

Programme de Dépistage du Cancer du Sein

Comparaison du troisième tour
(2007-2008) et du quatrième tour (2009-2010)

Rapport numéro 8 de l'Agence Intermutualiste

Septembre 2014

Agence Intermutualiste
Avenue de Tervueren, 188/A
1150 Bruxelles
www.aim-ima.be

Ce rapport a été réalisé par :

Valérie Fabri	valerie.fabri@mutsoc.be
Agnès Leclercq	agnes.leclercq@mloz.be
Michel Boutsen	michel.boutsen@mutsoc.be

Dans cette version PDF les résultats sont présentés au niveau du pays et des régions.
Les indicateurs au niveau de détail de l'arrondissement et de la commune fusionnée sont disponibles sur demande auprès de valerie.fabri@mutsoc.be ou sur le site internet de l'Agence Intermutualiste : www.aim-ima.be.

Table des matières

I. Contexte.....	4
II. Matériel et méthode.....	5
<i>II.1. Description des données.....</i>	<i>5</i>
II.1.1. Origine et limitations des données	5
II.1.2. Prestations étudiées	5
II.1.3. Indicateurs socio-démographiques.....	7
II.1.4. Périodes étudiées	7
<i>II.2. Description de la population étudiée</i>	<i>8</i>
II.2.1. Population étudiée.....	8
II.2.2. Population éligible	10
II.2.3. Population éligible mais exclue	11
<i>II.3. Calcul de la couverture.....</i>	<i>13</i>
III. Résultats.....	14
<i>III.1. Description de la population étudiée : nombre de femmes et caractéristiques socio-démographiques.....</i>	<i>14</i>
<i>III.2. Nombre de femmes examinées par mammographie diagnostique et mammothest.....</i>	<i>16</i>
<i>III.3. Evaluation de la couverture.....</i>	<i>18</i>
III.3.1. Couverture par période de 2 ans	18
<i>III.4. Population nouvelle, régulière et perdue en 2009-2010</i>	<i>22</i>
III.4.1. Définitions.....	22
III.4.2. Résultats.....	24
<i>III.5. Suivi des femmes sur 10 ans : Analyse de survie (2002-2011)</i>	<i>27</i>
III.5.1. Introduction	27
III.5.2. Méthodologie	27
III.5.3. Résultats.....	28
III.5.4. Conclusion	31
<i>III.6. Paramètres qualitatifs du dépistage.....</i>	<i>32</i>
III.6.1. Examens d'imagerie sénologiques complémentaires après examen mammographique de référence	32
III.6.2. Délai entre l'examen mammographique de référence et les examens sénologiques complémentaires	34
III.6.3. Examens mammographiques suivis d'une ponction/biopsie complémentaire	36
IV. Pistes pour l'amélioration de la participation.....	39
<i>IV.1 Contexte</i>	<i>39</i>
<i>IV.2 Actions.....</i>	<i>39</i>
V. Conclusion.....	43
<i>V. 1. Programme national de dépistage du cancer du sein : bilan après 10 ans de dépistage organisé</i>	<i>43</i>
<i>V.2. Participation au dépistage.....</i>	<i>43</i>
<i>V.3. Paramètres qualitatifs du dépistage.....</i>	<i>45</i>
<i>V.4. Remise en question de la balance bénéfiques – désavantages du dépistage organisé du cancer du sein... </i>	<i>46</i>
VI. Nomenclature	47
VII. Coût du dépistage	51
VIII. BIM Bénéficiaires de l'intervention majorée	52
IX. Bibliographie.....	52
<i>IX.1. Recommandations européennes</i>	<i>52</i>
<i>IX.2. Études</i>	<i>53</i>
<i>IX.3. Arrêtés royaux et protocoles.....</i>	<i>55</i>
<i>IX.4. Sites Internet des communautés.....</i>	<i>56</i>
X. Remerciements.....	56

I. CONTEXTE

En 1993, Les Communautés européennes publient le premier « European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening¹».

Il existe alors un consensus sur l'utilité d'un programme de dépistage systématique par mammographie chez les femmes asymptomatiques de 50 à 70 ans, pourvu qu'il s'accompagne d'un dispositif d'assurance qualité. Une couverture de 70% entraînerait une diminution de mortalité de 30%.

En 2001, la Belgique met sur pied un programme national de dépistage du cancer du sein qui donne l'occasion tous les deux ans, à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans, d'être dépistées gratuitement par un mammothest. Le mammothest répond aux normes de qualité de l'« Europe Contre le Cancer »: l'équipement est soumis à des contrôles stricts de qualité et le mammothest fait l'objet d'une deuxième lecture par un radiologue indépendant. Il est également recommandé de ne pas réaliser plus de 5% d'échographie (examen d'imagerie complémentaire).

Depuis son instauration, l'Agence Intermutualiste (AIM) rend compte de l'évolution du programme et l'a comparé à la situation avant programme. Elle étudie la participation au programme et son impact sur le dépistage opportuniste.

Dans ce huitième rapport de l'AIM, le quatrième tour du programme (période 2009-2010) sera comparé au troisième tour (période 2007-2008). Le recul de presque 10 années de programme permet aujourd'hui de mieux appréhender le comportement des femmes face au dépistage organisé ou opportuniste. Une analyse longitudinale de la population cible permet ainsi de nuancer les taux de fidélisation et de substitution du dépistage opportuniste au programme organisé et inversement. Une analyse de survie analyse également la fidélité à une filière de dépistage et permet de prendre en compte l'écart réel qui sépare deux examens mammographiques. Certains critères de qualité comme le pourcentage d'examens complémentaires, le pourcentage de biopsies et de tumorectomies et les délais associés sont également développés dans ce huitième rapport. Ce rapport décrit également deux études pilotes qui ont été réalisées dans le but d'améliorer la participation au programme de dépistage.

¹ European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, European Communities, 1993

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

II.1. Description des données

II.1.1. Origine et limitations des données

L'Agence Intermutualiste compile les données de l'ensemble des organismes assureurs. Ce rapport exploite deux types de données:

1. les données décrivant les femmes de la population cible : âge, sexe, statut social,
2. les données de facturation des soins de santé remboursés par l'INAMI. Ces prestations ont été réalisées entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2010 et facturées aux mutualités jusqu'en juin 2011.

Rappelons que ces données ne contiennent pas d'information médicale telle la plainte qui motive une prestation, le résultat d'un examen ou le diagnostic.

II.1.2. Prestations étudiées

Généralités

Les actes sénologiques -mammotest, mammographie 'diagnostique', échographie, IRM, ponction biopsie, exérèse, tumorectomie et mammectomies sont décrits au chapitre VI nomenclature.

Mammographies

Avant juin 2001, il n'existait dans la nomenclature des soins de santé qu'une seule dénomination pour la mammographie, qu'elle soit réalisée à des fins de diagnostic ou de dépistage.

Depuis le début du programme de dépistage, une distinction est faite entre:

- la mammographie 'diagnostique' (anciens codes de mammographie) qui devrait être réalisée dans un but de diagnostic ou de suivi de traitement, mais qui est le plus souvent effectuée dans le cadre d'un dépistage opportuniste:

450096 : mammographie d'un sein réalisée en ambulatoire chez un radiologue

461090 : mammographie d'un sein réalisée en ambulatoire chez un gynécologue

Afin d'approcher au mieux le dépistage opportuniste, nous avons choisi d'étudier les mammographies diagnostiques ambulatoires et de ne pas analyser les mammographies diagnostiques réalisées en hospitalier.

- la mammographie de dépistage ou mammothest (nouveau code depuis juin 2001):

450192-450203 : mammographie des deux seins (première lecture) dans le cadre d'un dépistage de masse organisé par une autorité ; il s'agit là des codes relatifs à la prestation réalisée soit en ambulatoire soit à l'hôpital,

450214-450225 : deuxième lecture du mammothest ; à nouveau, il s'agit là des codes relatifs à la prestation réalisée soit en ambulatoire soit à l'hôpital.

Pour rappel, les mammothests peuvent uniquement être effectués par des unités mammographiques agréées, soumises à un contrôle de qualité rigoureux et se doivent d'avoir une deuxième lecture.

Pour plus de clarté, on entend par mammographies 'diagnostiques' toutes les mammographies facturées sous les codes 450096 et 461090, quel que soit leur but (diagnostic ou dépistage), et par 'mammothests', les mammographies réalisées dans le cadre du programme de dépistage.

Enfin, dans ce rapport, un 'examen mammographique' renvoie à une/des mammographie(s) - d'un ou des deux seins - réalisée(s) chez une même femme à la même date lors d'une même consultation chez le radiologue ou le gynécologue.

Les données des mutualités ne reprenant que les prestations qui leur ont été facturées, les mammographies réalisées avant 2001 en Flandre et avant juin 2002 en Wallonie dans le cadre de programmes de dépistage locaux financés par les provinces, n'y sont pas reprises. Concrètement, il s'agit des initiatives menées dans les provinces du Limbourg, du Brabant flamand et de Liège.

Depuis juin 2001 en Flandre et juin 2002 en Wallonie, ces projets ont été intégrés dans le programme national de dépistage ; les provinces ont mis fin à leur financement. Pour calculer la couverture, nous n'avons pas intégré les chiffres de ces initiatives provinciales dans le nombre total de mammothests puisque nous ne disposons pas des caractéristiques socio-démographiques des femmes pour lesquelles ces mammographies ont été réalisées.

Examens sénologiques complémentaires

Les guidelines européens² donnent une série d'indicateurs de performance permettant de mesurer l'efficacité et le bon fonctionnement d'un programme de dépistage.

Un de ces indicateurs est le ratio examens d'imagerie médicale complémentaire (additional imaging)/mammographies.

Lorsque les mammographies sont correctement réalisées³ et lues, le nombre d'examens d'imagerie médicale complémentaire du sein - réalisés afin de compléter l'image radiographique -, ne devrait pas dépasser 1/20 mammographies (5%). Par examens d'imagerie médicale complémentaire du sein, nous entendons l'échographie, la mammographie « diagnostique » et l'examen IRM.

Un autre critère de qualité est le ratio biopsies bénignes/malignes (Benign /Malignant Biopsy) qui mesure le nombre de procédures invasives inutiles. En l'absence d'information diagnostique, nous donnons ici à titre indicatif la proportion de mammographies suivie d'une ponction ou d'une biopsie.

² European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening, European communities, 2006

³ Un mammothest répété pour problème technique, lié par exemple au positionnement, n'est pas compté comme examen complémentaire

Remarquons que la facturation par codes de nomenclature est très peu explicite quant au type de ponction ou biopsie pratiquée. Nous avons choisi les codes «Biopsie du sein» (227091-227102) et «Ponction du sein» (355670-355681), sous l'hypothèse que ceux-ci ne sont pas utilisés comme acte thérapeutique mais bien diagnostique.

Ces deux critères de qualité ont été évalués en étudiant le nombre d'examens sénologiques complémentaires exécutés dans un délai de 90 jours après une mammographie 'diagnostique' ou un mammothest - nommé(e) 'examen de référence'. Par examens sénologiques complémentaires, nous entendons l'échographie, la mammographie diagnostique suivant un mammothest et l'examen IRM du sein (additional imaging) ainsi que les ponctions et biopsies.

II.1.3. Indicateurs socio-démographiques

Nous pouvons décrire nos données de population à partir de différents indicateurs socio-démographiques:

- **l'âge par catégorie de 5 ans**, calculé en début de chacune des périodes ;
- **le lieu de résidence sur base du code INS⁴**, qui permet ainsi de décliner le lieu de résidence en différentes zones géographiques : région, province, arrondissement, commune fusionnée et logo. Bien que l'organisation du programme de dépistage du cancer du sein soit du ressort des Communautés, nous donnerons les résultats par région et province; Les données détaillées au niveau communal sont disponibles sur demande auprès de valerie.fabri@mutsoc.be ou www.aim-ima.be.
- **le régime de remboursement du titulaire⁵**. Par titulaire, nous entendons la femme même, si elle est professionnellement active, ou la personne dont elle est personne à charge, en général son conjoint.

Nous distinguons deux catégories : les membres bénéficiaires d'une intervention majorée de l'assurance maladie (BIM) et les autres (non-BIM). Les affiliées BIM sont des personnes précarisées qui bénéficient d'un remboursement plus important de leurs soins de santé et médicaments. Cf. annexe VIII.

II.1.4. Périodes étudiées

Dans ce huitième rapport, nous avons choisi d'étudier deux périodes de deux ans:

- **La période du 1er janvier 2007 au 31 décembre 2008**, appelée « troisième tour », correspond
 - au **quatrième tour partiel** en Flandre, — le programme ayant débuté en juin 2001;
 - au **troisième tour complet** en Wallonie et à Bruxelles, — le programme ayant débuté en été 2002.

⁴ statbel.fgov.be/figures/d12_fr.asp

⁵ www.inami.fgov.be

- **La période du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2010**, appelée « quatrième tour », correspond
 - au **cinquième tour partiel** en Flandre ;
 - au **quatrième tour complet** en Wallonie et à Bruxelles.

II.2. Description de la population étudiée

II.2.1. Population étudiée

Selon les directives établies par *les European guidelines*⁶, **la population cible** d'un programme de dépistage du cancer du sein est constituée de toutes les femmes susceptibles de bénéficier du dépistage en fonction de leur âge. Dans la pratique, **la population éligible** pour ce programme comprend toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans, inscrites à l'assurance obligatoire maladie invalidité^{7 8}.

Théoriquement, le dépistage du cancer du sein ne devrait concerner que les femmes asymptomatiques et sans antécédents de pathologie mammaire.

Au niveau de l'AIM, il nous est impossible de faire la distinction entre les femmes asymptomatiques et les femmes symptomatiques puisque nous ne disposons d'aucune information diagnostique.

Ne disposant pas d'information sur les plaintes ou symptômes qui amèneraient la femme à consulter pour une mise au point et réaliser une mammographie diagnostique, nous avons précédemment fait l'exercice d'isoler les femmes qui avaient subi une chirurgie mammaire.

