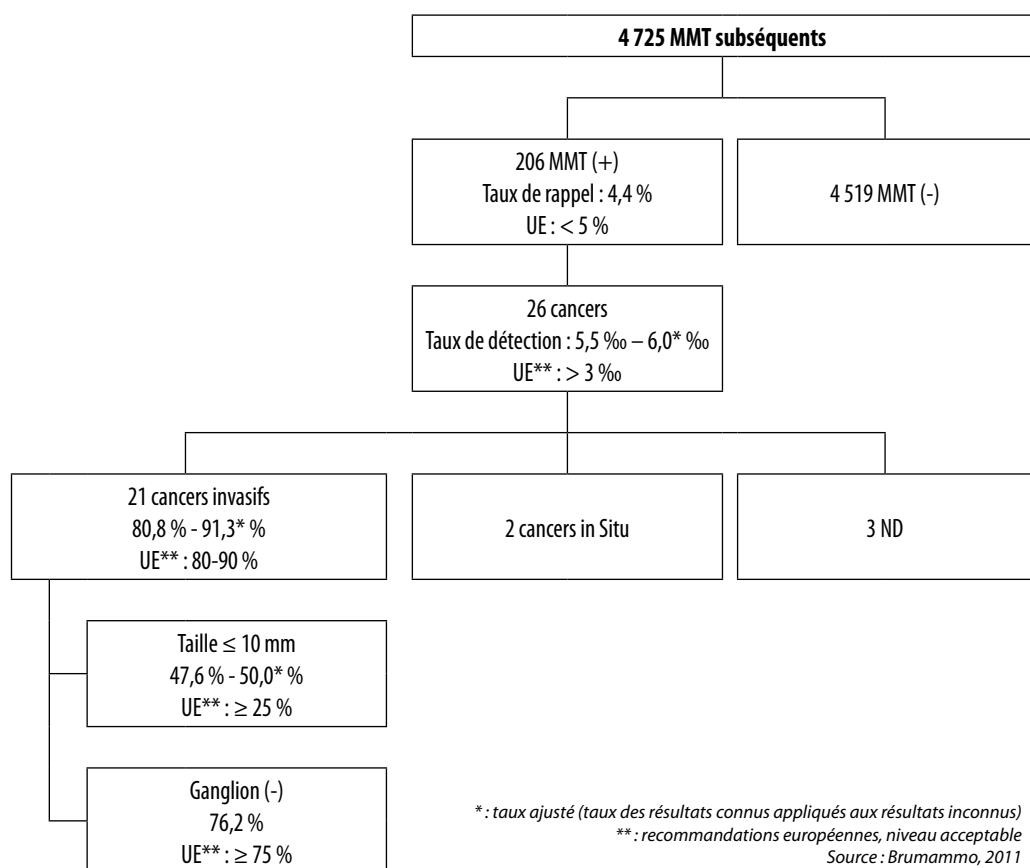
Figure 6-05 Indicateurs de suivi, mammotest initiaux, Bruxelles, 2008-2009



* : taux ajusté (taux des résultats connus appliqués aux résultats inconnus)
 ** : recommandations européennes, niveau acceptable
 Source : Brumammo, 2011

Figure 6-06

Indicateurs de suivi, mammothest subséquents, Bruxelles, 2008-2009



À titre indicatif, nous indiquons ci-dessous quelques indicateurs des programmes wallon et flamand mais un réel tableau comparatif n'est pas encore possible, faute de disposer des mêmes années. C'est à cette tâche que s'attellera entre autre le groupe de travail technique de la Conférence Interministérielle Santé dédié au dépistage (et de façon plus large à une standardisation de l'évaluation des programmes de dépistage).

Wallonie, 2007-2010

Sur 30 876 mammothests initiaux effectués, 4 873 femmes sont rappelées pour des examens complémentaires ce qui représente un taux de rappel de 16 %^[9] ; 249 cancers sont détectés (taux de détection de 8 ‰) parmi lesquels 85 % sont invasifs (dont 30 % ≤10mm et 69 % ganglions (-)). En ce qui concerne les 36 606 mammothests subséquents, 4 023 femmes sont rappelées (taux de rappel de 11 %) ; 243 cancers sont détectés (taux de détection de 7 ‰) parmi lesquels 85 % sont invasifs (dont 37 % ≤10mm et 77 % ganglions (-)). (communication personnelle Anne Vandenbroucke, octobre 2011)

Flandre, 2009

Pour les mammothests initiaux, le taux de rappel est de 6,5 % et le taux de détection 5,8 ‰. 79,8 % des tumeurs détectées sont invasives dont 24,0 % ≤10mm. Pour les mammothests subséquents, le taux de rappel est de 2,9 % et le taux de détection est de 4,7 ‰. 83,3 % des tumeurs détectées sont invasives dont 31,0 % ≤10mm. (communication Guido Van Hal, Consortium, 2012 et (1))

9 En Wallonie, comme à Bruxelles, il existe des rappels pour sein denses, ce qui augmente le taux de rappel.

Bien sûr, ce mode d'analyse ne nous indique rien sur les femmes qui ont reçu un résultat négatif et qui ont par la suite développé un cancer. Afin de déterminer les faux négatifs, les cancers d'intervalle et de préciser le stade des lésions, un couplage est nécessaire avec les données du Registre du Cancer. Ce travail est actuellement en cours et les résultats seront intégrés au présent rapport dès qu'ils seront disponibles.

(résultats à paraître)

Références

- (1) 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 2009, 2010
- (2) De Foy T., Candeur M., Vandenbroucke A., Programme de dépistage du cancer du sein en Communauté française, Santé en communauté française n°7, Direction Générale de la Santé, septembre 2011
- (3) 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
- (4) Burrion J.-B., Suivi des mammothèses positifs – Années 2008-2009 – Brumammo, mai 2011
- (5) Mazina D., Deguerry M., De Spiegelaere M., Verduyck P., Roesems T., Deuxième rapport d'évaluation du programme de dépistage du cancer du sein en Région bruxelloise (Périodes : 2003-2004 et 2005-2006), Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Commission communautaire commune, 2008

7. Conclusions

Ce troisième rapport fait le point après 8 années de dépistage organisé du programme bruxellois.

Depuis le début du programme, de nombreuses avancées ont eu lieu

- Suite à une nette amélioration du fichier reçu de la BCSS, la quasi-totalité de la population cible est invitée ;
- Brumammo effectue de façon systématique le suivi de la qualité des unités radiologiques, tant au niveau du contrôle du matériel que de l'analyse de l'activité des lecteurs (envoi régulier d'un feedback individuel) ;
- Les résultats des mammothests parviennent plus rapidement aux unités radiologiques: en 2010, 50 % des résultats sont envoyés dans les 10 jours (15 jours en 2003) ;
- Brumammo procède régulièrement à une analyse rétrospective des cas de cancer détectés ;
- L'assemblée générale de Brumammo s'est élargie aux médecins référents (généralistes et gynécologues) ainsi qu'à la Fondation contre le cancer et au Registre du Cancer.

