
PLATE-FORME POUR LA PROMOTION DE LA QUALITE

SSMG - Domus Medica - INAMI - AIM - KCE - ABSYM - CARTEL

Dr. xxxxxxxxx xxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxx xx xxx
xxxx xxxxxxxx

DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Feedback individuel

Numéro INAMI : xxxxxxxx

Prescription ambulatoire

Gynécologues

Données 2002 à 2007

Prière de conserver ce document pour discussion dans votre GLEM

Novembre 2009

CONTENU DU FEEDBACK DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN

1^{re} partie : CONTEXTE DU FEEDBACK - DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN	3
1.1 Dépistage du cancer du sein : le point sur la situation	3
1.2 Objectifs	3
1.3 À qui s'adresse ce feedback ?	3
1.4 Méthodologie	4
1.5 Point de contact	4
2^e partie : MESSAGES SCIENTIFIQUES	5
2.1 Quels sont les avantages du programme de dépistage organisé ?	5
2.2 Quel est votre rôle ?	6
2.3 Pourquoi les femmes de 50 à 69 ans ?	6
2.4 Pourquoi tous les 2 ans ?	6
2.5 Quelle attitude chez les femmes à risque majoré?	7
2.6 Quelle place pour les autres méthodes de dépistage ?	7
2.7 Une échographie est-elle indiquée en cas de seins denses ?	7
2.8 Que conseiller aux femmes porteuses d'implants mammaires ?	7
2.9 Quelles sont les limites du dépistage du cancer du sein ?	7
2.10 Quels sont les bénéfices attendus d'un programme de dépistage organisé ?	8
2.11 Quel taux de participation voulons-nous atteindre ?	8
2.12 Bibliographie	8
2.13 Sites internet	9
3^e partie : DONNÉES DU FEED-BACK INDIVIDUEL	10
3.1 Quel est votre groupe de contacts et votre population cible ?	10
3.2 Combien d'exams mammographiques sont effectués dans votre population cible ?	11
3.3 Combien de femmes ont bénéficié d'un examen mammographique?	11
3.4 Quel est le profil de dépistage des femmes de votre population cible éligibles pendant 6 ans?	11
3.5. Qui sont les prescripteurs des examens mammographiques dans votre population cible de femmes examinées?	12
3.5.1. <i>Prescripteurs de mammothests</i>	12
3.5.2. <i>Prescripteurs de mammographies</i>	12
3.6. Qu'en est-il des examens sénologiques complémentaires?	13
3.6.1. <i>Dans les 90 jours après un mammothest</i>	13
3.6.1. <i>Dans les 90 jours après une mammographie</i>	13
GLOSSAIRE	14

Plate-forme pour la promotion de la qualité

Ce feedback a été élaboré par la **Plate-forme pour la Promotion de la Qualité**, un groupe de travail du Conseil National de la Promotion de la Qualité.

Plusieurs instances collaborent au sein de la Plate-forme Promotion de la Qualité :

- les associations scientifiques de médecins : SSMG et Domus Medica ;
- les autorités publiques : l'INAMI et le Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) ;
- les organismes assureurs et l'Agence Intermutualiste (AIM-IMA) ;
- les représentants des organisations professionnelles de médecins : ABSYM et CARTEL
- et autres partenaires plus spécifiquement liés au thème développé

En ce qui concerne ce feedback 'Dépistage du cancer du sein', citons

- le Centre du Cancer,
- les organes communautaires organisant le programme de dépistage :
het Consortium van Erkende Regionale Screeningscentra, le Centre Communautaire de Référence (CCR), Brummamo
- les autorités politiques communautaires

1.1 Dépistage du cancer du sein : le point sur la situation

Le programme de dépistage du cancer du sein a débuté en juin 2001 en Flandre et en juin 2002 à Bruxelles et en Wallonie. Les chiffres de participation de 2002 à 2007, présentés en 3 périodes de 2 ans dans le tableau ci-dessous, montrent une nette augmentation, même s'il semble que cette croissance ralentit.

Tableau : *Evolution de la participation (en %) des femmes âgées de 50 à 69 ans à un examen mammographique via mammothest (450192-450203), via mammographie (450096, 461090) et au total.*

	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Couverture par mammothest	22%	25%	30%
Couverture par mammographie	32%	31%	31%
Couverture totale	54%	56%	61%

Deux constats attirent particulièrement l'attention :

- Au cours de la période 2002-2007, 24% des femmes éligibles (N=852.550) dans notre pays n'ont effectué aucun examen mammographique. De plus, 15% des femmes éligibles n'ont été examinées qu'une seule fois en 6 ans.

- Au lancement du programme organisé, 38% des femmes du groupe cible se faisaient dépister spontanément (via mammographie). En 2006-2007, 30% des femmes de notre pays sont dépistées via le mammothest, mais 31% le sont par mammographie. Il est important que les médecins et les femmes modifient leurs anciennes habitudes de dépistage opportuniste (via mammographie) et pratiquent le dépistage tel qu'il est actuellement recommandé et organisé par le programme (via mammothest).