Pour approcher le nombre de femmes avec antécédent de chirurgie mammaire, nous avons estimé **le nombre de femmes ayant subi une chirurgie mammaire antérieure au dépistage (de 2002 à 2006) et celles qui avaient réalisé une mammographie diagnostique pour un seul sein (en 2006-2007)**.

Nous avons fait l'exercice parmi les femmes qui ont subi, au moins, une mammographie diagnostique d'un ou deux seins en 2006 ou/et 2007.

3,8% de ces femmes n'ont fait une mammographie que d'un seul sein.

5,6% ont des antécédents de chirurgie mammaire maligne ou bénigne.

Nous pouvons en conclure qu'au moins 9,4% des mammographies diagnostiques ont été réalisées chez des femmes qui présentaient des antécédents de chirurgie mammaire.

Nous avons alors mesuré la couverture en excluant les femmes avec antécédents de chirurgie mammaire et nous l'avons comparée avec la couverture de la population étudiée en 2006-2007.

⁶ European guidelines for quality assurance in mammography screening, Fourth edition European communities, 2006

⁷ Avenant au protocole du 25 octobre 2000 visant une collaboration entre l'État fédéral et les Communautés en matière de dépistage du cancer du sein par mammographie et relatif à la transmission des données nécessaires à l'exécution, au suivi, et à l'évaluation du dépistage par mammographie du cancer du sein. Le 30 mai 2001, Conférence interministérielle Santé publique

⁸ Le programme de dépistage du cancer du sein Programme de la Communauté française en partenariat avec les provinces wallonnes ; D. Beghin, A. Vandenbroucke, A. charbonnier, V Fabri ; Mars 2004

Table 1 : Couvertures de dépistage 2006-2007 pour la population étudiée avec et sans antécédent de chirurgie mammaire.

Période 2006-2007	Population étudiée	Population étudiée "sans antécédents de chirurgie"
Couverture Totale Belgique	61%	60%
Région Flamande	65%	64%
Région Bruxelles Cap.	54%	52%
Région Wallonne	56%	55%
Couverture via mammotest Belgique	30%	31%
Région Flamande	44%	45%
Région Bruxelles Cap.	10%	10%
Région Wallonne	9%	9%
Couverture via mammographie diagnostique Belgique	31%	29%
Région Flamande	21%	19%
Région Bruxelles Cap.	44%	42%
Région Wallonne	47%	45%

La comparaison des couvertures des deux populations avec et sans antécédent montre très peu de différence.

Nous avons choisi dans ce rapport de garder dans la population étudiée les femmes avec antécédents de chirurgie mammaire.

La population étudiée dans ce rapport recouvre donc l'ensemble des femmes de 50 à 69 ans, affiliées à une mutualité (population éligible), sans égard à leurs antécédents de chirurgie mammaire.

La population utilisée comme dénominateur pour calculer les couvertures par période de deux ans est appelée **population étudiée**.

II.2.2. Population éligible

Table 2 : Population éligible par année, par période et province

Région	Province	2007-2008			2009-2010		
		Nbre de femmes éligibles la 1ère année de la période	Nbre de femmes éligibles la 2ème année de la période	Population éligible	Nbre de femmes éligibles la 1ère année de la période	Nbre de femmes éligibles la 2ème année de la période	Population éligible
Région indéterminée		23.022	23.022	25.512	20.082	20.084	20.952
Vlaams Gewest		760.468	771.144	805.627	784.871	796.329	831.109
	Antwerpen	207.548	210.936	220.171	214.949	218.506	227.800
	West-Vlaanderen	149.697	150.737	157.863	153.284	154.267	161.685
	Oost-Vlaanderen	172.884	175.105	182.975	177.707	180.139	188.158
	Limburg	100.276	102.098	106.555	104.848	106.676	111.160
	Vlaams Brabant	130.063	132.268	138.063	134.083	136.741	142.306
Région Bruxelles-Capitale		103.422	105.127	109.549	107.368	109.495	114.034
Région Wallonne		419.329	426.541	444.269	435.248	441.693	460.079
	Hainaut	160.844	163.750	170.476	166.641	169.118	175.984
	Liège	128.615	130.758	136.272	133.148	134.900	140.705
	Luxembourg	27.204	27.522	28.806	28.379	28.681	30.005
	Namur	56.419	57.239	59.736	58.636	59.584	62.061
	Brabant Wallon	46.247	47.272	48.979	48.444	49.410	51.324
Belgique		1.307.050	1.327.515	1.384.957	1.347.569	1.367.601	1.426.174

Depuis le lancement du programme, la **définition de la population éligible** s'est quelque peu modifiée. Outre l'introduction du mammothest pour les femmes hospitalisées, la définition de la catégorie d'âge éligible a, elle aussi, été remaniée : auparavant, chaque femme pouvait participer au programme de dépistage gratuit à partir du jour de ses 50 ans jusqu'au jour de ses 70 ans. Depuis mai 2003, la participation débute l'année de ses 50 ans jusqu'à l'année de ses 69 ans. La population éligible est donc un peu plus jeune.

Afin de pouvoir comparer les deux périodes, nous avons choisi de suivre la définition actuelle de la population éligible, ce quelle que soit la période.

Ainsi, la population éligible se compose de toutes les femmes belges entre 50 et 69 ans inscrites à l'assurance maladie obligatoire, et ce durant les périodes étudiées, de 2007-2008 et 2009-2010.

Population éligible selon le lieu (région, province, ...) : la localisation est attribuée à la femme selon le code INS de son lieu d'habitation.

II.2.3. Population éligible mais exclue

Table 3 : Nombre de femmes éligibles exclues par période et province

		2007-2008						
Région	Province	Population éligible en 2007 ou 2008	Population éligible 2 ans de suite	Femmes exclues car non éligibles 2 ans de suite *	Femmes décédées durant une année d'éligibilité	Femmes avec données manquantes	Total population exclue	Population étudiée
		(a)					(b)	(a-b)
Région indéterminée		25.512	23.022	2.490	103	12.277	25.512	0
Vlaams Gewest		805.627	725.985	79.642	7.906	722	80.259	725.368
	Antwerpen	220.171	198.313	21.858	2.225	224	22.055	198.116
	West-Vlaanderen	157.863	142.571	15.292	1.528	92	15.372	142.491
	Oost-Vlaanderen	182.975	165.014	17.961	1.852	121	18.052	164.923
	Limburg	106.555	95.819	10.736	985	108	10.834	95.721
	Vlaams Brabant	138.063	124.268	13.795	1.316	177	13.946	124.117
Région Bruxelles-Capitale		109.549	99.000	10.549	1.337	485	10.981	98.568
Région Wallonne		444.269	401.601	42.668	5.660	471	43.079	401.190
	Hainaut	170.476	154.118	16.358	2.314	138	16.476	154.000
	Liège	136.272	123.101	13.171	1.755	127	13.284	122.988
	Luxembourg	28.806	25.920	2.886	373	37	2.920	25.886
	Namur	59.736	53.922	5.814	769	69	5.873	53.863
	Brabant Wallon	48.979	44.540	4.439	449	100	4.526	44.453
Belgique		1.384.957	1.249.608	135.349	15.006	13.955	159.831	1.225.126
Pourcentage de la population éligible		100%	90%	10%	1%	1%	12%	88%

2009-2010

Région	Province	Femmes				Femmes avec données manquantes	Total population exclue	Population étudiée
		Population éligible en 2009 ou 2010	Population éligible 2 ans de suite	Femmes exclues car non éligibles 2 ans de suite *	Femmes décédées durant une année d'éligibilité			
		(a)				(b)	(a-b)	
Région indéterminée		20.952	19.214	1.738	105	6.222	20.952	0
Vlaams Gewest		831.109	750.091	81.018	8.154	686	85.430	745.679
	Antwerpen	227.800	205.655	22.145	2.282	212	23.406	204.394
	West-Vlaanderen	161.685	145.866	15.819	1.626	104	16.665	145.020
	Oost-Vlaanderen	188.158	169.688	18.470	1.972	100	19.478	168.680
	Limburg	111.160	100.364	10.796	1.034	84	11.335	99.825
	Vlaams Brabant	142.306	128.518	13.788	1.240	186	14.546	127.760
Région Bruxelles-Capitale		114.034	102.829	11.205	1.293	476	12.214	101.820
Région Wallonne		460.079	416.862	43.217	5.810	478	46.407	413.672
	Hainaut	175.984	159.775	16.209	2.396	137	17.465	158.519
	Liège	140.705	127.343	13.362	1.784	168	14.370	126.335
	Luxembourg	30.005	27.055	2.950	389	28	3.157	26.848
	Namur	62.061	56.159	5.902	726	62	6.316	55.745
	Brabant Wallon	51.324	46.530	4.794	515	83	5.099	46.225
Belgique		1.426.174	1.288.996	137.178	15.362	7.862	165.003	1.261.171
Pourcentage de la population éligible		100%	90%	10%	1%	1%	12%	88%

Population exclue à cause de l'âge

La population cible a tout d'abord été limitée aux femmes qui font partie des catégories d'âge cible au cours des deux ans de la période. Ceci signifie donc que les femmes qui ont déjà atteint l'âge de 69 ans au début de la période de deux ans ne font plus partie du groupe éligible au cours de la deuxième année de la période et ne sont dès lors pas prises en considération. Cela vaut également pour les femmes qui n'ont atteint l'âge de 50 ans qu'au cours de la deuxième année de la période.

Population exclue parce que décédée

Ensuite, nous avons uniquement tenu compte des femmes encore en vie à l'issue de la période de deux ans.

Population exclue à cause de données manquantes

Enfin, nous avons exclu les femmes pour lesquelles nous ne disposons pas de données complètes ou correctes concernant le code INS du domicile (le plus souvent parce que la femme n'est pas domiciliée dans une commune belge, c'est le cas notamment des travailleurs frontaliers) et/ou le régime de remboursement.

Population étudiée ou population cible, par période

La population finalement étudiée regroupe donc, par période de deux ans, les femmes éligibles, ayant 50 à 69 ans chaque année de la période, et encore en vie à l'issue de cette période.

Après application des critères d'exclusion décrits ci-dessus, nous travaillons à chaque période avec une population « étudiée » correspondant à la population éligible diminuée de 12 %.

11.3. Calcul de la couverture

Théoriquement, la couverture calculée lors d'un programme de dépistage se définit comme le nombre de femmes qui ont réalisé un mammothest, divisé par le nombre de femmes cibles.

La mammographie de dépistage étant recommandée une fois tous les deux ans, la couverture est calculée ici sur une période de deux ans.

- **Au numérateur, la population examinée** ou le nombre de femmes, qui ont effectué au moins un examen mammographique durant la période,
- **Au dénominateur, la population étudiée** ou le nombre de femmes âgées de 50 à 69 ans, éligibles les deux années de la période et qui sont encore en vie à l'issue de cette période.

En Belgique, le dépistage opportuniste existait déjà avant le début de la campagne et continue à exister parallèlement au programme de dépistage organisé. C'est pourquoi nous distinguons différents types de couverture : la couverture par mammothest, la couverture par mammographie diagnostique et la couverture totale.

- **La couverture par mammothest** ou le nombre de femmes de la population étudiée qui ont subi un mammothest ($MT \geq 1$), avec ou sans mammographie diagnostique ($MD \geq 0$), pendant la période étudiée de 2 ans, divisé par la population étudiée.
- En l'absence d'information sur l'indication clinique de la mammographie diagnostique et en supposant que la majorité des femmes qui ont réalisé un examen par mammographie diagnostique le font dans une intention de dépistage opportuniste, nous calculons **la couverture par mammographie diagnostique** pour évaluer la couverture par dépistage opportuniste chez ces femmes. Cette couverture renvoie ainsi au nombre de femmes de la population étudiée qui ont subi au moins un examen mammographique 'diagnostique' ($MD \geq 1$) et aucun mammothest ($MT = 0$) pendant la période étudiée de 2 ans, divisé par la population étudiée.
- La **couverture totale** additionne la couverture par mammothest (programme) et la couverture par mammographie diagnostique (dépistage opportuniste). Elle mesure le nombre de femmes de la population étudiée qui ont bénéficié d'au moins une mammographie 'diagnostique' et/ ou d'un mammothest ($MD + MT \geq 1$) pendant la période étudiée de deux ans, divisé par la population étudiée.

III. RÉSULTATS

III.1. Description de la population étudiée : nombre de femmes et caractéristiques socio-démographiques

Table 4 : Nombre de femmes étudiées par région et province

Région	Province	2007-2008	2009-2010
Vlaams Gewest		725.368	745.679
	Antwerpen	198.116	204.394
	West-Vlaanderen	142.491	145.020
	Oost-Vlaanderen	164.923	168.680
	Limburg	95.721	99.825
	Vlaams Brabant	124.117	127.760
Région Bruxelles-Capitale		98.568	101.820
Région Wallonne		401.190	413.672
	Hainaut	154.000	158.519
	Liège	122.988	126.335
	Luxembourg	25.886	26.848
	Namur	53.863	55.745
	Brabant Wallon	44.453	46.225
Belgique		1.225.126	1.261.171

Table 5 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée par région et âge

Région	2007-2008								Total	
	50-54		55-59		60-64		65-69		Nombre de femmes	%
	Nombre de femmes	%								
Vlaams Gewest	212.305	29%	191.608	26%	175.481	24%	145.974	20%	725.368	100%
Région Bruxelles-Capitale	29.057	29%	26.696	27%	23.684	24%	19.131	19%	98.568	100%
Région Wallonne	118.986	30%	113.288	28%	94.950	24%	73.966	18%	401.190	100%
Belgique	360.348	29%	331.592	27%	294.115	24%	239.071	20%	1.225.126	100%

2009-2010

Région	50-54		55-59		60-64		65-69		Total	
	Nombre de femmes	%								
	Vlaams Gewest	221.515	30%	196.413	26%	182.499	24%	145.252	19%	745.679
Région Bruxelles-Capitale	30.320	30%	27.602	27%	24.453	24%	19.445	19%	101.820	100%
Région Wallonne	122.005	29%	113.395	27%	105.876	26%	72.396	18%	413.672	100%
Belgique	373.840	30%	337.410	27%	312.828	25%	237.093	19%	1.261.171	100%

Table 6 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée par région et régime de remboursement

2007-2008

Région	Non BIM		BIM		Total	
	Nombre de femmes	%	Nombre de femmes	%	Nombre de femmes	%
Vlaams Gewest	603.316	83%	122.052	17%	725.368	100%
Région Bruxelles-Capitale	70.085	71%	28.483	29%	98.568	100%
Région Wallonne	309.147	77%	92.043	23%	401.190	100%
Belgique	982.548	80%	242.578	20%	1.225.126	100%

2009-2010

Région	Non BIM		BIM		Total	
	Nombre de femmes	%	Nombre de femmes	%	Nombre de femmes	%
Vlaams Gewest	625.405	84%	120.274	16%	745.679	100%
Région Bruxelles-Capitale	71.431	70%	30.389	30%	101.820	100%
Région Wallonne	318.150	77%	95.522	23%	413.672	100%
Belgique	1.014.986	80%	246.185	20%	1.261.171	100%

Le nombre de femmes BIM a augmenté de 2% par rapport à 2006 suite à l'introduction en 2007 du statut OMNIO (les ménages à faibles revenus peuvent bénéficier sur demande de l'intervention majorée).