D'autres initiatives sont encore en cours

En vue d'améliorer la participation des femmes bruxelloises au programme :

- Les acteurs bruxellois, et en particulier ceux du secteur de la promotion de la santé, travaillent sur des démarches pouvant améliorer la participation des femmes bruxelloises au dépistage ;
- L'Agence Inter Mutualiste et les acteurs belges du dépistage du cancer du sein étudient les données de remboursement afin de déterminer les caractéristiques des femmes non dépistées ;
- Les acteurs bruxellois du dépistage du cancer du sein ont élaboré 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*. Ce plan doit encore être opérationnalisé.

En vue de poursuivre l'amélioration de la qualité des dépistages :

Brumammo a mis en route une gestion numérique des images radiographiques, des données administratives et des protocoles de lecture ; la finalisation de ce projet ne pourra se faire que moyennant des ressources supplémentaires.

En vue d'améliorer globalement le programme sur base d'une évaluation du processus et des résultats du dépistage :

- Une méthodologie de couplage des données enregistrées par Brumammo avec les données d'incidence du Registre du Cancer a été définie, afin d'étudier, comme dans les autres régions, la performance du dépistage et d'identifier les cancers d'intervalle ;
- Brumammo et l'Observatoire participent à un groupe de travail technique coordonné par le Centre du cancer, où s'effectue un partage des pratiques et des données entre notamment les centres de référence des trois communautés.

Des défis restent cependant à relever

En collaboration avec les deux autres communautés et le niveau fédéral :

- Les sociétés/autorités scientifiques médicales devront se mettre d'accord pour délivrer aux professionnels de santé un message clair en accord avec les derniers articles scientifiques publiés et les rapports du KCE. Ceci devrait permettre d'élaborer une base d'information objective pour la communication aux femmes du groupe cible ;
- Le groupe technique cité plus haut devra élaborer un canevas commun d'évaluation des programmes, tout en respectant les spécificités de chacun ;
- L'ensemble des acteurs concernés devra se pencher activement sur les moyens de réduire les inégalités d'accès au dépistage. La première ligne de soins pourrait jouer ici un rôle privilégié (favoriser la fidélisation à un médecin généraliste, DMG+, etc.).

Au niveau bruxellois :

- Les décideurs et acteurs bruxellois devront opérationnaliser au plus vite le *Plan stratégique pour l'information et la sensibilisation* et clarifier la structure qui aura pour mandat de coordonner les actions d'information et de promotion de la santé en Région bruxelloise ;
- Sur base des éléments déjà rassemblés et les initiatives en cours, les différents partenaires bruxellois devront identifier et activer les leviers bruxellois favorisant la participation des femmes non dépistées et la réduction des inégalités d'accès ;
- La standardisation de la qualité du travail des unités radiologiques participantes devra se poursuivre via le dialogue régulier avec Brumammo ;
- Le programme bruxellois devra renforcer le dialogue avec les médecins généralistes et gynécologues pour augmenter leur implication dans le programme.

En conclusion,

des efforts significatifs ont été faits et de nombreuses avancées ont eu lieu depuis le début du programme. Seules la responsabilisation et la volonté conjointe de tous les acteurs permettront à ce programme de participer à la réduction de la mortalité par cancer du sein et d'améliorer la qualité de vie des femmes qui en souffrent grâce à une prise en charge plus précoce.

8. Repères méthodologiques

Coefficient Kappa

Le test du Kappa de Cohen mesure l'accord entre 2 observateurs lors d'un codage qualitatif en catégories.

Le coefficient Kappa exprime ici une différence relative entre la proportion d'accord observée entre les 2 lecteurs et la proportion d'accord dû au hasard.

Il varie entre -1 et +1. La valeur +1 indique une concordance parfaite, la valeur 0 indique que la concordance n'est pas meilleure que celle obtenue par hasard et la valeur -1 indique une discordance totale entre les deux observateurs. Il n'existe pas de règle fixant une valeur au dessus de laquelle la concordance est jugée bonne et en dessous de laquelle elle est jugée mauvaise.

Risque relatif

Le Risque Relatif (RR) est un rapport de deux risques calculés à partir des proportions relatives à la survenue (ou la présence) d'un événement. Il mesure la différence de risque entre deux groupes où l'événement a été mesuré. Un RR de 1 signifie que les risques sont les mêmes dans les deux groupes. Un RR supérieur à 1 signifie que le risque de survenue de l'événement dans l'un des deux groupes est 2, 3, ... fois plus élevé que dans le groupe de comparaison. Inversement, un RR inférieur à 1 signifie que le risque de survenue de l'événement dans l'un des deux groupes est inférieur à celui du groupe à comparer.

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. On obtient ainsi des taux standardisés (ou ajustés) ou des rapports standardisés, selon la méthode utilisée (ex : Rapport de Mortalités Standardisées ou Mortality Standardized Rate (SMR)).

Dans ce rapport c'est la standardisation directe qui est utilisée.

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.

Standardisation indirecte : La standardisation indirecte diffère de la standardisation directe dans sa méthode et dans son interprétation. Au lieu d'utiliser la structure de la population standard, on utilise ses taux spécifiques et on les applique aux populations à comparer, que l'on a tout d'abord stratifiées selon la variable à contrôler (âge, etc.).

De cette façon, on obtient le total de cas attendus. Le rapport **standardisé** (ex : SMR) est alors calculé en divisant le total de cas observés par le total de cas attendus. Ce rapport permet de comparer chaque population à la population standard.

D'une part, un SMR plus élevé que 1, indique que le risque de mourir dans la population observée est plus élevé que ce à quoi l'on s'attendrait si elle était exposée au même risque que dans la population standard.

D'autre part, un SMR plus petit que 1, indique que le risque de mourir est inférieur dans la population observée que ce à quoi l'on s'attendrait dans la population de référence.

Taux de mortalité

C'est le rapport, pour une période donnée, du nombre de décès dans une population donnée à l'effectif de cette population en milieu de période. Il s'exprime en nombre de décès pour 1000 habitants et par année.

Les sources sont, pour le numérateur : le fichier des décès, constitué à partir des bulletins statistiques de décès, et pour le dénominateur les effectifs de population fournis par l'Institut National de Statistique.

Le **taux de mortalité par cause** est calculé en divisant le nombre de décès liés à une cause donnée au cours de la période étudiée par le nombre de personnes dans la population en milieu de période. Il s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants.

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

9. Glossaire

Cancer d'intervalle

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

Coefficient Kappa

Le coefficient Kappa est la différence entre la concordance réellement observée et la concordance attendue par le hasard.

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

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

Femmes cibles (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

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

Femmes participantes

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

Mammographie diagnostique

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

Mammotest

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

Mammotest négatif

Examen ne présentant pas d'anomalie.

Mammotest positif

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

Médecin référent

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

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 mammothests en cas de divergence d'opinion entre le premier et le deuxième lecteur.