C'est dans ce cadre que la Plate-forme pour la Promotion de la Qualité, groupe de travail du Conseil National de la Promotion de la Qualité, vous propose ce feedback.

La participation des femmes de 50 à 69 ans au programme de dépistage n'est pas encore optimale. Il se peut qu'un pourcentage important de votre groupe de contacts féminins ne soit pas (encore) touché par le programme de dépistage. Vous trouverez vos données individuelles dans la troisième partie de ce feedback.

1.2 Objectifs

Ce feedback a un triple objectif :

1. Rappeler les recommandations scientifiques concernant le dépistage organisé du cancer du sein.
2. Fournir des données chiffrées pertinentes au sujet des pratiques de dépistage du cancer du sein.
3. Stimuler la promotion du dépistage du cancer du sein via le mammothest auprès des femmes âgées de 50 à 69 ans.

Le feedback peut servir d'instrument d'auto-évaluation et de promotion de la qualité, notamment via des discussions et réflexions au sein des GLEM.

1.3 À qui s'adresse ce feedback ?

Ce feedback est envoyé à tous les gynécologues qui, au cours de la période 2006-2007, comptaient au moins 100 femmes du groupe cible (50 à 69 ans) dans leur groupe de contacts. Si ce critère n'est pas rencontré, le médecin reçoit un feedback limité.

Il est également envoyé aux radiologues, aux généralistes et aux maisons médicales.

1.4 Méthodologie

La méthodologie développée pour réaliser ce feedback est semblable à celle du feedback précédent (avril 2006). Toutefois, les périodes calculées étant différentes, comparer les données présentées dans ce feedback avec celles du feedback précédent n'est pas pertinent.

Vous trouverez plus d'informations :

- sur le site Internet de l'INAMI : www.inami.fgov.be ,
rubrique Dispensateurs de soins > Médecins > Promotion de la Qualité > Campagnes de feedback > Feedback dépistage du cancer du sein ;
- sur le site Internet de l'Agence Intermutualiste : www.cin-aim.be,
rubrique Projets > Dépistage du cancer du sein > Le feedback.

Par ailleurs, des modèles anonymes de feedbacks destinés aux généralistes, gynécologues, radiologues ainsi qu'aux maisons médicales sont également disponibles sur ces sites.

1.5 Point de contact

Toutes vos réactions et remarques écrites concernant le contenu de ce document ainsi que toute question relative à l'interprétation des chiffres sont les bienvenues. Vos réactions pourront nous aider à améliorer la qualité de ce feedback.

Plate-forme de la Promotion de la Qualité
c/o Direction RDQ, Services des Soins de Santé de l'INAMI
Avenue de Tervueren 211 Bureau T688, B-1150 Bruxelles
med.feedback@inami.fgov.be
Fax : 02/ 739 79 33

Éditeur responsable : Jo De Cock – INAMI

Toute reproduction partielle ou totale de ce document n'est autorisée qu'à la condition d'en mentionner les sources.

Disclaimer : Ce document ne doit pas être interprété ou utilisé comme une recommandation standard pour un patient particulier. Les principes des soins médicaux en général sont basés sur l'ensemble des données cliniques disponibles et sont sujets à modification en fonction des connaissances scientifiques et des progrès technologiques. Le respect de ces recommandations ne peut assurer à lui seul une efficacité clinique maximale pour chaque patient. De même, ces recommandations ne revendiquent aucunement d'être les seuls préceptes diagnostiques adéquats, et n'excluent aucune autre proposition acceptable pour aboutir au même résultat. La décision ultime du choix des procédures doit être prise par le médecin en fonction des données cliniques, des moyens diagnostiques et options thérapeutiques disponibles.

2^e partie : MESSAGES SCIENTIFIQUES

Ce feedback parle de **DEPISTAGE**. Il concerne des femmes qui n'ont à priori **aucune raison clinique particulière de subir un examen des seins**.

Le dépistage a pour objet d'identifier dans la population de femmes âgées de 50 à 69 ans, celles qui nécessitent des examens complémentaires suite à la présence d'une anomalie à la mammographie. La réalisation d'examens complémentaires ne devrait concerner que 5 à 7% des femmes. Au final, sur 1000 femmes examinées, un diagnostic de cancer du sein ne sera posé que chez 6 à 8 d'entre elles.

Tout au long de la lecture de ce document, il conviendra de garder à l'esprit la distinction entre **un bilan sénologique** justifié par une raison clinique particulière chez une **patiente** et un **dépistage** qui est proposé à une population ' tout venant ' (**femmes**) dont la seule caractéristique particulière est l'âge.