Avant 2007 ce statut était réservé aux personnes qui avaient une situation sociale particulière, comme les VIPO ou les chômeurs de longue durée, par exemple. Cf. annexe VIII.

III.2. Nombre de femmes examinées par mammographie diagnostique et mammothest

Table 7 : Nombre de femmes examinées

2007-2008				
Région	Population étudiée	N femmes avec au moins une mammographie diagnostique par période et pas de mammothest	N femmes avec un mammothest par période	N femmes avec au moins une mammographie diagnostique et/ou un mammothest
Région Flamande	725.368	320.062	145.378	465.440
Région Bruxelles-Capitale	98.568	9.710	42.523	52.233
Région Wallonne	401.190	34.293	187.245	221.538
Belgique	1.225.126	364.065	375.146	739.211

2009-2010				
Région	Population étudiée	N femmes avec au moins une mammographie diagnostique par période et pas de mammothest	N femmes avec un mammothest par période	N femmes avec au moins une mammographie diagnostique et/ou un mammothest
Région Flamande	745.679	139.977	338.728	478.705
Région Bruxelles-Capitale	101.820	42.923	10.769	53.692
Région Wallonne	413.672	195.683	30.051	225.734
Belgique	1.261.171	378.583	319.548	758.131

Remarque : le nombre de femmes examinées par mammothest ou mammographie diagnostique est attribué à la région selon le lieu d'habitation de la femme et pas selon le lieu de prestation du mammothest. Cela peut engendrer des différences de décompte de mammothests en comparaison avec ceux réalisés par les communautés.

Remarque : la somme des femmes avec mammographies diagnostiques et des femmes avec mammothest divisée par la population par période n'équivaut pas à la couverture puisque certaines femmes ont des examens mammographiques des 2 types au cours de la même période.

III.3. Evaluation de la couverture

III.3.1. Couverture par période de 2 ans

Table 8 : Evolution de la couverture⁹

	Couverture par mammotest					Couverture par mammographie diagnostique					Couverture totale				
						Mammotest et/ou mammographie diagnostique									
	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2007-2008	2009-2010	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2007-2008	2009-2010	2000-2001	2002-2003	2004-2005	2007-2008	2009-2010
Vlaams Gewest	7.5%	33%	37%	44%	45%	33%	22%	21%	20%	19%	40%	54%	58%	64%	64%
Région Bruxelles-Capitale	0.3%	3.3%	6.6%	10%	11%	48%	46%	45%	43%	42%	48%	50%	51%	53%	53%
Région Wallonne	0%	6.5%	8.8%	9%	7%	47%	47%	46%	47%	47%	47%	53%	55%	55%	55%
Belgique	4.5%	22%	25%	30%	30%	39%	32%	31%	31%	30%	43%	54%	56%	60%	60%

Ce tableau décrit l'évolution des couvertures par mammographie diagnostique et/ou par mammotest depuis la période « pré-programme » (2000-2001) jusqu'au quatrième tour (2009-2010).

En 2007-2008

En Flandre, on observe une augmentation de la couverture par mammotest de 7% pour atteindre 44%.

La substitution des mammographies diagnostiques par les mammotests observée au premier tour ne s'observe plus, la couverture par mammographie diagnostique reste égale à 20%. La couverture totale atteint 64% et n'est plus qu'à 6% de la couverture de 70% considérée comme acceptable selon les guidelines européens.

A Bruxelles, la couverture par mammotest augmente d'un peu plus de 3% pour atteindre 10%. La couverture totale de 53% est seulement de 5 points plus élevée que la couverture observée avant le programme en 2000-2001.

En Wallonie, la couverture par mammotest reste stable à 9% et la couverture totale n'évolue pas au-delà de 55%.

La couverture par mammographie diagnostique reste presque constante dans les trois régions.

⁹ L'évolution des couvertures est mise à jour sur le site <http://atlas.aim-ima.be> de l'Agence Intermutualiste.

En 2009-2010

On observe quasiment pas d'évolution, que ce soit dans la participation au programme (mammotest) ou au dépistage opportuniste (mammographie diagnostique) et ce dans les trois régions.

A l'issue du cinquième tour en Flandre, la couverture par mammotest atteint 45% et 64% des femmes sont dépistées. Après quatre tours, la participation au programme à Bruxelles et en Wallonie reste faible - 11% et 7%.

Le dépistage opportuniste garde sa place prépondérante pour atteindre 42% à Bruxelles et 47% en Wallonie.

En Wallonie, la couverture par mammotest passe de 9% à 7%, entre autre, parce qu'en décembre 2009 une modification de la législation instaure que seules les mammographies digitalisées sont acceptées pour le programme. Des unités de mammographies analogiques quittent alors le programme.

La couverture totale se stabilise à 53% à Bruxelles et 55% en Wallonie, où elle a très peu augmenté.

Pour rappel, avant le programme, en 1999-2000¹⁰, on observait une participation au dépistage opportuniste de 33% en Flandre, 47% à Bruxelles et 45% en Wallonie.

Table 9 : Couverture par Province

Région	Province	Couverture par mammographies diagnostiques		Couverture par mammotest		Couverture totale	
		2007-2008	2009-2010	2007-2008	2009-2010	2007-2008	2009-2010
Vlaams Gewest		20%	19%	44%	45%	64%	64%
	Antwerpen	21%	20%	43%	43%	64%	64%
	West-Vlaanderen	15%	14%	46%	47%	60%	61%
	Oost-Vlaanderen	21%	20%	43%	45%	65%	65%
	Limburg	15%	14%	55%	54%	69%	68%
	Vlaams Brabant	26%	25%	38%	41%	65%	66%
Région Bruxelles-Capitale		43%	42%	10%	11%	53%	53%
Région Wallonne		47%	47%	9%	7%	55%	55%
	Hainaut	46%	47%	9%	7%	55%	54%
	Liège	47%	47%	7%	7%	54%	54%
	Luxembourg	44%	42%	11%	8%	54%	50%
	Namur	47%	48%	9%	7%	55%	55%
	Brabant Wallon	50%	50%	12%	10%	61%	60%
Belgique		31%	30%	30%	30%	60%	60%

Les différences de participation au programme et au dépistage opportuniste persistent entre provinces.

¹⁰ Rapport 2 de l'IMA.

Le Limbourg et le Brabant wallon qui participaient avant le début du programme à des projets pilotes de dépistage connaissent toujours les participations au programme les plus élevées et les couvertures les plus hautes pour leur région.

Table 10 a : Couverture par période et par âge 2007-2008

	2007-2008														
	Couverture par mammographie diagnostique					Couverture par mammothest					Couverture totale				
	50-54	55-59	60-64	65-69	Total	50-54	55-59	60-64	65-69	Total	50-54	55-59	60-64	65-69	Total
Vlaams Gewest	22%	21%	19%	17%	20%	45%	46%	46%	39%	44%	67%	67%	65%	56%	64%
Région Bruxelles-Capitale	46%	45%	42%	37%	43%	10%	10%	10%	10%	10%	56%	55%	52%	47%	53%
Région Wallonne	50%	48%	46%	40%	47%	8%	9%	9%	9%	9%	58%	57%	55%	49%	55%
Belgique	33%	32%	30%	26%	31%	30%	30%	31%	27%	30%	63%	63%	61%	53%	60%

Table 10 b : Couverture par période et par âge 2009-2010

	2009-2010														
	Couverture par mammographie diagnostique					Couverture par mammothest					Couverture totale				
	50-54	55-59	60-64	65-69	Total	50-54	55-59	60-64	65-69	Total	50-54	55-59	60-64	65-69	Total
Vlaams Gewest	20%	19%	18%	17%	19%	45%	47%	47%	41%	45%	66%	66%	65%	58%	64%
Région Bruxelles-Capitale	45%	42%	42%	38%	42%	10%	11%	11%	10%	11%	55%	54%	53%	48%	53%
Région Wallonne	51%	48%	47%	41%	47%	6%	7%	8%	8%	7%	57%	55%	55%	49%	55%
Belgique	32%	31%	30%	26%	30%	30%	31%	31%	28%	30%	62%	62%	61%	54%	60%

Comme déjà observé avant le programme, la couverture du dépistage opportuniste diminue progressivement avec l'âge qui augmente, et ce dans les trois régions. En Wallonie et à Bruxelles, le programme recrute de la même façon dans toutes les tranches d'âge ; alors qu'en Flandre, la couverture par mammothest diminue sensiblement chez les femmes de 65 à 69 ans.

Cette diminution de la participation au dépistage avec l'âge se reflète dans la couverture totale, en particulier chez les femmes de 65 à 69 ans chez qui la couverture est plus faible.

Table 11 : Couverture par période et régime de remboursement du titulaire (BIM, non BIM)

Région	2007-2008											
	Nombre de femmes étudiées			Couverture par mammographie diagnostique			Couverture par mammothest			Couverture totale		
	Non BIM	BIM	Total	Non BIM	BIM	Total	Non BIM	BIM	Total	Non BIM	BIM	Total
Vlaams Gewest	603.316	122.052	725.368	21%	14%	20%	45%	39%	44%	67%	52%	64%
Région Bruxelles-Capitale	70.085	28.483	98.568	48%	32%	43%	10%	10%	10%	57%	42%	53%
Région Wallonne	309.147	92.043	401.190	50%	35%	47%	8%	9%	9%	59%	44%	55%
Belgique	982.548	242.578	1.225.126	32%	24%	31%	31%	24%	30%	63%	48%	60%

2009-2010

Région	Nombre de femmes étudiées			Couverture par mammographie diagnostique			Couverture par mammotest			Couverture totale		
	Non BIM	BIM	Total	Non BIM	BIM	Total	Non BIM	BIM	Total	Non BIM	BIM	Total
Vlaams Gewest	627.857	121.639	745.679	20%	13%	19%	46%	40%	45%	66%	53%	64%
Région Bruxelles-Capitale	71.757	30.660	101.820	47%	31%	42%	10%	12%	11%	57%	43%	53%
Région Wallonne	319.695	96.751	413.672	51%	36%	47%	7%	7%	7%	58%	44%	55%
Belgique	1.019.309	249.050	1.261.171	31%	24%	30%	32%	24%	30%	63%	48%	60%

Depuis la période avant programme, les femmes défavorisées socialement (BIM) réalisent moins de dépistage opportuniste (non-BIM/BIM = 1,5 en Flandre, 1,5 à Bruxelles et 1,4 en Wallonie).

A Bruxelles et en Wallonie le programme de dépistage organisé sensibilise les femmes de la même façon quel que soit leur statut (BIM ou non).

En Flandre, où le programme est beaucoup plus largement suivi, il persiste une participation un peu plus faible des femmes BIM au programme (non BIM 46%/BIM 40% = 1,15).

Dans les trois régions, la couverture totale des femmes précarisées, BIM reste inférieure d'au moins 13% à celle des femmes non BIM.

Table 12 : Couverture par période et statut socio-professionnel

Région	2007-2008					
	Régime général			Régime des indépendants		
	Couverture par mammodiagnostique	Couverture par mammotest	Couverture totale	Couverture par mammodiagnostique	Couverture par mammotest	Couverture totale
Vlaams Gewest	20%	45%	65%	22%	40%	62%
Région Bruxelles-Capitale	43%	10%	53%	51%	6%	57%
Région Wallonne	47%	9%	56%	48%	7%	55%
Belgique	31%	30%	61%	31%	28%	59%

Région	2009-2010					
	Régime général			Régime des indépendants		
	Couverture par mammodiagnostique	Couverture par mammotest	Couverture totale	Couverture par mammodiagnostique	Couverture par mammotest	Couverture totale
Vlaams Gewest	19%	46%	64%	21%	40%	61%
Région Bruxelles-Capitale	42%	11%	52%	50%	6%	56%
Région Wallonne	47%	7%	55%	49%	5%	54%
Belgique	30%	30%	60%	31%	28%	59%

Les femmes du régime indépendant participent un peu moins au programme et réalisent un peu plus de dépistage opportuniste que les femmes du régime général. Cette différence est nettement plus marquée à Bruxelles. In fine, la couverture totale est quasiment la même pour les deux régimes.

Notons que la mammographie diagnostique considérée comme un « gros risque » est remboursée de la même façon dans les deux régimes depuis toujours. Néanmoins les consultations chez le gynécologue et le radiologue ne le sont que depuis 2008 dans le régime indépendant.