Round

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

Taux de couverture

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

Taux de détection

Nombre de cancers confirmés détectés dans un round de dépistage pour 1000 femmes ayant passé un mammothest.

Taux d'incidence de cancer du sein

Nombre de nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués pendant une période donnée sur le nombre de personnes éligibles pendant cette même période.

Taux 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 mammothest.

Taux de mortalité par cancer du sein

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

Unité de mammographie agréée

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

Valeur prédictive positive

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

10. Annexes

Annexe 10-01

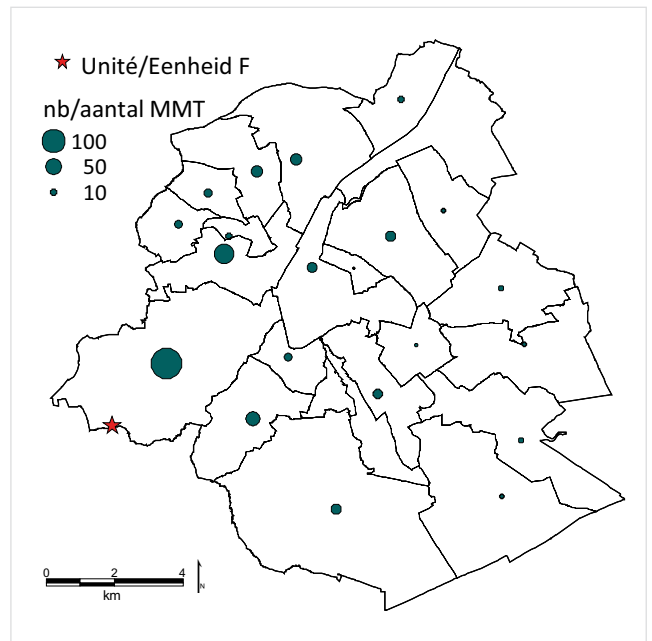
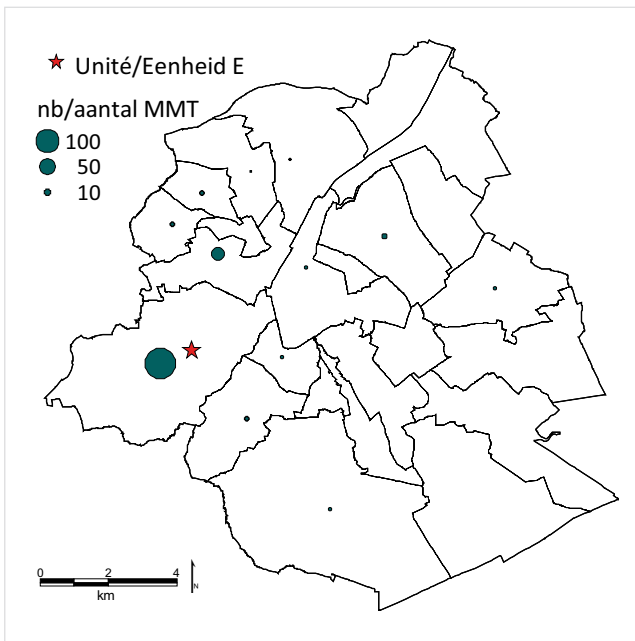
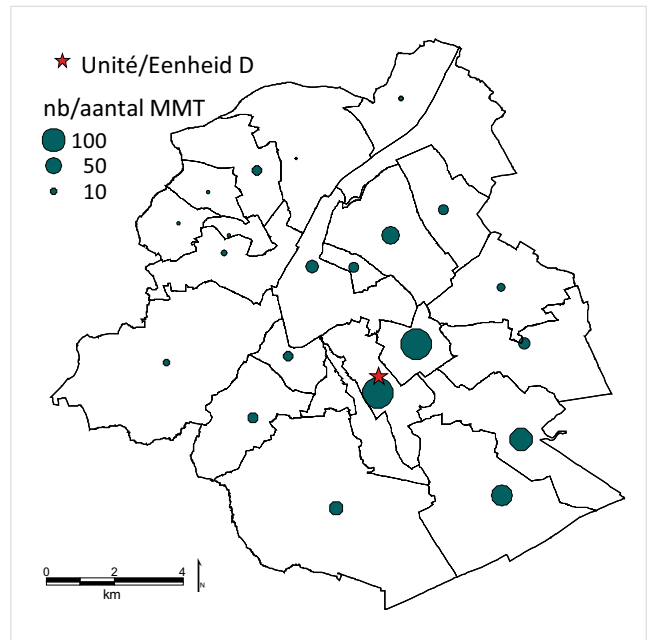
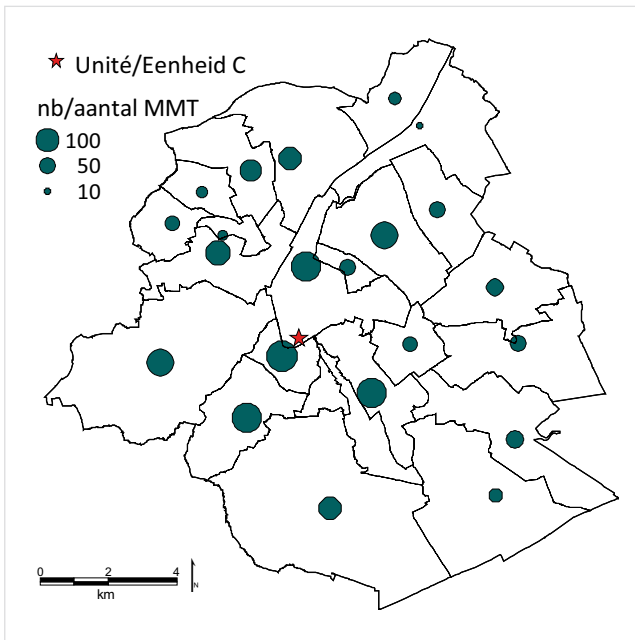
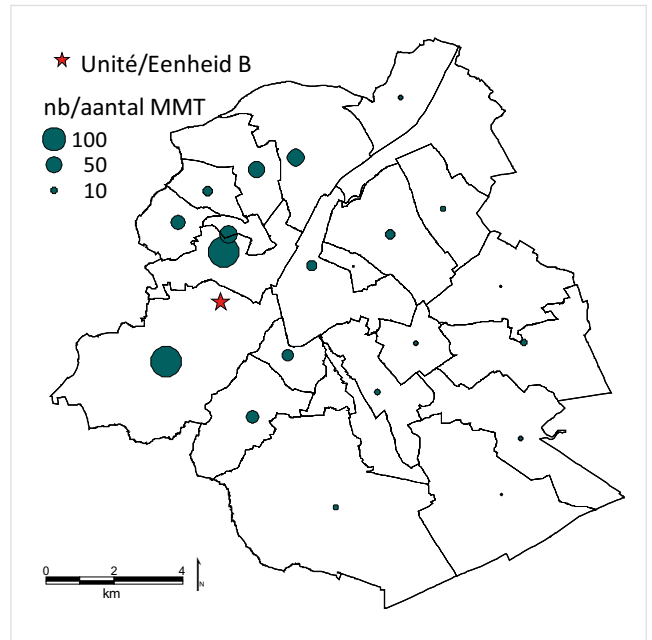
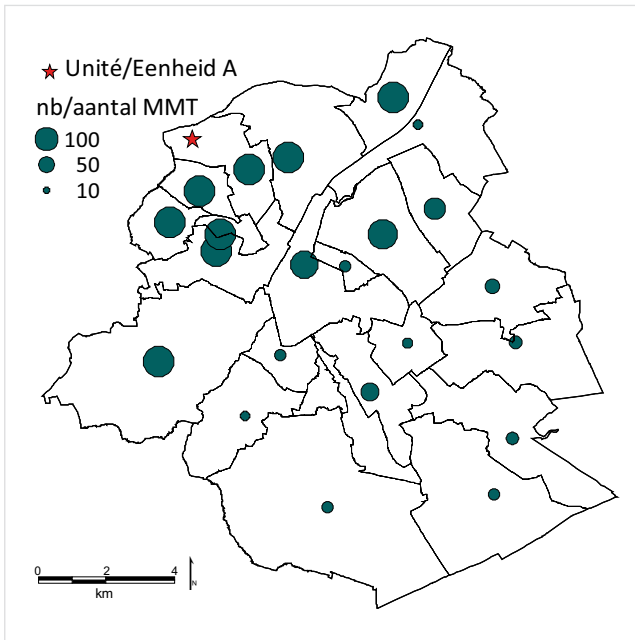
Nombre et moyennes mensuelles de mammothests réalisés par des Bruxelloises par les unités de radiologie agréées bruxelloises, 2003 à 2010 (au prorata des mois d'ouvertures et à l'exclusion des unités ouvertes fin 2010)