III.4. Population nouvelle, régulière et perdue en 2009-2010

III.4.1. Définitions

Les données longitudinales de l'AIM permettent de suivre au cours du temps les femmes et leur utilisation des examens mammographiques ainsi que de répondre aux questions suivantes :

- Combien de femmes sont nouvellement recrutées par le programme ?
- Combien de femmes sont fidèles à la mammographie diagnostique ou au mammothest ?
- Combien de femmes quittent la cohorte des femmes examinées ?

Population exclue à cause de l'âge

La population cible a tout d'abord été limitée aux femmes qui font partie des catégories d'âge cible au cours de chacune des deux périodes, éligibles en 2007-2008 et éligibles en 2009-2010, c'est-à-dire les femmes en âge d'être dépistées tout au long de la période 2007 à 2010.

Population exclue parce que décédée

Ensuite, nous avons uniquement tenu compte des femmes encore en vie à l'issue de chaque période de deux ans.

Population exclue à cause de données manquantes

Enfin, nous avons exclu les femmes pour lesquelles nous ne disposons pas de données complètes ou correctes concernant le code INS et/ou le régime de remboursement au cours de chacune des périodes.

Comme pour le calcul de la couverture, les notions de "régulière", "nouvelle" et "perdue", ne devraient s'appliquer stricto sensu qu'aux examens effectués dans le seul but de dépistage et ne s'appliquent donc pas aux femmes ayant consulté suite à une plainte ou d'un symptôme. Il est en effet possible qu'un examen mammographique diagnostique soit non pas un EM de dépistage mais un EM de « suivi » d'une MD ou d'un MT. Bien que leur proportion reste fort probablement limitée, nous n'avons pas différencié ces mammographies diagnostiques, d'une part, parce que la nature de nos données ne nous permet pas d'isoler les mammographies diagnostiques réalisées dans un but clinique et d'autre part, parce que le choix du délai entre 2 EM pouvant servir à les définir ne peut être aisément déduit de la distribution statistique de ces délais. Les notions de « régulières », « nouvelles » et « perdues » sont donc à interpréter avec nuance.

Définitions ¹¹ :

(a) Pct de nouvelle population :

Numérateur : le nombre de femmes qui n'ont réalisé aucun examen mammographique (EM) pendant la période 2007-2008 et qui ont réalisé au moins 1 EM en 2009-2010.

Dénominateur : le nombre de femmes qui ont réalisé au moins 1 EM en 2009-2010.

Ou (population nouvelle)/(population nouvelle + population régulière)

(b) Pct nouvelle population avec mammothest MT :

Numérateur : le nombre de femmes qui n'ont réalisé aucun EM pendant la période 2007-2008 et qui ont réalisé au moins 1 MT en 2009-2010.

Dénominateur : le nombre de femmes qui ont réalisé au moins 1 EM en 2009-2010.

(c) Pct population régulière :

Numérateur : le nombre de femmes qui ont réalisé au moins 1 E.M. en 2007-2008 et au moins 1 E.M. en 2009-2010

Dénominateur : le nombre de femmes qui ont réalisé au moins 1 E.M. en 2007-2008 et/ou au moins 1 E.M. en 2009-2010.

Ou (population régulière)/(population nouvelle + population régulière + population perdue)

(f) Pct population régulière avec MT:

Numérateur : le nombre de femmes qui ont réalisé 1 MT en 2007-2008 et 1 MT en 2009-2010.

Dénominateur : le nombre de femmes qui ont réalisé au moins 1 E.M. en 2007-2008 et/ou au moins 1 EM en 2009-2010.

(g) Pct population perdue :

Numérateur : le nombre de femmes qui ont réalisé au moins 1 E.M. en 2007-2008 et aucun E.M. en 2009-2010.

Dénominateur : le nombre de femmes qui ont réalisé au moins 1 E.M. en 2007-2008.

Ou (population perdue)/(population régulière + population perdue)

(h) Pct population perdue avec MT:

Numérateur : le nombre de femmes qui ont réalisé 1 MT en 2007-2008 et aucun E.M. en 2009-2010.

Dénominateur : le nombre de femmes qui ont réalisé 1 MT en 2007-2008.

! La définition du dénominateur a été modifiée par rapport aux rapports précédents.

¹¹ Les colonnes (d) et (e) présentes dans les rapports précédents, n'ont pas été calculées dans celui-ci. Nous avons préféré garder les numéros de colonnes pour permettre une comparaison plus aisée avec les précédents rapports.

III.4.2. Résultats

Table 13 : Population nouvelle, régulière et perdue en 2009-2010 (par rapport à 2007-2008)

Région/province	Pct nouvelle population (a)	Pct nouvelle popu avec MT (b)	Pct population régulière (c)	Pct popu rég. avec MT (f)	Pct popu perdue (g)	Pct popu perdue avec MT (h)
Vlaams Gewest	15%	10%	72%	47%	17%	17%
Antwerpen	15%	10%	72%	45%	18%	18%
West-Vlaanderen	16%	12%	71%	51%	18%	17%
Oost-Vlaanderen	14%	10%	73%	45%	17%	17%
Limburg	11%	9%	76%	58%	16%	15%
Vlaams Brabant	16%	10%	72%	40%	16%	15%
Région Bruxelles-Capitale	23%	7%	61%	7%	25%	34%
Région Wallonne	21%	5%	63%	5%	25%	37%
Hainaut	21%	4%	63%	5%	24%	37%
Liège	24%	5%	60%	4%	26%	37%
Luxembourg	21%	5%	60%	6%	29%	40%
Namur	20%	4%	64%	5%	24%	40%
Brabant Wallon	19%	5%	66%	7%	22%	30%
Belgique	17%	8%	69%	31%	20%	19%

Au premier tour complet pour la Wallonie et Bruxelles, en 2003-2004¹², le pourcentage de nouvelle population était de 39% en région Flamande, 26% en région de Bruxelles-Capitale, et 29% en région Wallonne.

En 2009-2010, le pourcentage de nouvelle population a franchement diminué en région Flamande (15%), et peu diminué en région de Bruxelles-Capitale (23%), et en région Wallonne (21%).

Cela peut s'expliquer par l'essor qu'a pris le programme dès son démarrage en Flandre où les habitudes de dépistage opportuniste avant le programme étaient nettement moins ancrées.

On remarque qu'en Flandre où le programme a recruté beaucoup plus de femmes qu'en Wallonie et à Bruxelles, ce pourcentage de femmes nouvelles avec un MT est beaucoup plus faible que par le passé, mais reste supérieur à ceux de Bruxelles et de Wallonie.

Au premier tour complet pour la Wallonie et Bruxelles, en 2003-2004, le pourcentage de population perdue était de 27% en région Flamande, 26% en région de Bruxelles-Capitale, et 23% en région Wallonne.

Au second tour complet, en 2005-2006¹³, ces pourcentages étaient de 19% en région Flamande, 24% en région de Bruxelles-Capitale, et 22% en région Wallonne.

¹² Programme de dépistage du cancer du sein. Périodes 2001-2002 et 2003-2004 Rapport numéro 4 de l'Agence Intermutualiste.

Dans le tableau ci-dessus, au quatrième tour complet, en 2009-2010, ces pourcentages sont de 17% en région Flamande, 25% en région de Bruxelles-Capitale, et 25% en région Wallonne.

Les femmes de la région Flamande se fidélisent au programme, tandis qu'en Wallonie et à Bruxelles, on observe encore beaucoup de femmes nouvellement recrutées (23%) et surtout de femmes perdues (plus de 1 femme sur 3 ayant participé précédemment au programme).

De la même façon, on observe beaucoup plus de femmes régulières au mammothest en Flandre (47%) que dans les deux autres régions (5% et 7%).

Table 14 : Population nouvelle, régulière et perdue en 2009-2010 (par rapport à 2007-2008) en fonction de l'âge

Région	Pct nouvelle population (a)	Pct nouvelle popu avec MT (b)	Pct population régulière (c)	Pct popu régulière avec MT (f)	Pct popu perdue (g)	Pct popu perdue avec MT (h)
Vlaams Gewest	15%	10%	72%	47%	17%	17%
50-54	18%	13%	69%	42%	19%	18%
55-59	15%	10%	73%	47%	16%	15%
60-64	13%	9%	75%	50%	15%	14%
65-69	13%	9%	71%	47%	21%	21%
Région Bruxelles-Capitale	23%	7%	61%	7%	25%	34%
50-54	25%	7%	60%	6%	25%	33%
55-59	23%	7%	61%	7%	25%	34%
60-64	22%	8%	63%	7%	24%	32%
65-69	24%	8%	60%	7%	27%	38%
Wallonie	21%	5%	63%	5%	25%	37%
50-54	23%	5%	62%	3%	24%	36%
55-59	22%	4%	63%	5%	24%	36%
60-64	21%	5%	64%	6%	23%	34%
65-69	21%	5%	61%	6%	27%	40%
Belgique	17%	8%	69%	31%	20%	19%
50-54	20%	10%	66%	27%	21%	20%
55-59	17%	8%	69%	31%	19%	18%
60-64	16%	8%	71%	33%	18%	16%
65-69	16%	8%	67%	32%	23%	23%

En région Flamande, les pourcentages de population régulière et de population régulière avec MT augmentent progressivement avec l'âge de 50 à 64 ans, pour ensuite diminuer chez les femmes âgées de 65-69 ans. Parallèlement, le pourcentage de femmes nouvelles diminue progressivement avec l'âge et ainsi que le pourcentage de femmes perdues qui augmente un peu chez les femmes plus âgées.

En région de Bruxelles-capitale, et en région Wallonne, les pourcentages de femmes nouvelles, régulières et perdues sont peu influencés par l'âge.

Table 15 : Population nouvelle, régulière et perdue en 2009-2010 (par rapport à 2007-2008) par région et régime de remboursement

Région	Pct nouvelle population (a)	Pct nouvelle popu avec MT (b)	Pct population régulière (c)	Pct popu régulière avec MT (f)	Pct popu perdue (g)	Pct popu perdue avec MT (h)
Vlaams Gewest	14%	10%	72%	47%	18%	17%
non BIM	14%	9%	73%	47%	17%	16%
BIM	18%	13%	66%	47%	23%	21%
Région Bruxelles-Capitale	23%	7%	61%	7%	25%	34%
non Bim	20%	6%	65%	6%	23%	32%
BIM	34%	12%	50%	8%	34%	39%
Wallonie	21%	4%	63%	5%	26%	37%
non BIM	19%	4%	65%	5%	24%	35%
BIM	27%	6%	55%	6%	32%	40%
Belgique	17%	8%	69%	31%	21%	19%
non BIM	16%	8%	70%	32%	19%	18%
BIM	23%	11%	60%	28%	27%	25%

Comme observé pour la couverture, le comportement face au dépistage des femmes défavorisées socialement-BIM est différent de celui des autres femmes.

Bien que les différences soient peu importantes, le pourcentage de femmes nouvelles et perdues est un peu plus élevé parmi les femmes BIM, en particulier pour les femmes nouvelles avec un mammothest. La population régulière pour le mammothest, donc fidèle au mammothest est similaire chez les femmes BIM et non BIM en Flandre et quelque peu supérieure chez les femmes BIM en Wallonie et à Bruxelles. Dans les trois régions, la population régulière d'un round à l'autre pour le dépistage par mammothest ou mammographie diagnostique est inférieure chez les femmes BIM par rapport aux femmes non-BIM.

III.5. *Suivi des femmes sur 10 ans : Analyse de survie (2002-2011)*

III.5.1. Introduction

Comme nous l'avons mis en évidence par le calcul des femmes non dépistées ou partiellement dépistées en 6 ans dans le rapport 7, la couverture est un indicateur de la participation au dépistage (opportuniste ou programmé) à un moment donné. La couverture ne permet pas de mesurer la régularité de la participation des femmes au cours du temps.

Une approche en est faite au chapitre précédent, en calculant le pourcentage de femmes nouvelles (nouvellement dépistées), régulières ou perdues (quittant le dépistage).

Une analyse de survie permet de suivre les femmes au cours du temps et d'estimer leur régularité, leur fidélité ou leur passage d'une filière à l'autre, sans devoir tenir compte de l'âge auquel elles commencent leur dépistage ni du délai observé entre deux tours de dépistage.

Dans le rapport 7, pour estimer le pourcentage de femmes non dépistées sur 6 ans nous avons sélectionné les femmes qui répondaient au critère d'âge cible pendant 6 ans d'affilée. Pour ce faire nous avons exclu les femmes les plus âgées et les plus jeunes. Une analyse de survie permet de ne pas devoir exclure ces femmes.

L'analyse de survie permet également de prendre en compte le délai réel entre deux examens mammographiques qui souvent ne correspond pas à l'intervalle théorique de deux ans recommandé dans les guidelines¹⁴.

III.5.2. Méthodologie

Notons que comme pour les calculs de couverture, nous ne faisons pas de différence entre les mammographies diagnostiques réalisées dans une intention de dépistage et celles effectuées dans un but diagnostic ou de mise au point. Toutes les mammographies diagnostiques sont considérées ici comme des mammographies réalisées dans une intention de dépistage.

Pour réaliser cette courbe de survie, nous avons suivi les femmes âgées de 50 à 69 ans qui commencent¹⁵ leur dépistage entre 2002 et 2009¹⁶, cela concerne 1.010.399 femmes.

Les femmes non dépistées ne sont donc pas étudiées ici.

Chaque mammographie –diagnostique ou mammothest- est considérée comme un **évènement** sans distinction du type de mammographie.

Le délai observé entre deux mammographies (mammothest ou mammographie diagnostique) est inférieur ou égal à trois ans dans 80,6% des cas. Notons, que certaines mammographies

¹⁴ Epidemiological guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, fourth edition European Communities, 2006

¹⁵ Peu importe que la femme ait déjà réalisé ou non un examen mammographique, EM, avant 2002

¹⁶ Du 01.01.2002 au 31.12.2009

diagnostiques, « de mise au point » sont réalisées avec un délai plus court que l'intervalle recommandé de deux ans et raccourcissent de façon artificielle les intervalles mesurés entre deux dépistages.

Nous avons retenu ce délai de trois ans comme le délai après lequel nous considérons que les femmes ont abandonné leur dépistage qui est théoriquement réalisé à intervalle de deux ans.

Ce délai de trois ans permet également de tenir compte des femmes qui participent au programme de dépistage, qui sont convoquées tous les deux ans et qui effectuent leur dépistage dans un délai plus long que celui théorique de deux ans alors que les femmes qui réalisent un dépistage opportuniste le font parfois à une fréquence plus élevée.

La description de la population des femmes dépistées se fait 6 ans après le premier dépistage réalisé entre 2002 et 2009.

L'analyse de survie étudie la participation des femmes au dépistage en fonction

- du type de dépistage : mammographie diagnostique ou mammothest réalisé au moment de l'entrée dans l'analyse de survie, c'est-à-dire au moment où la femme effectue son premier EM pour la période 2002 à 2009;
- de l'âge : la tranche d'âge 50-59 est comparée à la tranche d'âge 60-69 ans.
- de la région : les régions de Bruxelles-Capitale et de Wallonie sont regroupées et comparées à la région flamande¹⁷ ;
- du régime de remboursement : BIM/non BIM.

III.5.3. Résultats

La description de la population se fait 6 ans après le premier dépistage.

La population des femmes dépistées ayant « commencé » leur dépistage entre 2002 et 2009 se compose pour l'ensemble de la Belgique de :

- 40,6% des femmes qui ont commencé par un mammothest ;
- 36,6% de femmes âgées de plus de 60 ans ;
- 40,9% de femmes wallonnes et bruxelloises ;
- 16,7% de BIM.

¹⁷ La région Wallonne et la région de Bruxelles –Capitale se comportent de façon assez semblable en terme de dépistage spontané et opportuniste.

La comparaison de la région flamande aux régions de Bruxelles-Capitale et de Wallonie regroupées montre :

- un peu moins de femmes de plus de 60 ans (35,9% versus 37,3%) en Flandre par rapport aux « régions de Wallonie et à Bruxelles regroupées » ;
- l'utilisation du mammothest est prépondérante en Flandre (64,0% versus 15,1%) ;
- une proportion moindre de femmes BIM dépistées en Flandre (14,1% versus 20,6%).

La proportion de femmes toujours dépistées (au moins tous les trois ans) après 6 ans de suivi est de 55,2% pour la Belgique :

- la filière de départ semble peu importer dans la persistance du dépistage: 54,1% pour le mammothest versus 56,0% pour la mammographie diagnostique (Hazard Ratio HR=0,87)¹⁸ ;
- la différence est très importante en fonction de l'âge : 61,2% chez les femmes de moins de 60 ans versus 45,0% pour les femmes de plus de 60 ans (HR=1,65);
- la différence entre région est relativement faible : 58,0% en Flandre versus 51,1% en Wallonie et à Bruxelles regroupées (HR=1,09) ;
- le pourcentage de femmes toujours dépistées après 6 ans est nettement plus important chez les femmes non BIM : 57,5% chez les femmes non BIM versus 43,3% chez les BIM (HR=1,47) ;

La différence de proportion de femmes toujours dépistées entre régions après 6 ans de suivi ne s'explique pas par la composition socio-démographique des régions.

Le lien entre le fait de bénéficier d'un remboursement majoré (BIM) et la moindre proportion de femmes dépistées après 6 ans de suivi est du même ordre dans les deux régions. (59,8% chez les non BIM pour 46,4% chez les BIM en Flandre) et (53,9% chez les non BIM pour 40,0% chez les BIM pour les régions de Bruxelles-Capitale et de Wallonie regroupées).

Le pourcentage de femmes BIM n'explique pas la différence de HR=1,09 entre régions puisque, ajusté pour le BIM, le HR ne change quasi pas (HR=1,08).

De la même manière, le fait que les femmes de plus de 60 ans ont une plus faible probabilité de ne pas être dépistées tous les trois ans n'influence pas la différence entre les deux régions puisque que le HR reste à 1,08.

Par contre, il existe un lien important entre la filière de départ de dépistage (MT ou MD) et la région :

- il n'y a quasiment pas de différence entre les filières de départ en Flandre, 56,7% de femmes toujours dépistées après 6 ans pour la filière de départ mammothest versus 60,0% pour la filière de départ mammographie diagnostique.

¹⁸ Le hazard ratio (HR) teste la probabilité d'être dépistée au moins une fois tous les trois ans après 6 ans de suivi à partir du premier dépistage.

- tandis que pour les régions de Bruxelles-Capitale et de Wallonie regroupées on voit que 53,7% sont toujours dépistées après 6 ans pour la filière de départ mammographie diagnostique versus seulement 36,7% pour la filière de départ mammothest. (HR= 0,65)

Ce HR très différent de 1 signifie qu'il y a une interaction entre la filière de dépistage et la région et ne permet pas d'ajuster pour la région.

La faible proportion de femmes toujours dépistées après 6 ans lorsqu'elles ont commencé par un mammothest pour les régions de Bruxelles-Capitale et de Wallonie regroupées ne s'explique pas par le BIM ou l'âge car le HR en fonction de la filière (MT ou MD) (HR=0,65) n'est pas modifié quand on prend en compte le BIM et/ou l'âge (HR= 0,67).

Le passage d'une filière à l'autre

La proportion de femmes ayant changé de filière est globalement pour la Belgique de 14,1% (7,6% des femmes ont changé une fois de filière, 4,9% ont changé deux fois).

La proportion de femmes changeant de filière est également différente au nord et au sud du pays :

- pour les régions de Bruxelles-Capitale et de Wallonie regroupées, les femmes commençant par un mammothest sont moins « fidèles » que les femmes commençant leur dépistage par une mammographie diagnostique ; 32,9% des femmes ayant commencé par un mammothest changent de filière versus 12,1% pour les femmes ayant commencé avec une mammographie diagnostique ;
- tandis que c'est le contraire en Flandre où les femmes sont plus fidèles au mammothest ; 19,6% des femmes ayant commencé par un mammothest changent de filière versus 31,0% par la mammographie diagnostique.

La fidélité à la filière dépend de l'année où les femmes ont commencé le dépistage

La proportion de femmes fidèles à une filière a tendance à augmenter avec les années.

Pour les femmes qui commencent le dépistage en 2002, la proportion de femmes en Flandre ayant commencé par un mammothest et qui y restent fidèles (ne changent pas de filière) est de 72,9% contre 67,4% pour la mammographie diagnostique.

Pour les régions de Bruxelles-Capitale et de Wallonie regroupées, la proportion de femmes ayant commencé par un mammothest et qui y restent fidèles n'est que de 51,0% contre 87,4% pour la mammographie diagnostique.

Pour les femmes qui commencent le dépistage en 2005, la proportion de femmes en Flandre ayant commencé le mammothest et qui restent fidèles (ne changent pas de filière) est de 84,5% vs. 70,8% pour la mammographie diagnostique.

Pour les régions de Bruxelles-Capitale et de Wallonie regroupées, la proportion de femmes ayant commencé le mammothest et qui restent fidèles est de 70,7% vs. 91,6% pour la mammographie diagnostique.

III.5.4. Conclusion

Le délai observé entre deux dépistages examens mammographiques est inférieur à 3 ans dans 80% des cas.

L'analyse de survie étaye les observations faites plus haut dans ce rapport ainsi que dans les rapports précédents.

- Les femmes âgées de plus de 60 ans sont moins dépistées.
- Les femmes BIM, défavorisées socialement, sont moins dépistées et surtout de façon moins régulière.
- Les femmes de la région flamande sont plus dépistées dans le cadre du programme, elles sont plus fidèles au mammothest qu'à la mammographie diagnostique. Au cours du temps, les femmes qui commencent leur dépistage par un mammothest sont de plus en plus fidèles à leur filière par rapport aux femmes qui commencent par une MD.
- Les femmes bruxelloises et Wallonnes sont mieux dépistées par la mammographie diagnostique et y sont plus fidèles. Les femmes qui commencent leur dépistage par une mammographie diagnostique sont également plus fidèles à leur filière de dépistage.
- Par contre, comme l'avait déjà montré l'analyse des femmes non dépistées¹⁹, le pourcentage de femmes encore dépistées après 6 ans est semblable dans les trois régions du pays et n'est que de 55% pour la Belgique considérée dans son ensemble.
- **Ce pourcentage de femmes toujours dépistées après six ans est faible et rappelle la difficulté de fidéliser au dépistage qu'il soit programmé ou organisé.**

¹⁹ Rapport 7 sur le dépistage du cancer du sein de l'IMA

III.6. Paramètres qualitatifs du dépistage

III.6.1. Examens d'imagerie sénologiques complémentaires après examen mammographique de référence

Table 16 : Pourcentage et nombre d'examens d'imagerie médicale réalisés dans l'année qui suit l'examen mammographique de référence - y compris le jour de l'examen de référence

		Belgique			Région Flamande			Région Bruxelles-Capitale			Région Wallonne		
		N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Mammographie diagnostique	période 2007-2008	373.972	319.530	85%	144.888	118.875	82%	42.387	34.541	81%	186.697	166.114	89%
	période 2009-2010*	327.552	282.780	86%	120.822	100.816	83%	37.450	30.816	82%	169.280	151.148	89%
Mammotest	période 2007-2008	363.330	24.165	7%	319.433	18.122	6%	9.680	1.034	11%	34.217	5.009	15%
	période 2009-2010*	297.482	18.331	6%	267.446	14.198	5%	8.130	973	12%	21.906	3.160	14%

*Les EM de référence sont réalisés du 01.01.2009 au 30.06.2010.

N = Nombre d'examens mammographiques de référence

n = Nombre d'examens mammographiques suivis d'examens complémentaires : mammographie diagnostique, écho ou IRM réalisés dans l'année qui suit l'examen de référence (y compris le même jour que l'examen de référence)

Le programme de dépistage organisé doit respecter les critères de qualité définis dans les recommandations européennes²⁰.

Le pourcentage d'examens d'imagerie médicale complémentaires à la mammographie de dépistage (Recall rate), échographie, mammographie diagnostique, IRM, est considéré comme acceptable s'il est < 7% et souhaitable s'il est <5% lors du premier mammotest ; et est considéré comme acceptable s'il est < 5% et souhaitable s'il est <3% lors des mammotests suivants.

- Le pourcentage de mammographies diagnostiques suivies d'examens d'imagerie médicale complémentaires reste excessivement élevé dans les trois régions du pays : de 83% à 89% selon la région alors qu'un bon nombre d'entre elles sont réalisées à titre de dépistage. De plus, 80% de ces examens d'imagerie médicale complémentaires sont réalisés le jour même de la mammographie diagnostique cf. table 17. Ce pourcentage n'évolue quasiment pas depuis la mise en place du programme.

²⁰ Epidemiological guidelines for quality assurance in breast cancer screening, fourth edition. European communities, 2006

- Le pourcentage de mammotests suivis d'au moins un examen d'imagerie médicale rejoint lui, les recommandations européennes (3 à 7%) en 2009-2010 en Flandre.

En région de Bruxelles-Capitale et en Région Wallonne le pourcentage d'examen d'imagerie médicale complémentaires après mammotest reste élevé, notamment parce que dans ces deux régions les radiologues lecteurs demandent une mise au point quand ils n'ont pas de cliché antérieur de comparaison et également parce que la mise au point des seins denses par échographie est plus fréquemment pratiquée. Il s'explique aussi en Wallonie par le fait que les radiologues privilégient la sensibilité par rapport à la spécificité (crainte du faux négatif, sans crainte du faux positif).

Rappelons que lors du mammotest, deux radiologues lecteurs indépendants doivent être d'accord pour que l'examen d'imagerie médicale complémentaire soit recommandé.

Table 17 : Pourcentage et nombre d'examen d'imagerie médicale réalisés dans l'année qui suit l'examen mammographique diagnostique de référence NON compris ceux réalisés le jour de l'examen de référence

Mammographie diagnostique	Belgique			Région Flamande			Bruxelles			Région Wallonne		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Période 2007-2008	373.972	57.672	15%	144.888	23.321	16%	42.387	6.243	15%	186.697	28.108	15%
Période 2009-2010*	327.552	57.234	17%	120.822	22.620	19%	37.450	6.092	16%	169.280	28.522	17%

*Les EM de référence sont réalisés du 01.01.2009 au 30.06.2010.

N = Nombre d'examen mammographiques (de référence).

n = Nombre d'examen mammographiques suivis d'examen complémentaires réalisés dans l'année qui suit l'examen de référence : mammographie diagnostique, écho ou IRM non réalisés le même jour que l'examen de référence.

- En 2009-2010, seules 20% (57.234/297.482) des examen d'imagerie complémentaire réalisés après mammographie diagnostique ne sont pas réalisés le jour même. Ce taux est sensiblement le même dans les trois régions.

Remarque : ce tableau n'existe pas pour les mammotests qui ne peuvent être suivi d'un examen d'imagerie complémentaire le jour-même.

III.6.2. Délai entre l'examen mammographique de référence et les examens sénologiques complémentaires

Les prestations utilisées dans ces différentes catégories sont détaillées par code de nomenclature au chapitre VI.

Table 18 : Percentiles des délais (en jours) entre le mammothest et les différents examens sénologiques complémentaires réalisés dans les 3 mois-Période de l'examen de référence : 2009-2010.