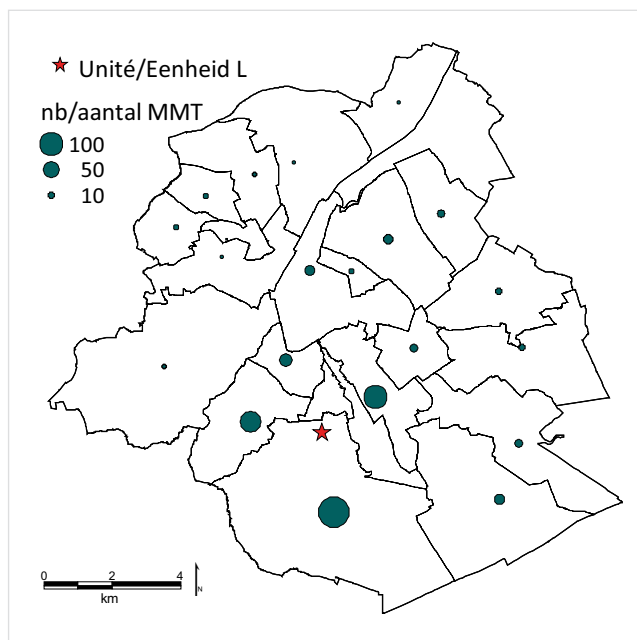
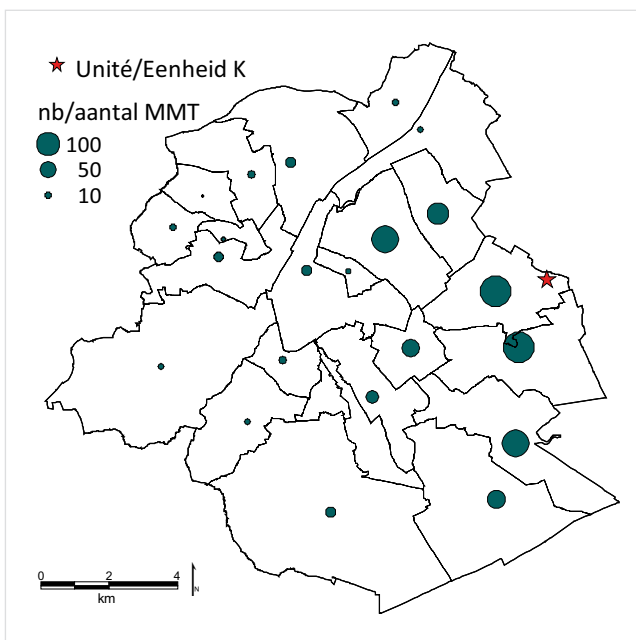
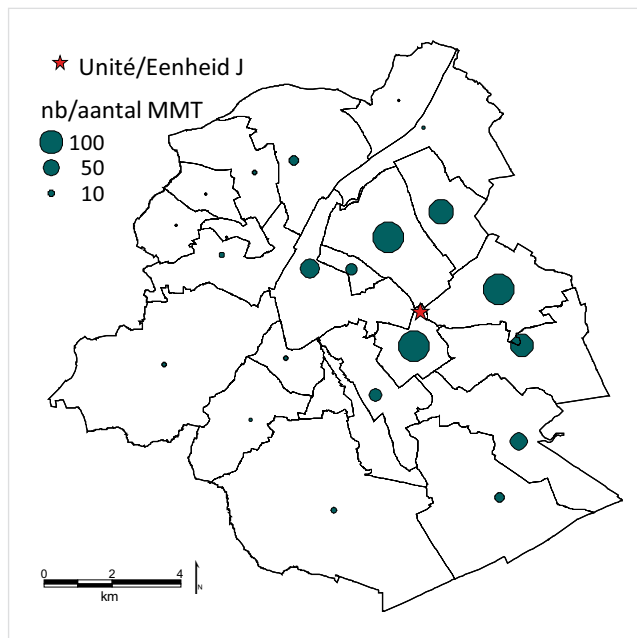
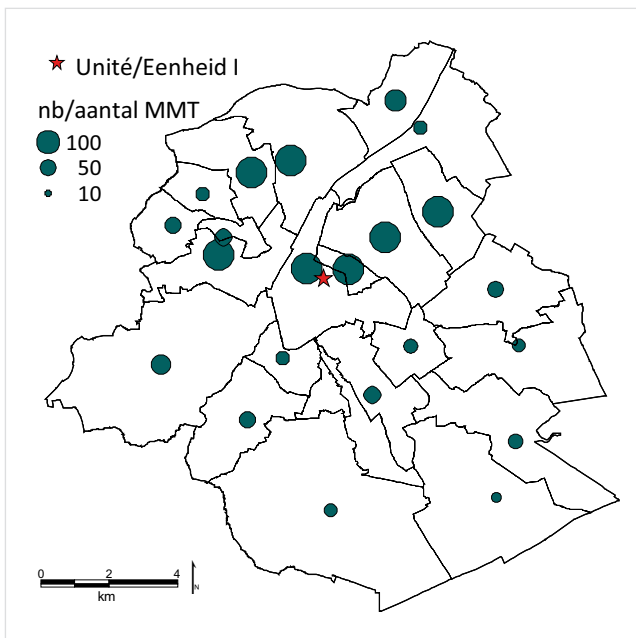
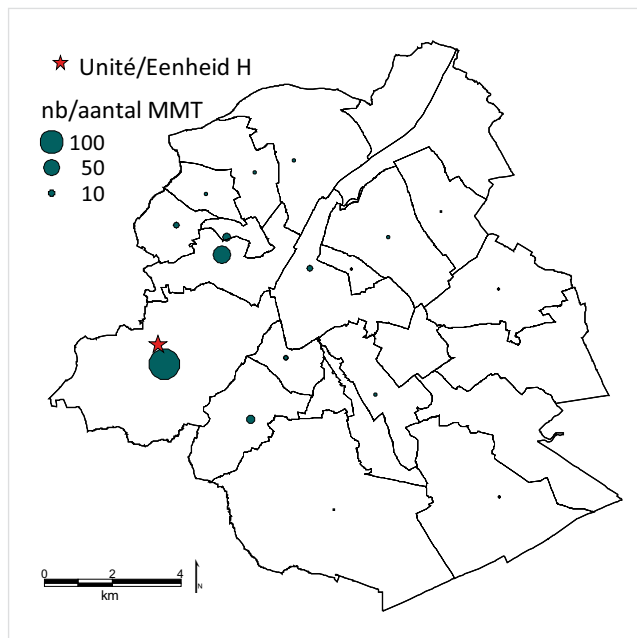
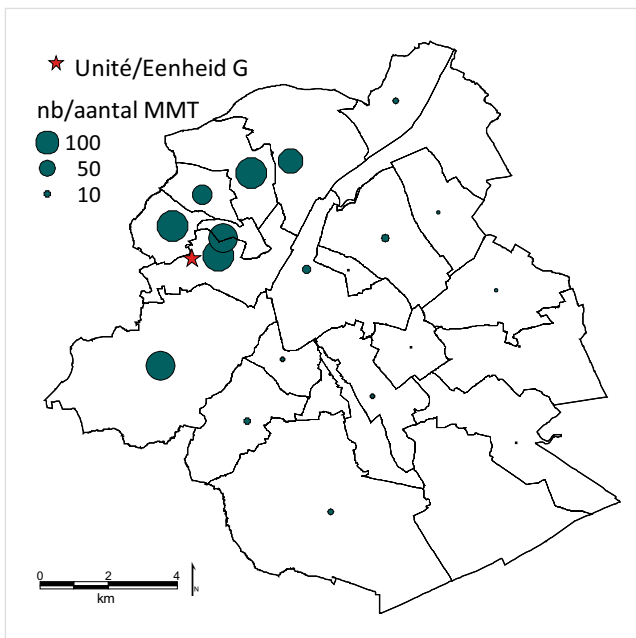
Code postal	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2003-2004	2009-2010	Moyenne mensuelle 2003-2004	Moyenne mensuelle 2009-2010	Évolution en %*
1090	480	636	572	837	750	815	704	736	1116	1440	46,5	60,0	29,0
1070	97	146	150	311	238	297	315	355	243	670	10,1	27,9	175,7
1000	234	187	143	129	230	255	263	382	421	645	17,5	26,9	53,2
1050	101	106	145	133	212	225	208	254	207	462	8,6	19,3	123,2
1070	51	72	49	87	65	98	65	58	123	123	5,1	5,1	0,0
1070	48	70	69	156	40	3	107	178	118	285	4,9	11,9	141,5
1080	111	195	230	323	292	355	362	369	306	731	12,8	30,5	138,9
1070	47	84	103	138	158	200	182	215	131	397	5,5	16,5	203,1
1000	226	348	330	506	481	669	680	807	574	1487	23,9	62,0	159,1
1040	82	126	69	7	134	206	260	269	208	529	8,7	22,0	154,3
1190	91	174	175	310	230	244			265		11,0		
1082	22	41	32	78	86	21			63		2,6		