		2009-2010											
		Mammographies diagnostiques suivies d'examens complémentaires						Mammothests suivis d'examens complémentaires					
		N	P10	P25	P50	P75	P90	N	P10	P25	P50	P75	P90
Mammographie diagnostique (mise au point)	Flandre	1.147	5	9	19	41	69	5.621	17	22	29	40	51
	Bruxelles	446	6	11	21	43	68	294	17	24	34	51	68
	Wallonie	1.828	6	11	22	43	74	1.804	15	21	31	47	63
	Belgique	3.421	6	10	21	42	71	7.719	16	22	30	41	55
Echographie	Flandre	106.641	0	0	0	0	0	10.591	14	21	28	38	51
	Bruxelles	32.441	0	0	0	0	0	792	14	22	35	54	71
	Wallonie	161.328	0	0	0	0	0	2.785	15	21	31	47	63
	Belgique	300.410	0	0	0	0	0	14.168	14	21	29	41	56
IRM	Flandre	2.998	2	7	15	29	50	1.233	22	29	40	54	68
	Bruxelles	542	5	9	17	31	53	37	19	34	43	61	79
	Wallonie	2.403	6	12	20	35	56	175	23	31	44	59	73
	Belgique	5.943	4	9	17	32	53	1.445	22	29	41	55	69

Période de l'examen de référence : 01.01.2009-30.06.2010

Les European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis²¹ recommandent comme délais :

- le **délai entre la mammographie de dépistage et le résultat**, « delay between screening and result » est considéré comme acceptable s'il est ≤ 15 jours ouvrables dans 95% des cas et souhaitable s'il est ≤ 15 jours ouvrables dans $> 95\%$.

Il est également considéré comme souhaitable s'il est ≤ 10 jours ouvrables dans 90% des cas et souhaitable s'il est ≤ 10 jours ouvrables dans $> 90\%$.

- le **délai entre un résultat et la mise au point**, « delay between result of screening and offered assessment » est également recommandé.

²¹ European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, fourth edition © European Communities, 2006

Ce délai est considéré comme acceptable s'il est ≤ 5 jours ouvrables dans 90% des cas et souhaitable s'il est ≤ 5 jours ouvrables dans $> 90\%$.
Il est également considéré comme souhaitable s'il est ≤ 3 jours ouvrables dans 70% des cas et souhaitable s'il est ≤ 3 jours ouvrables dans $> 70\%$.

En l'absence d'information sur le résultat, l'addition de ces deux délais (15+5 jours) nous permet de construire un **délai entre le screening et l'examen complémentaire**. Ce délai pourrait être considéré comme acceptable s'il est $\leq (15 + 5)$ 20 jours ouvrables dans 90% des cas, et souhaitable s'il est ≤ 20 jours ouvrables dans $> 90\%$.

En 2009-2010, le pourcentage de bilans sénologiques complémentaires au mammothest effectués dans le délai acceptable de 20 jours ouvrables est compris entre 10 % et 25 %.

Le délai médian entre un mammothest et examen d'imagerie complémentaire diminue en Belgique depuis le lancement du programme pour passer de 45 jours en 2003 à 30 jours en 2009-2010. Ce délai de mise au point s'est fortement réduit à Bruxelles (34 jours) et en Wallonie (31 jours) pour quasiment rejoindre le délai observé en Flandre (29 jours).
Ce délai pourrait se réduire à l'avenir grâce à l'introduction des mammographies numériques.

Malgré la nette amélioration des délais de mise au point, les recommandations européennes ne sont pas encore rencontrées. Rappelons que le délai de mise au point du mammothest dépend d'une suite d'étapes allant de l'information du médecin traitant, de sa collaboration pour informer sa patiente du résultat, au délai d'obtention d'un rendez-vous pour une mammographie diagnostique ou une échographie ou encore de la volonté de la patiente à se soumettre à la mise au point complémentaire.

III.6.3. Examens mammographiques suivis d'une ponction/biopsie complémentaire

Table 19 : Pourcentage du nombre d'EM suivis de biopsies et pourcentage de biopsies suivies d'une intervention chirurgicale (exérèse, tumorectomie et/ou mastectomie) dans les 365 jours²² qui suivent l'examen de référence

	Mammotests							
	N	Ponctions/biopsies après mammotest		Ponctions/biopsies suivie de chirurgie				
		n (a) ponction/ biopsies	n(a)/N	n (b) chirurgie		n(b)/N Proxy Malignant	Benign = 1-malignant	Ratio benign/malignant
				Proxy Malignant	Proxy Malignant			
Vlaams Gewest	267.446	2.786	1,0%	1.531	55,0%	45,0%	0,8	
Antwerpen	71.320	894	1,3%	446	49,9%	50,1%	1,0	
West-Vlaanc	53.636	588	1,1%	294	50,0%	50,0%	1,0	
Oost-Vlaand	59.085	531	0,9%	310	58,4%	41,6%	0,7	
Limburg	42.167	317	0,8%	212	66,9%	33,1%	0,5	
Vlaams Brab.	41.238	456	1,1%	269	59,0%	41,0%	0,7	
Région Bruxelles-Capitale	8.130	153	1,9%	54	35,3%	64,7%	1,8	
Région Wallonne	21.906	626	2,9%	194	31,0%	69,0%	2,2	
Hainaut	7.931	242	3,1%	88	36,4%	63,6%	1,8	
Liège	6.000	202	3,4%	47	23,3%	76,7%	3,3	
Luxembourg	1.674	39	2,3%	9	23,1%	76,9%	3,3	
Namur	2.848	60	2,1%	24	40,0%	60,0%	1,5	
Brabant Wall	3.453	83	2,4%	26	31,3%	68,7%	2,2	
Belgique	297.482	3.565	1,2%	1.779	49,9%	50,1%	1,0	

Période de l'examen de référence : 01.01.2009-30.06.2010

En 2009-2010, le pourcentage de mammotests suivis de ponctions ou de biopsies dépend de la région : 1,0% en Flandre, 1,9% à Bruxelles et 2,9% en Wallonie. Ce recours à la ponction/biopsie est inversement proportionnel au pourcentage de ponction/biopsies suivies de chirurgie : 55% en Flandre, 35% à Bruxelles, 31% en Wallonie.

La quatrième édition des *European guidelines for quality assurance in mammography screening and diagnosis*, décrit également comme indicateur de performance du programme le « **benign to malignant biopsy ratio** » : le ratio entre les biopsies bénignes et malignes.

²² Les pourcentages obtenus dans ce rapport sont plus élevés que ceux du rapport 7 parce que la période de suivi dans ce rapport 8 est de 12 mois au lieu de 3 mois dans le rapport 7.

Ce ratio est considéré comme acceptable s'il vaut 1:1 au premier tour ou aux tours suivants.
Il est considéré comme souhaitable s'il est $\leq 0,5:1$ au premier tour et $\leq 0,2:1$ aux tours suivants.

En l'absence d'informations anatomopathologiques ou cliniques, nous procédons à une approximation de cet indicateur à partir des prestations de ponctions et/ou biopsies et nous considérons comme malignes les biopsies suivies de chirurgie telle qu'une exérèse, tumorectomie ou mastectomie.

Nous obtenons pour l'année 2009 et le premier semestre 2010, 1179 mammothests suivis de ponction/biopsie et de chirurgie plus 5014 mammographies diagnostiques suivies de ponction/biopsie et de chirurgie.²³

Le pourcentage de biopsies suivies de chirurgie est le plus élevé en Flandre (55%), suivi de Bruxelles (35%) et de la Wallonie (31%).

Le rapport « **benign to malignant biopsy ratio** » peut-être considéré comme « acceptable » pour le programme de dépistage à Antwerpen et en West-Vlaanderen.

Mammographies diagnostiques

	N	Ponctions/biopsies après mammographie diagnostique		Ponctions/biopsies suivie de chirurgie	
		n (a)	(a)/N	n (b)	(b)/a
Vlaams Gewest	158.272	6.674	4,2%	2.870	43,0%
Antwerpen	35.930	1.602	4,5%	698	43,6%
West-Vlaanderen	17.346	861	5,0%	430	49,9%
Oost-Vlaanderen	28.407	983	3,5%	493	50,2%
Limburg	11.648	480	4,1%	218	45,4%
Vlaams Brabant	27.491	1.131	4,1%	477	42,2%
Région Bruxelles-Capitale	37.450	1.617	4,3%	554	34,3%
Région Wallonne	169.280	8.160	4,8%	2.144	26,3%
Hainaut	65.423	3.084	4,7%	887	28,8%
Liège	50.876	2.554	5,0%	621	24,3%
Luxembourg	9.268	498	5,4%	107	21,5%
Namur	23.395	1.120	4,8%	254	22,7%
Brabant Wallon	20.318	904	4,4%	275	30,4%
Belgique	327.552	14.834	4,5%	5.014	33,8%

Période de l'examen de référence : 01.01.2009-30.06.2010

²³ La Fondation Registre du cancer dénombre 4.508 cancers du sein diagnostiqués en 2009 et 4.715 en 2010.
<http://www.kankerregister.org>

Notons que 33.8% des **punctions/biopsies réalisées suite à une mammographie diagnostique** sont suivies d'une exérèse, tumorectomie ou mastectomie. Ce pourcentage est également plus élevé en Flandre (43%), qu'à Bruxelles (34%) et qu'en Wallonie (26%).

Table 20 : Percentiles des délais (en jours) entre les E.M. et les biopsies réalisées dans les 3 mois et Percentiles des délais (en jours) entre les E.M. et les chirurgies réalisées dans les 12 mois²⁴

		2009-2010											
		Mammographies diagnostiques						Mammotests					
		N	P10	P25	P50	P75	P90	N	P10	P25	P50	P75	P90
Biopsie	Flandre	4.535	0	0	6	17	37	2.423	15	22	33	46	62
	Bruxelles	1.454	0	0	0	9	28	133	17	23	35	53	69
	Wallonie	7.331	0	0	0	1	21	613	15	21	32	49	64
Belgique		13.320	0	0	0	9	28	3.169	15	22	33	47	63
Chirurgie	Flandre	2.952	10	15	25	54	179	1.845	28	37	51	78	197
	Bruxelles	665	19	27	43	124	220	65	32	52	70	109	181
	Wallonie	2.505	17	25	36	74	206	236	35	47	64	105	207
	Belgique	6.122	13	19	32	68	196	2.146	28	38	53	83	197

Période de l'examen de référence : 01.01.2009-30.06.2010.

Les délais observés pour les biopsies suivent à quelques jours près les délais observés pour la mise au point par imagerie complémentaire. Après mammotest, 50% des biopsies sont réalisées dans le mois (32 à 35 jours) et 90% dans les deux mois (62 à 69 jours).

Les délais observés entre le mammotest et la chirurgie sont supérieurs aux délais pour la mise au point de deux semaines pour un quart des femmes (P25), de moins d'un mois pour la moitié des femmes (P25 à P75) et supérieur à 4 mois pour 15% d'entre elles (P75 à P90).

Ces dernières sont probablement traitées en partie par chimiothérapie néoadjuvante.

IV. Pistes pour l'amélioration de la participation

IV.1 Contexte

Les différents rapports de l'AIM ont mis en évidence une trop faible couverture du dépistage. Dans le précédent rapport, le suivi des femmes sur 6 ans a montré que, dans les trois régions, un quart des femmes n'ont réalisé aucun examen mammographique au cours des trois périodes étudiées et, qu'au niveau belge, seules 37 % des femmes étaient examinées trois fois. Les récentes données ont confirmé la tendance. L'analyse de survie présentée de ce rapport indique que seules 55% des femmes qui ont réalisé un dépistage entre 2002 et 2009 participent toujours au dépistage après 6 ans.

Pour inciter plus de femmes à participer au programme de dépistage et augmenter leur fidélisation, les acteurs du programme de dépistage organisé (Communautés, le Registre du cancer, la Fondation contre le cancer, le centre du cancer, l'INAMI et les mutualités) ont dégagé en 2009 une série de pistes :

- identifier et caractériser les femmes « non dépistées » ;
- réaliser des études auprès des femmes afin de cerner les freins au dépistage ;
- tester l'implication des médecins généralistes dans la promotion et la prescription du dépistage organisé ;
- soutenir et encourager les initiatives locales de promotion du programme national de dépistage.

Ces pistes ont été explorées par différentes actions.

IV.2 Actions

IV.2.1. L'étude sur les déterminants de la non-participation au dépistage

Dans ce contexte de participation insuffisante au dépistage, les trois communautés en charge du programme, la Fondation contre le Cancer et l'AIM ont étudié en partenariat les caractéristiques du public cible de ce dépistage et tout particulièrement des femmes qui n'y participent pas.²⁵

IV.2.2. L'outil cartographique (Toolkit)

En collaboration avec ces derniers, outre une analyse des déterminants de la non-participation de ces femmes au dépistage du cancer du sein, l'AIM a développé un « outil cartographique »²⁶ permettant d'élaborer et d'évaluer les actions de promotion du dépistage du cancer du sein au niveau local, de la région au secteur statistique.

²⁶ Les indicateurs contenu dans cet outil cartographique, actuellement actualisés jusqu'en 2012, sont publiés en ligne sur le site <http://atlas.aim-ima.be> de l'Agence Intermutualiste.

IV.2.3. En 2010-2011, les Femmes Prévoyantes Socialistes²⁷, en collaboration avec Solidaris - Mutualité Socialiste ont mis en place une recherche-action

sur le dépistage du cancer du sein dans différents quartiers (de Wallonie et Bruxelles) ayant un plus faible taux de dépistage que la moyenne belge. L'objectif de cette recherche était de mettre en évidence les freins au dépistage du cancer du sein et d'y répondre par des actions concrètes, d'en évaluer l'impact pour ensuite proposer des pistes de solutions et des recommandations.

Les pistes d'amélioration dégagées sur base de la recherche-action sont :

- informer les femmes des avantages et inconvénients du dépistage pour qu'elles puissent décider ou non d'y participer en connaissance de cause ;
- davantage impliquer les médecins généralistes ;
- améliorer divers aspects pratiques du programme par mammothest (tels que : faciliter la prise de rendez-vous, améliorer la qualité des dispositifs relationnels entourant l'examen) ;
- le « recrutement » via les campagnes d'information et la lettre d'invitation montre ses limites. Il est nécessaire de trouver de nouveaux moyens pour toucher les femmes qui ne participent à aucun dépistage ;
- mettre en place et formaliser des espaces de rencontre entre les acteurs de première ligne et les acteurs de santé publique» pour une meilleure articulation et plus d'efficacité de leur travail respectif.

IV.2.4 Un projet pilote de promotion du dépistage a été développé en Flandre Occidentale

En mai 2012, suite aux constatations sur la non-participation d'une grande partie de la population cible et grâce au développement de l'outil cartographique, l'AIM s'est adressée au Collège intermutualiste provincial de Flandre Occidentale pour mettre en route un projet pilote en Flandre Occidentale. Ce projet a été développé en concertation avec la Communauté Flamande (VAZG²⁸) pour étudier l'utilisation potentielle des informations disponibles dans l'outil cartographique par les autorités locales et les acteurs du terrain afin d'améliorer l'efficacité des projets locaux de promotion aux campagnes de dépistage.

Le projet a débuté sa phase opérationnelle début 2013.

Quatre communes 'pilotes' (Wervik, Koekelare, Brugge et Roeselare) ont été sélectionnées sur base des critères suivants :

- répartition géographique dans la province,
- type d'urbanisation et taille (commune rurale, petite ville, ville 'centre'),
- situation 'atypique' par rapport à la couverture provinciale,
- moyenne communale similaire à la provinciale, mais grande variation intra-communale des couvertures au niveau des quartiers.

²⁷ <http://www.femmesprevoyantes.be/outils-publication/etudes/Sante/Pages/Depistage-cancer-du-seinZAP.aspx>

²⁸ Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

Afin d'optimiser la coordination des acteurs concernés, il a été demandé à chaque commune d'élaborer les actions locales avec tous les acteurs concernés : CPAS, mutualités, Centrum voor Kankeropsporing (CvKO), médecins généralistes, Logo's, associations de femmes, ...

Les actions se sont développées sur deux axes :

- Actions de sensibilisation générales organisées par l'ensemble des acteurs, parfois concentrées dans des quartiers spécifiques (Koekelare, Roeselare, Brugge).
- Intensification du rôle du médecin généraliste (MG) comme coordinateur des soins pour ses patients par le biais du Dossier médical global (DMG) (Wervik, Roeselare, Koekelare).

L'outil cartographique mis à jour (données 2005-2010), a été combiné avec un autre programme développé par l'AIM permettant d'attribuer à chaque médecin généraliste sa patientèle et son taux de participation au programme de dépistage.

Par le biais des médecins-conseils des mutualités²⁹, les médecins généralistes intéressés (à Wervik, Roeselare, Koekelare), ont reçu/vont recevoir une liste nominative de leurs patientes ayant souscrit un DMG³⁰ qui font partie de la population cible au 1er janvier 2014, et qui n'ont jamais participé au dépistage au cours de la période 2005-2010³¹ ou 2007-2012³². Les médecins généralistes ont validé et complété la liste pour les femmes tout récemment dépistées qui ne faisaient pas encore partie de la base de données AIM.

Les médecins généralistes se sont montrés très enthousiastes à l'idée de recevoir ces informations.

Sur base de cette liste, le médecin généraliste sensibilise personnellement sa patientèle non dépistée à participer au programme.

A Wervik, cela a donné lieu à une lettre personnalisée en trois langues (néerlandais, français ou russe), rôle linguistique de la patiente –non soumis à la législation linguistique de la province- à déterminer par le médecin généraliste, annexée à la lettre officielle d'invitation envoyée par le CvKO.

A Brugge, le projet se concentre sur le quartier de Zeebrugge (haut taux de non-participation), où principalement deux pratiques médicales sont actives. Sur base de cette information, le CPAS de Brugge a mis en place toute une série d'activités en collaboration avec les deux pratiques.

²⁹ Loi du 14 juillet 1994, Art. 153 § 1er. Les médecins-conseils ont pour missions :

1) **de conseiller, d'informer et de guider les assurés sociaux** afin de garantir que les soins et les traitements les plus adéquats, leur sont dispensés au meilleur coût, en tenant compte des ressources globales de l'assurance soins de santé et indemnités;

2) **d'informer les dispensateurs de soins** afin de les éclairer sur l'application correcte de la réglementation relative à l'assurance soins de santé, en **veillant à l'utilisation optimale des ressources** de cette assurance.

³⁰ DMG souscrit chez ce médecin généraliste.

³¹ Données de prestation du 01.01.2005 au 31.12.2010 (données comptables juin 2013)

³² A Roeselare (contacté plus tard) et Koekelare (deuxième contact) les médecins généralistes recevront une liste basée sur les données 2007-2012, contrairement à Wervik, où la liste était basée sur 2005-2010, mais avec contrôle supplémentaire de la situation jusqu'au premier semestre comptable 2013

A Roeselare également, l'approche personnalisée sera appliquée, en combinaison avec les activités organisées par la commune au niveau de la semaine contre le cancer.

A Koekelare, ne disposant pas encore de la distinction entre femmes dépistées ou non par pratique, le CvKO a envoyé en annexe à l'invitation officielle, une lettre personnalisée du médecin généraliste gestionnaire du DMG de la patiente en question.

Aux mois d'octobre/novembre 2014, en concertation avec le CvKO, les résultats de cette approche par courrier personnalisé, signé par le médecin généraliste de la patiente, pourront être évalués.

A Wervik et à Roeselare, partant de la liste initiale de femmes non dépistées pour la période 2005-2010, le CvKO pourra présenter combien de ces femmes ont effectivement participé.

Après l'évaluation, les médecins généralistes de Wervik désirent envoyer un questionnaire à leurs patientes n'ayant toujours pas participé, pour en connaître les raisons.

Enfin, ce type d'exercice pourrait permettre d'évaluer l'effet du DMG+ sur le dépistage du cancer du sein.

A titre d'exemple, voici la situation en termes d'affiliation au DMG+ et (non) participation au dépistage à Roeselare. Sur le total des 49 pratiques actives à Roeselare, 660 patientes sont détectées par l'outil cartographique 2005-2010³³ comme n'ayant pas réalisé de dépistage les 6 années précédentes. De ces 660 patientes, 125 ou 18,9% disposent d'un DMG+.

Table 21 : Femmes non dépistées avec et sans DMG+ par pratique médicale à Roeselare

N femmes non dépistées par pratique	Nombre de pratiques	N femmes non dépistées	% femmes non dépistées	% Cumulatif femmes non dépistées	N femmes non dépistées avec DMG+	% femmes non dépistées avec DMG +
>= 40	3	142	21,5%	21,5%	6	4,2%
>= 30	3	107	16,2%	37,7%	30	28,0%
>= 20	7	168	25,5%	63,2%	37	22,0%
>= 10	11	166	25,2%	88,3%	38	22,9%
>= 5	7	46	7,0%	95,3%	6	13,0%
< 5	18	31	4,7%	100,0%	8	25,8%
Total	49	660	100,0%		125	18,9%

³³ Patientes faisant partie de la population-cible au premier janvier 2014

V. Conclusion

V. 1. Programme national de dépistage du cancer du sein : bilan après 10 ans de dépistage organisé

En 1993, l'Union Européenne publie le premier « European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening ».

Il existe alors un consensus sur l'utilité d'un programme de dépistage systématique par mammographie chez les femmes asymptomatiques de 50 à 70 ans, pourvu qu'il s'accompagne d'un dispositif d'assurance qualité. Une couverture de 70% entraînerait une diminution de mortalité de 30%.

En 2001, la Belgique met sur pied un programme national de dépistage du cancer du sein qui donne l'occasion tous les deux ans, à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans, d'être dépistées gratuitement par un mammothest. Le mammothest répond aux normes de qualité de l' « Europe Contre le Cancer »: l'équipement est soumis à des contrôles stricts de qualité et le mammothest fait l'objet d'une deuxième lecture par un radiologue indépendant. Il est également recommandé de ne pas réaliser plus de 5% d'échographie (examen d'imagerie complémentaire).

En Belgique, avant la mise en place du programme, il existait déjà de grandes habitudes de dépistage spontané par mammographie classique (appelée ici diagnostique). Le dépistage opportuniste n'offre pas toujours les garanties de qualité du dépistage organisé et a un coût supplémentaire important pour la société. En effet, la mammographie classique, suivie d'une échographie, coûte 44 euros de plus que le mammothest, et après remboursement coûte encore près de 15 euros pour la femme. De plus, le dépistage spontané se caractérise par le recours quasi systématique (plus de 80%) au bilan sénologique (mammographie diagnostique et échographie).

V.2. Participation au dépistage

Evolution du taux de couverture et différences régionales

Depuis l'instauration du programme, l'Agence Intermutualiste compile les données de l'ensemble des organismes assureurs et rend compte de l'évolution du programme. Elle étudie entre autre la participation au programme et son impact sur le dépistage spontané.

De 2008 à 2010, la participation tant au dépistage organisé qu'opportuniste stagne dans les trois régions. La participation au programme reste très faible en Wallonie et à Bruxelles.

En Belgique, avant le lancement du programme il existait des différences régionales importantes de dépistage spontané. En Flandre 33% des femmes -âgées de 50 à 69 ans- réalisaient une mammographie diagnostique, alors qu'à Bruxelles et en Wallonie elles étaient 48% et 47% à s'y soumettre.

Après 10 ans de programme, en 2009-2010, les différences régionales de participation des femmes de 50-69 ans au programme de dépistage par mammothest persistent. Les couvertures de dépistage par mammothest s'élèvent à 45% en Flandre, 11% à Bruxelles et 7% en Wallonie. Ces différences d'adhésion au programme sont liées entre autre aux différences de niveaux de participation au dépistage spontané préexistantes au programme.

La couverture totale (mammothest + mammographie diagnostique) n'a augmenté que d'environ 10% en Wallonie et à Bruxelles pour atteindre environ 55%. Elle monte à 64% en Flandre.

Recrutement de femmes dépistées par mammothest et fidélité au programme

En région flamande, en 2009-2010, le pourcentage de nouvelles femmes recrutées par le programme diminue franchement (15%), ce qui peut s'expliquer par l'essor qu'a pris le programme dès son démarrage en 2001 où les habitudes de dépistage opportuniste étaient nettement moins ancrées. Le pourcentage de population régulière au mammothest est de 47%, peu de femmes (17%) quittent le programme. La régularité (fidélité) au programme augmente avec l'âge sauf pour les femmes plus âgées (65-69 ans).

A Bruxelles et en Wallonie, le pourcentage de femmes nouvellement recrutées par le programme diminue très peu, mais reste faible (26% et 29%). Le pourcentage de femmes régulière est très faible (7% et 5%). Le pourcentage de femmes perdues avec un mammothest reste par contre élevé (34% et 37%). Les femmes sont très peu fidèles au mammothest.

Participation en fonction de l'âge

Comme déjà observé avant le programme, la couverture du dépistage opportuniste diminue progressivement avec l'âge qui augmente, et ce dans les trois régions.

En Wallonie et à Bruxelles, le programme recrute de la même façon dans toutes les tranches d'âge ; alors qu'en Flandre, la couverture par mammothest diminue légèrement chez les femmes de 65 à 69 ans.

Dans les trois régions, cette diminution de la participation au dépistage avec l'âge se reflète dans la couverture totale, en particulier chez les femmes de 65 à 69 ans chez qui la couverture est plus faible.

Le mammothest recrute de façon plus uniforme dans toutes les tranches d'âge.

Participation en fonction du statut social BIM

Comme déjà observé avant le programme, et de façon attendue, les femmes BIM bénéficiaires du remboursement majoré des soins, défavorisées socialement, réalisent moins de dépistage opportuniste.

En Wallonie et à Bruxelles, le programme de dépistage du cancer du sein semble un peu mieux sensibiliser les femmes issues de milieux défavorisés que le dépistage opportuniste par mammographie diagnostique. Mais le nombre de femmes recrutées par le programme reste néanmoins très faible.

En Flandre, où le programme est beaucoup plus largement suivi, il persiste une participation un peu plus faible des femmes BIM au programme.

Malgré la gratuité du mammothest, les écarts entre les femmes bénéficiaires du remboursement majoré- BIM- et les autres persistent au niveau de la couverture totale.

V.3. Paramètres qualitatifs du dépistage

Les examens d'imagerie complémentaire

Les guidelines européens recommandent un examen d'imagerie complémentaire (essentiellement l'échographie, la mammographie diagnostique) pour 20 femmes dépistées par mammothest dans le cadre du programme.

En 2009-2010, 6% des mammothests sont suivis d'examen d'imagerie complémentaire. Ici encore on constate des différences régionales : 5% en Flandre, 12% à Bruxelles et 14% en Wallonie. Ce plus haut taux de recours à l'échographie en Wallonie et à Bruxelles s'explique, en partie, par la pratique de suivi des seins denses par une échographie et par la demande de nouveaux clichés lorsque les clichés antérieurs ne sont pas à disposition.

Le pourcentage de mammographies diagnostiques suivies d'échographies (bilan sénologique) reste particulièrement très élevé à 86%, l'essentiel des échographies sont réalisées le même jour que la mammographie diagnostique.

Les délais

Malgré la nette amélioration des délais de mise au point, les recommandations européennes ne sont pas encore rencontrées.

Le délai médian de mise au point de la mammographie de dépistage recommandé est de 20 jours, alors que celui du mammothest atteint 30 jours.

Les ponctions et biopsies du sein

Le pourcentage de mammothests suivis d'une ponction ou biopsie du sein, en 2009-2010, égal à 1,0% en Flandre, 1,9% à Bruxelles, et 2,9% en Wallonie.

Le pourcentage d'examens mammographiques diagnostiques suivis par une ponction ou une biopsie du sein s'élève à 4,2% en Flandre, 4,3% à Bruxelles, et 4,8% en Wallonie.

Les ponctions ou biopsies suivies de chirurgie

Le ratio « benign to malignant biopsy ratio » peut-être considéré comme « acceptable » (1 biopsie maligne : 1 biopsie bénigne) à Antwerpen et en West-Vlaanderen.

V.4. Remise en question de la balance bénéfiques – désavantages du dépistage organisé du cancer du sein

Il y a 20 ans, suite à un large consensus sur l'efficacité d'un programme de dépistage par mammographie, les European guidelines sont publiés.