1200	227	213	190	233	185	206		123	440	123	18,3	10,3	-44,1
1180	32	36	53	85	90	124	122	83	68	205	2,8	10,3	261,8
1180	8								8				
1150							37	101		138		6,0	
1170	30	87	71	96	91	98	101	43	117	144	4,9	8,7	79,0
1070	6	18	15	34	31	35	11		24	11	1,0		
1200	52	70	77	191	187	212	187	67	122	254	5,1	15,4	202,8
1050	18	40	30	44	34	21			58		2,4		
1180	39	52	65	92	106	125	170	130	91	300	3,8	12,5	229,7
1180	64	66	60	132	138	187	176	273	130	449	5,4	18,7	245,4
1180	20	18							38				
1150						5	77	73		150		6,3	
1000	64	81	91	108	221	353	328	383	145	711	6,0	29,6	390,3
1000	42	57	62	145	91			35	99	35	4,1	2,9	-29,3
1030	59	100	148	240	189	237	230	237	159	467	6,6	19,5	193,7
1040	47	110	99	183	147	154	157	145	157	302	6,5	12,6	92,4
1000	6	16	23	20		44	55		22	55	0,9	4,6	
1200	45	111	141	145	152	183	175	220	156	395	6,5	16,5	153,2
1210		22	14	59	9				22		0,9		
1180	7	19	21	28	17	30	38	37	26	75	1,1	3,1	188,5
1083	3	77	71	164	135	190	183	221	80	404	4,1	16,8	310,3
1190		17	21	35	23	39	35	48	17	83	1,1	3,5	205,1
1030							59	194		253		25,3	
1020								154		154		10,3	