Depuis plusieurs années, de nombreuses études remettent en question la balance bénéfices et désavantages du dépistage organisé du cancer du sein. Le bénéfice attendu, une diminution importante de la mortalité par cancer du sein, est mis en doute par certains auteurs.

Sont avancés, entre autre, l'amélioration des traitements curatifs. Des études³⁴ ont mis en évidence une meilleure détection des petits cancers avec pour inconvénient le sur-diagnostic et par conséquent le sur-traitement. Certains auteurs³⁵ soutiennent dès lors qu'une révision s'impose en matière de politique de dépistage systématique du cancer du sein par mammographie.

Dans le même temps, de nouvelles études continuent à montrer l'efficacité du programme à long-terme³⁶.

Une information claire sur les avantages et inconvénients du programme de dépistage devrait être dispensée aux femmes cibles afin qu'elles puissent décider ou non d'y participer en connaissance de cause.

³⁴ Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 6.

³⁵ www.minerva-ebm.be

³⁶ Swedish two country trial : impact of mammography screening on breast cancer mortality during 3 decades. Radiology 2011; 260; 658-63

VI. NOMENCLATURE

Code de nomenclature	Libellé	Date entrée en vigueur	Date suppression
Mammographies			
450096, 461090	Mammographie 'diagnostique' ambulatoire		
450192, 450203	Mammographie de dépistage (mammothest) première lecture		
450214, 450225	Mammographie de dépistage (mammothest) deuxième lecture		
Echographie du sein			
460132, 460143, 469394, 469405			
IRM du sein			
459476, 459480			
Ponction et biopsie			
355670	Ponction de la glande mammaire pour examen cytologique ou injection	01/01/1991	
355681	Ponction de la glande mammaire pour examen cytologique ou injection	01/01/1991	
227091	Biopsie incisionnelle de la glande mammaire	01/04/1985	
227102	Biopsie incisionnelle de la glande mammaire	01/04/1985	
Résection et mastectomie			
226962	Intervention selon Urban	05/06/1985	01/12/2008
226973	Intervention selon Halsted ou Pattey avec examen anatomo-pathologique extemporané	05/06/1985	01/12/2008

226984	Intervention selon Halsted ou Pattey avec examen anatomo-pathologique extemporané	05/06/1985	01/12/2008
226995	Intervention selon Halsted ou Pattey	05/06/1985	01/12/2008
227006	Intervention selon Halsted ou Pattey	05/06/1985	01/12/2008
227010	Exérèse d'une tumeur située au-dessus du fascia dans les parties molles mais avec résection totale de l'organe dans lequel se situe la tumeur	05/06/1985	01/12/2008
227021	Exérèse d'une tumeur située au-dessus du fascia dans les parties molles mais avec résection totale de l'organe dans lequel se situe la tumeur	05/06/1985	01/12/2008
227636	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne	01/12/2008	
227640	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne	01/12/2008	
227651	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne et résection du ganglion sentinelle	01/12/2008	
227662	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne et résection du ganglion sentinelle	01/12/2008	
227673	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne et résection du ganglion sentinelle avec examen anatomo-pathologique peropératoire du ganglion sentinelle	01/12/2008	
227684	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne et résection du ganglion sentinelle avec examen anatomo-pathologique peropératoire du ganglion sentinelle	01/12/2008	
227695	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne avec évidement axillaire	01/12/2008	
227706	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne avec évidement axillaire	01/12/2008	
227710	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne et résection du ganglion sentinelle qui en cas d'envahissement tumoral démontré à l'examen anatomo-pathologique peropératoire est suivi d'un évidement ganglionnaire de l'aisselle	01/12/2008	

227721	Résection complète du sein (mastectomie) pour tumeur maligne et résection du ganglion sentinelle qui en cas d'envahissement tumoral démontré à l'examen anatomo-pathologique peropératoire est suivi d'un évidement ganglionnaire de l'aisselle	01/12/2008
227732	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante	01/12/2008
227743	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante	01/12/2008
227754	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, non-palpable, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante, après procédure de localisation	01/12/2008
227765	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, non-palpable, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante, après procédure de localisation	01/12/2008
227776	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle	01/12/2008
227780	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle	01/12/2008
227791	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle avec examen anatomo-pathologique peropératoire du ganglion sentinelle	01/12/2008

227802	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle avec examen anatomo-pathologique peropératoire du ganglion sentinelle	01/12/2008
227813	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle qui en cas d'envahissement tumoral démontré à l'examen anatomo-pathologique peropératoire est suivi d'un évidement ganglionnaire de l'aisselle	01/12/2008
227824	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante et résection du ganglion sentinelle qui en cas d'envahissement tumoral démontré à l'examen anatomo-pathologique peropératoire est suivi d'un évidement ganglionnaire de l'aisselle	01/12/2008
227835	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante, et un évidement ganglionnaire de l'aisselle	01/12/2008
227846	Résection complète, conservatrice du sein, d'une tumeur maligne démontrée, avec résection d'une marge de sécurité macroscopiquement suffisante, et un évidement ganglionnaire de l'aisselle	01/12/2008

Remarque : les codes Exérèse d'une tumeur ou d'un kyste de la glande mammaire (227032-227043), Et Mammectomie partielle ou tumorectomie associée à un curage ganglionnaire axillaire (227054-227065), ne sont pas repris dans les codes Résection et mastectomie parce qu'ils sont considérés comme de la chirurgie pour pathologie bénigne.

VII. COÛT DU DÉPISTAGE

Coûts comparatifs du dépistage opportuniste réalisé par un radiologue ou un gynécologue avec le coût du dépistage organisé

En vigueur le 01,01,2014	Honoraires €	Bénéficiaire ordinaire		BIM/OMNIO	
		INAMI	Patiente	INAMI	Patiente
Radiologue (accrédité)					
1 mammographie (450096)	22,62	20,14	2,48	22,62	0
1 mammographie (450096)	22,62	20,14	2,48	22,62	0
Honoraire forfaitaire (460994)	23,89	23,89	0	23,89	0
Honoraire de consultation (460795)	26,4	18,96	7,44	23,43	2,97
Total de 2 mammographies	95,53	83,13	12,4	92,56	2,97
Echographie du sein (460132)	19,82	17,45	2,37	19,82	0
Total 2 mammographies + écho	115,35	100,58	14,77	112,38	2,97
Gynécologue (accrédité)					
1 mammographie (461090)	22,62	20,14	2,48	22,62	0
1 mammographie (461090)	22,62	20,14	2,48	22,62	0
Total de 2 mammographies	45,24	40,28	4,96	45,24	0
Echographie du sein (469394)	19,82	17,45	2,37	19,82	0
Total de 2 mammographies + écho	65,06	57,73	7,33	65,06	0
Consultation (102535)	24,48	16,25	8,23	21,67	2,81
Total 2 mammo+echo+consult	89,54	73,98	15,56	86,73	2,81
Dépistage organisé					
Mammotest (450192)	60,31	60,31	0	60,31	0
Deuxième lecture (450214)	6,03	6,03	0	6,03	0
Total	66,34	66,34	0	66,34	0

VIII. BIM BÉNÉFICIAIRES DE L'INTERVENTION MAJORÉE³⁷

1. Octroi automatique pour les bénéficiaires d'une des allocations suivantes (sans condition de revenus),
 - le revenu d'intégration du CPAS
 - la garantie de revenus aux personnes âgées
 - l'allocation de personne handicapée, octroyée par le Service public fédéral (SPF) Sécurité sociale
 - pour un enfant reconnu atteint d'un handicap d'au moins 66%
 - pour les mineurs étrangers non accompagnés (MENA).
 - pour un enfant orphelin de père et mère.
2. En fonction des revenus du ménage, sur demande auprès de la mutualité.

Les titulaires dont le revenu annuel est inférieur à 16.965,47 € € (+ 3.140,77 € par personne à charge) (01/01/2014).

- veuf(ve), invalide, pensionné(e),
- reconnu(e) comme personne handicapée
- chômeur(se) complet(ète) ou en incapacité de travail depuis au moins un an
- famille monoparentale

Les titulaires dont le revenu annuel est inférieur à 16.743 € (+ 3.099 € par personne à charge) (01/01/2014).

- qui ne sont pas dans les situations précitées.

IX. Bibliographie

IX.1. Recommandations européennes

European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening,
European Communities, 1993

Epidemiological guidelines for quality assurance in breast cancer screening and
diagnosis, fourth edition

³⁷ Source : www.inami.fgov.be

European Communities, 2006

Quality assurance in the diagnosis of breast disease

N.M. Perry, EUSOMA (European Society of Mastology), European Journal of Cancer 37 (2001) 159-172

The requirements of a specialist breast unit

EUSOMA (European Society of Mastology), European Journal of Cancer 36 (2000) 2288-2293

IX.2. Études

Dépistage du cancer du sein: messages en support d'un choix informé

Publication - KCE Reports 216 - Good Clinical Practice (GCP) - 2014

Incertitude croissante quant à l'utilité du dépistage du cancer du sein

Lemiengre M. - Minerva Online 2014-07-15

Le programme actuel de dépistage du cancer du sein a-t-il encore un avenir ?

Poelman T. - Minerva 2014 13(6):66-66

<http://www.gezondheidsconferentie-kankeropsporing.be>

Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2013, Issue 6.

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 7 de l'Agence Intermutualiste

Comparaison des trois premiers tours 2002-2003, 2004-2005 et 2006-2007

V. Fabri, A. Remacle; Agence Intermutualiste; Septembre 2010

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 6 de l'Agence Intermutualiste

Comparaison des trois premiers tours 2001-2002, 2003-2004 et 2005-2006

V. Fabri, A. Remacle; Agence Intermutualiste; Septembre 2009

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 5 de l'Agence Intermutualiste

V. Fabri, A. Remacle, R. Mertens ; Agence Intermutualiste; Septembre 2007

Cancer du sein Dépistage Mammothest

A. Vandebroucke ; Education Santé, n° 225 ; août 2007

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; Juin 2008

Les dossiers de l'observatoire : Rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise, Période : juin 2002 à décembre 2005

Observatoire de la santé et du social Bruxelles
Commission communautaire commune

Mammographies et dépistage des cancers du sein :
Pour un choix éclairé des femmes désirant participer au dépistage
La revue Prescrire ; 2006/ 26 n°272 ;p. 348-374

Dépister les cancers du sein sans mammographie ?;
La revue Prescrire ; 2006/26 n°271 ;p. 286-289

Dossier médical global: Evolution et variation des taux de couverture de la population de septembre 2004 à octobre 2005
JM.Laasman, B. Lange; UNMS; 2006

Vlaamsbevolkingonderzoek naar borstkanker
Ministerie Vlaamse Gemeenschap; 2005

Dépistage du cancer du sein. KCE reports. vol IIB
P. Dominique, M. Françoise, B. Luc ; Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé ;
2005

Opportunité de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans
M.Puddu, J. Tafforeau; IPH/EPI reports Nr 2005-001

Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale
ANAES ; 2005

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 5 de l'Agence Intermutualiste
V. Fabri, A. Remacle, R. Mertens ; Agence Intermutualiste; Septembre 2007

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 4 de l'Agence Intermutualiste
V. Fabri, A. Remacle, R. Mertens ; Agence Intermutualiste; Septembre 2006

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 3 de l'Agence Intermutualiste
V. Fabri, A. Remacle, R. Mertens ; Agence Intermutualiste; Juin 2005

Programme de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 2 de l'Agence Intermutualiste
Version 2
K. De Gauquier, A. Remacle, V. Fabri, R. Mertens ; Agence Intermutualiste;
Novembre 2004

Rapport d'élaboration de référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles,
Dépistage du cancer du sein en médecine générale
ANAES – SFMG ; Septembre 2004

Le programme de dépistage du cancer du sein
Programme de la Communauté française en partenariat avec les provinces wallonnes
D. Beghin, A. Vandenbroucke, A. charbonnier, V Fabri ; Mars 2004

Indicateurs Economiques et Sociaux
Office national d'allocations familiales pour travailleurs salariés ; Edition 2004

Observatoire de la santé du Hainaut. Dépistage du cancer du sein. Evaluation de
l'activité en Province du Hainaut ; Année 2003

Mammografische opsporing van borstkanker in België: analyse van de gezondheids
enquêtes 1997 en 2001
F. Capet, M. Arbijn, M. Arbaca ; IHP/EPI – Reports N°2003-08

Campagne de dépistage du cancer du sein. Rapport n° 1 de l'Agence Intermutualiste
V. Fabri, C. Gaussin, K. De Gauquier ; Agence Intermutualiste ; Octobre 2002

Trend of breast cancer mortality in Belgium.
M. Arbyn, F. Capet, M. Abarca, IHP/EPI – D/2002/2505/47, 2002.

Le dépistage du cancer du sein en questions
V. Fabri, Union Nationale des Mutualités socialistes ; Février 2001

Assessment of radiation risk from screening mammography.
Freig SA ; Cancer 1996; 775: 818-822.

IX.3. Arrêtés royaux et protocoles

Projet de protocole visant une collaboration entre l'État Fédéral, le Ministère des
Affaires Sociales, de la Santé Publique et de l'Environnement et les Communautés
en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie.
Le 25 octobre 2000, Conférence interministérielle Santé publique.

Arrêté royal, paru le 31 mai 2001, modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant
fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de
l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations.

Arrêté royal, paru le 31 mai 2001, modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984
établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance
obligatoire soins de santé et indemnités.

Arrêté royal, paru le 28 mars 2003 et entré en vigueur le 1 mai 2003, modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

IX.4. Sites Internet des communautés

www.lemammotest.be

www.brumammo.be

www.zorg-en-gezondheid.be/Ziektes/Borstkankeropsparing

X. Remerciements

Nous remercions tout particulièrement pour leur participation, leur lecture attentive et leurs conseils avisés : Anne Vandenbroucke, Jean-Benoît Burrion, Joeri Guillaume, Bram Peters, Caroline Boltz, Birgit Gielen, Elise Rummens.