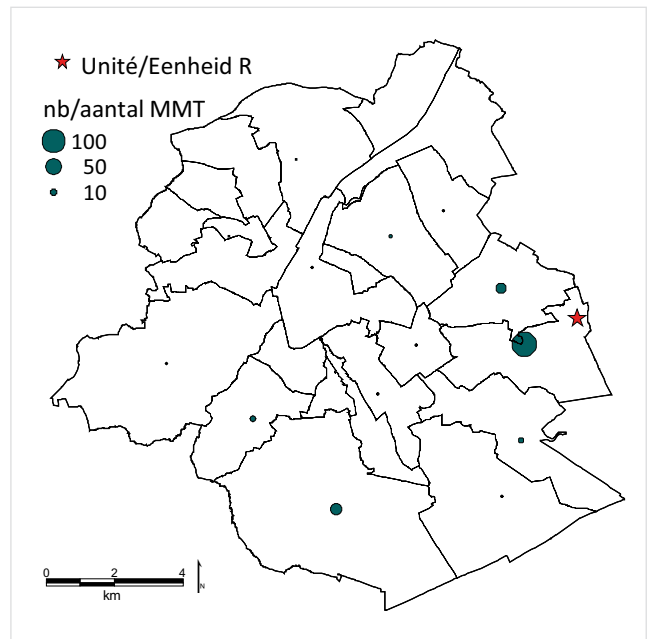
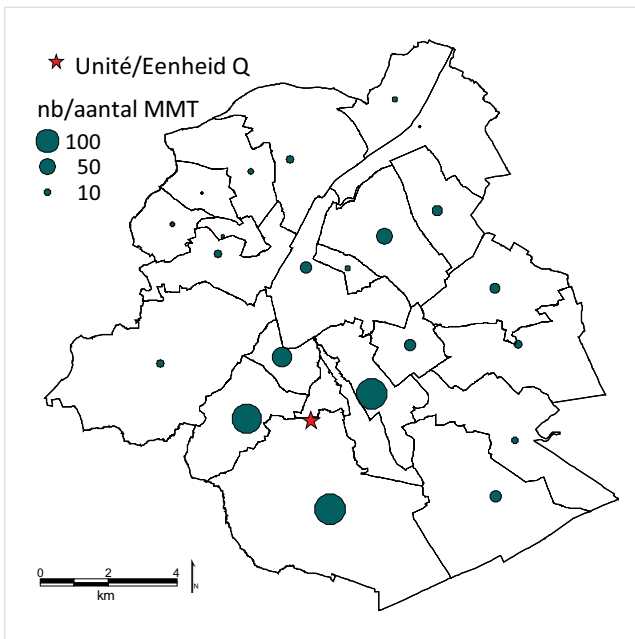
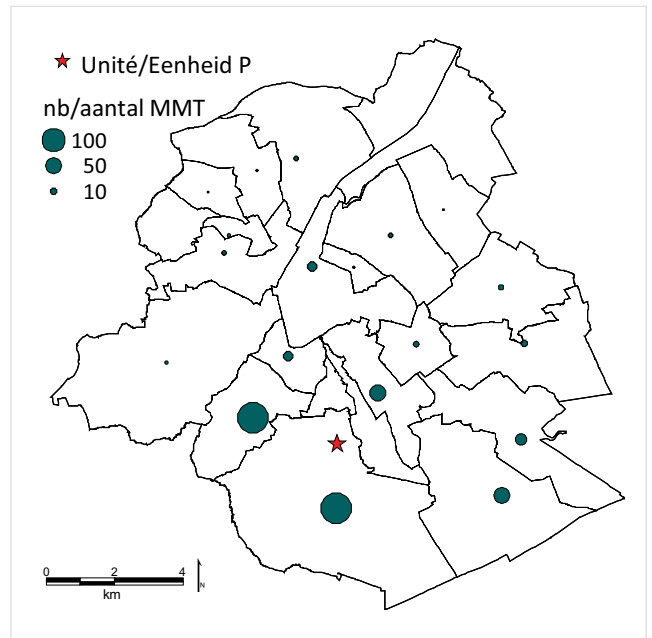
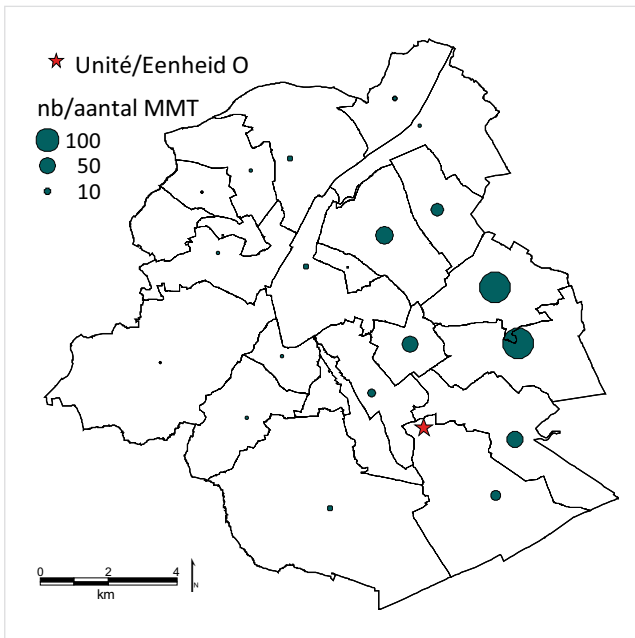
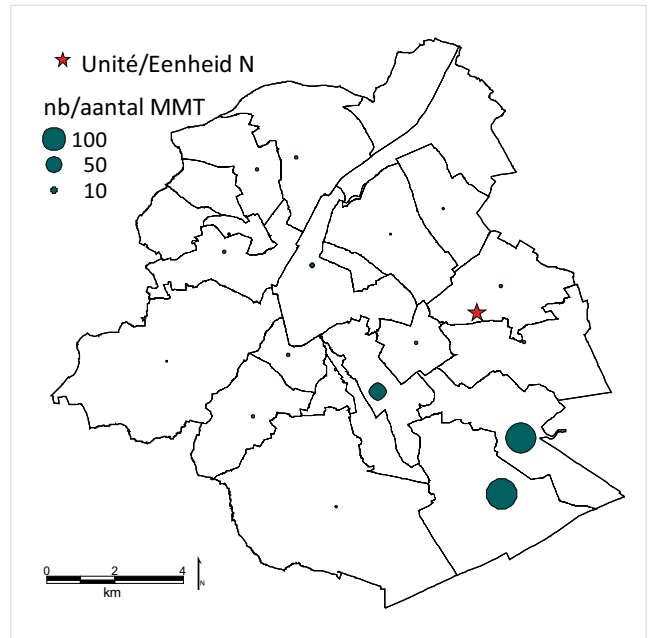
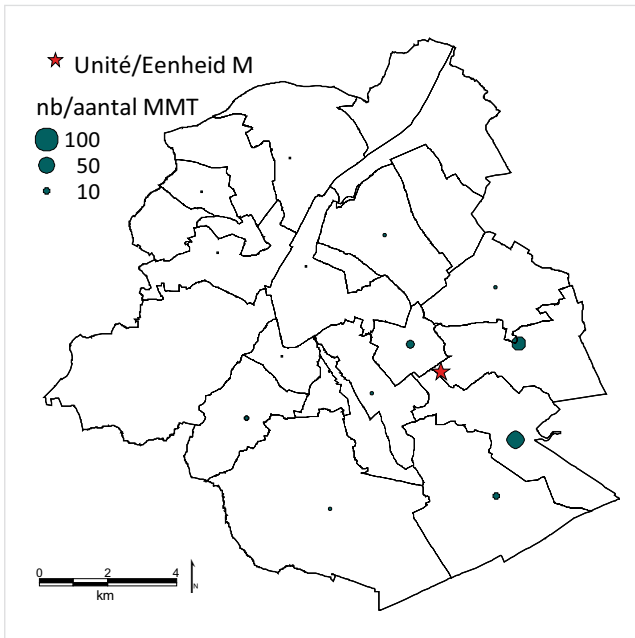
* Evolution= (Round 2009/2010 – Round 2003/2004) / Round 2003/2004 * 100

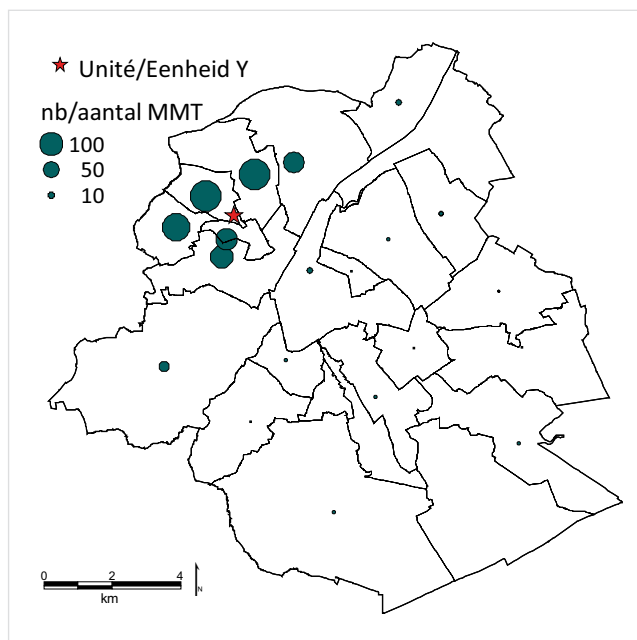
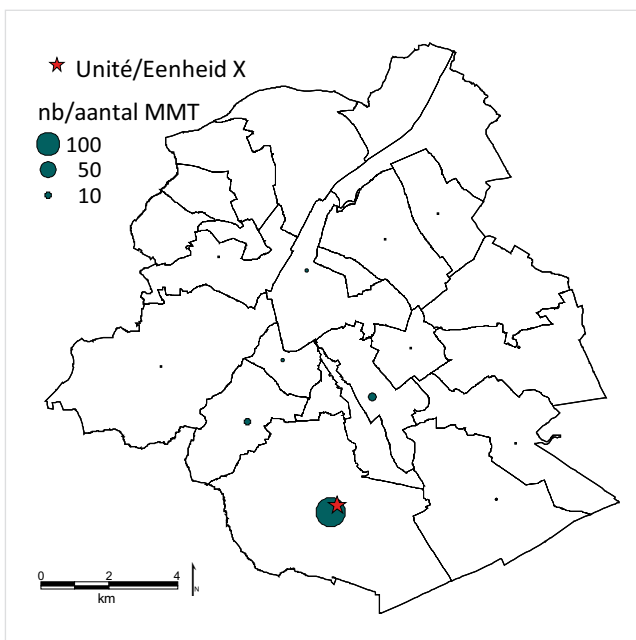
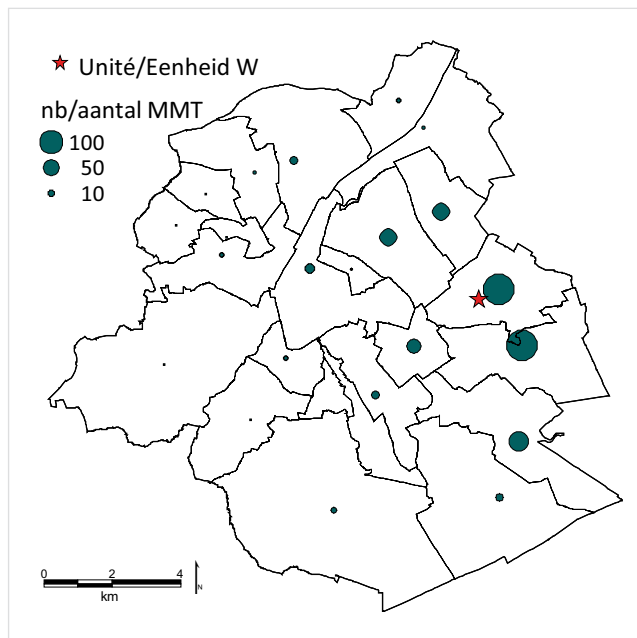
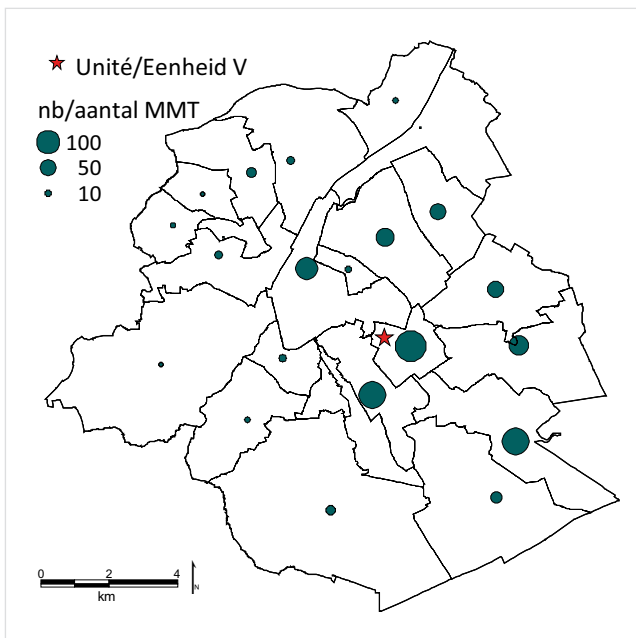
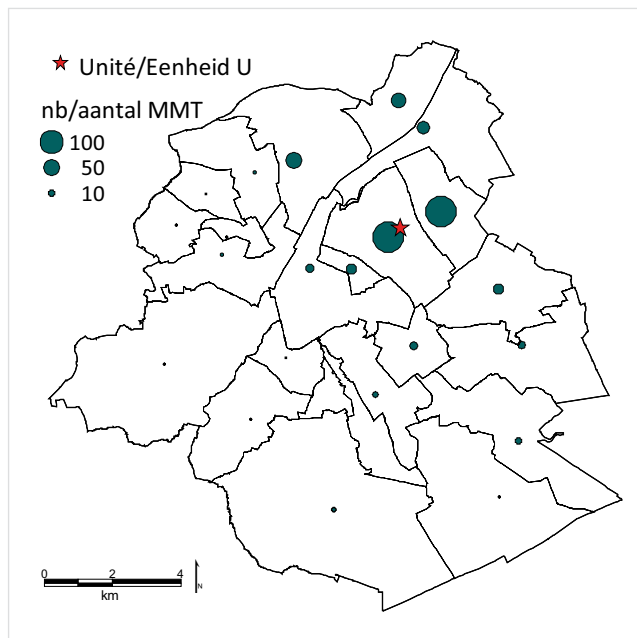
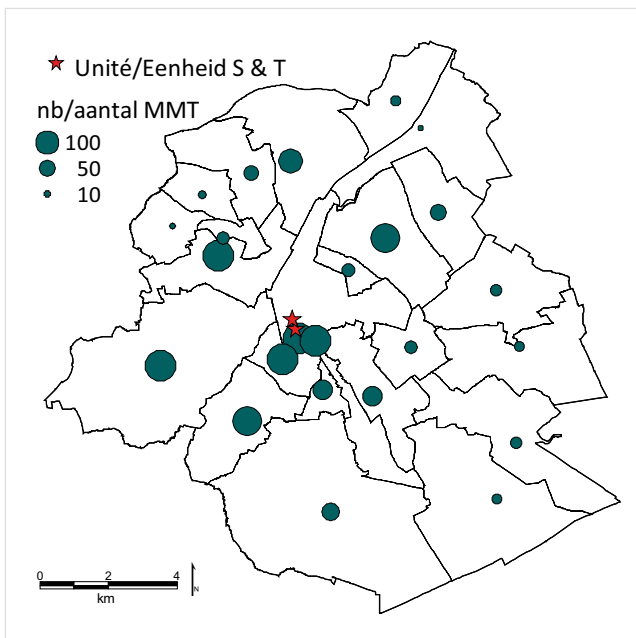
IDENTIFICATION DES UNITÉS :

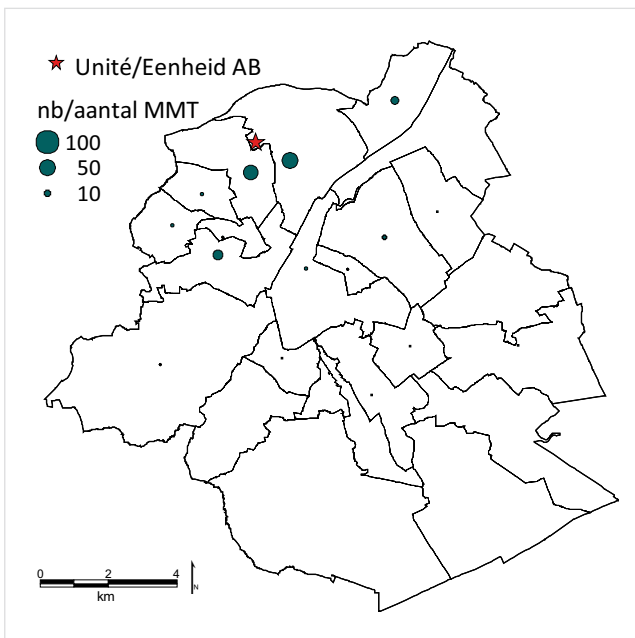
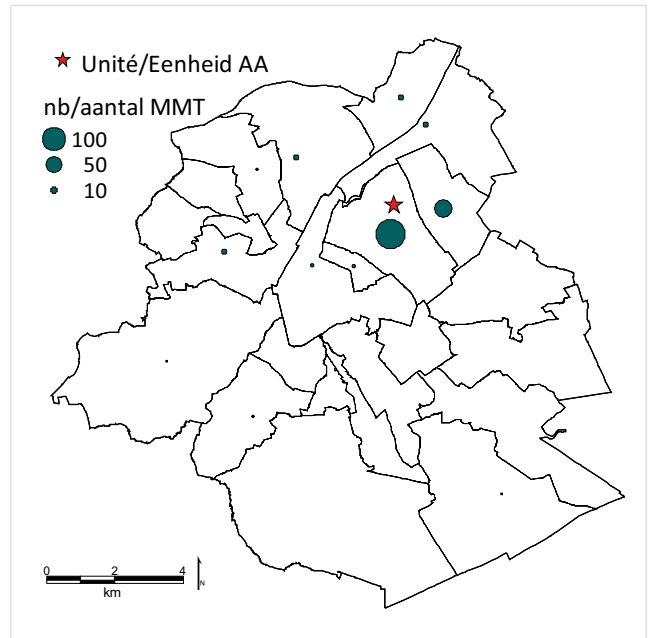
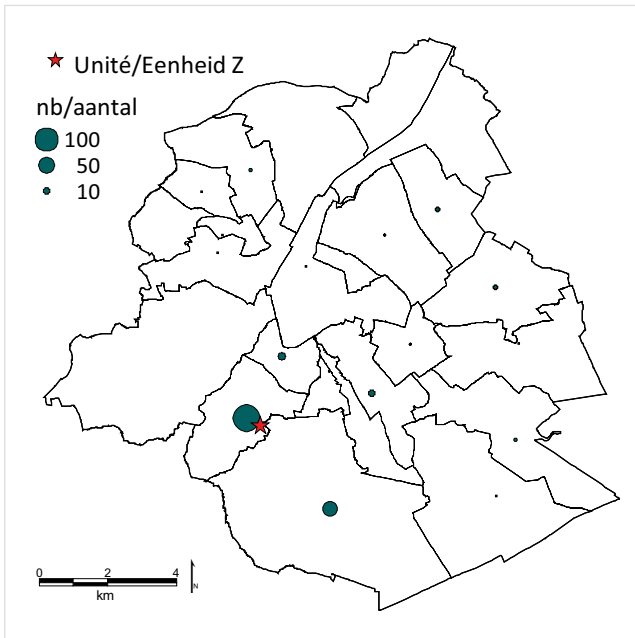
A	Universitair Ziekenhuis Brussel
B	Clinique Ste-Anne St-Remi
C	Institut Jules Bordet
D	Hôpitaux IRI's Sud - Site du CH Etterbeek Ixelles
E	Centre Radiologique - Dr. Tréfois
F	Hôpital Erasme - département de sénologie
G	Cabinet de Radiologie du Dr. Bersou
H	Hôpitaux IRIS Sud - Site du CH Bracops
I	Clinique St-Jean - Clinique du Sein
J	Cliniques de l'Europe - St. Michel
K	Centre d'Imagerie de la Femme de l'UCL
L	Brussels Menopause Center
M	Centre Médical du Chant d'Oiseau
N	Cabinet de Mammographie et d'Echographie du Dr. J.-J. Borremans
O	Centre d'Imagerie Médicale de l'Avenue de Broqueville
P	Cliniques de l'Europe - St. Elisabeth
Q	CHIREC - Clinique Edith Cavell
R	Centre de Stockel
S	CHU Saint-Pierre - site Porte d'Halle
T	CHU Saint Pierre - site César de Paeppe
U	CHIREC - Centre Médical Europe-Lambermont
V	CHIREC - clinique du parc Léopold
W	Centre d'Imagerie Médicale du Sein
X	Centre Privé de radiodiagnostic SPRL
Y	CHIREC - Clinique de la Basilique
Z	Centre HUBREZ - Dr. Spiegl
AA	CHU Brugmann - Clinique du sein ATOSSA site Brien
AB	CHU Brugmann - Clinique du sein ATOSSA site Horta













Les dossiers de l'Observatoire

Ce troisième rapport d'évaluation permet de faire le point sur 8 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 le début du programme, 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 :
“Derde evaluatierapport van het georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest (2003-2010)”