Patiente Raison clinique	Femme de 50-69 ans Sans raison clinique particulière
Bilan sénologique	Dépistage organisé
Examen clinique, Mammographie, échographie, et si nécessaire ponction,...	Mammothest

2.1 Quels sont les avantages du programme de dépistage organisé ?

Le terme ' **dépistage organisé** ' utilisé dans ce document correspond à un programme précis mis en place en Belgique en 2000. Ce programme est **réalisé conformément aux critères européens d'assurance de qualité** : contrôle technique des installations de mammographie afin d'obtenir la meilleure image avec la plus faible dose d'irradiation possible, contrôle du positionnement et de la qualité de l'image. Pour participer à ce programme, les unités de mammographie sont agréées suivant ces critères.

La double lecture des clichés est obligatoire, avec un troisième avis éventuel en cas de discordance entre les avis des deux lecteurs. En Belgique, la double lecture permet de récupérer 10% de cancers, cancers non détectés par le premier lecteur.

Le **mammothest** est donc une mammographie de dépistage dont la **qualité est contrôlée**. Elle comprend 2 clichés par sein sous 2 incidences différentes. Le contrôle de qualité permet de réduire au minimum le nombre de résultats faux négatifs aussi bien que de faux positifs. Ceci est indispensable car il s'agit d'un examen réalisé au sein d'une population dans laquelle la proportion de femmes atteintes est faible.

L'examen est **gratuit** (pas de ticket modérateur si la patiente est inscrite à l'assurance obligatoire) et bénéficie d'un code de nomenclature spécifique.

De même, afin d'évaluer l'efficacité des programmes de dépistage mis en place, les experts européens ont défini différents indicateurs de performance tels le taux de participation au programme, le taux de détection de cancers, la proportion de petits cancers et la proportion de cancers 'ganglions négatifs', etc. En Belgique, les seuils de performance des indicateurs précités sont atteints et renvoient aux normes européennes édictées, excepté en ce qui concerne le taux de participation.

2.2 Quel est votre rôle ?

Sensibiliser, informer, conseiller

Les médecins jouent un rôle clé dans le programme de dépistage :

- Pour s'assurer de l'utilisation du mammotest comme unique examen de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans ;
- Pour sensibiliser les femmes ;
- Pour encourager celles qui reçoivent une invitation à se présenter à l'examen ;
- Pour éclairer la femme au sujet :
 - de son risque de souffrir d'un cancer du sein,
 - des avantages d'un dépistage organisé,
 - des limites et des effets secondaires potentiels de celui-ci (cf 2.9).

Les femmes, dont les médias constituent la source d'information principale, sont peu ou mal informées des effets négatifs et des limites du dépistage et ont donc des attentes démesurées quant à son efficacité. D'autres opposent des résistances face à cet examen soit parce qu'elles n'en voient pas l'utilité soit parce qu'elles en ont peur.

Prescrire

Le médecin généraliste comme le gynécologue ont la possibilité de prescrire un mammotest à toute femme de 50 à 69 ans (tous les 2 ans). Il est important que les médecins s'assurent que :

- la prescription mentionne clairement qu'il s'agit d'une mammographie de dépistage (ou mammotest), dans le cadre du programme organisé ;
- ce mammotest est réalisé dans une unité de mammographie agréée (la liste se trouve sur les sites officiels des Communautés et Régions) ;
- le mammotest prescrit a bel et bien été réalisé et que l'examen radiographique n'a pas été converti en mammographie.

Assurer le suivi

Les femmes chez qui une image anormale a été détectée doivent entrer dans un processus d'investigation complémentaire destiné à poser ou à exclure un diagnostic de cancer. En cas de mammotest anormal, le médecin référent s'assure que la patiente est prise en charge pour des investigations complémentaires.

Le praticien bien informé est l'interlocuteur privilégié pour toutes les femmes du groupe cible.

2.3 Pourquoi les femmes de 50 à 69 ans ?

Chez des femmes de 50 à 69 ans, le programme de dépistage organisé a prouvé son efficacité pour réduire de 25 à 30% la mortalité liée au cancer du sein au niveau de la population.

Dans les populations de 40 à 49 ans, aucune étude n'a pu démontrer un bénéfice significatif sur la mortalité spécifique tandis que des effets négatifs (plus de faux positifs et de faux négatifs, plus de sur-diagnostic, plus de sur-traitement et risque radiogénique plus élevé) sont clairement identifiés.

Pour les femmes de plus de 70 ans, la décision de prescrire une mammographie dépendra de l'espérance de vie et des co-morbidités de la personne concernée.

2.4 Pourquoi tous les 2 ans ?

Le programme de dépistage organisé en Belgique propose un intervalle de deux années. Dans la littérature scientifique, les intervalles varient de une à trois années. Malheureusement, aucun essai clinique n'a analysé l'impact de différents intervalles de dépistage sur la mortalité. En l'absence de données probantes relatives à ce sujet, les recommandations des experts de l'Union Européenne préconisent un intervalle de deux à trois années.

2.5 Quelle attitude chez les femmes à risque majoré?

La présence de certains facteurs de risque justifie un suivi personnalisé:

- antécédents familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire chez des parentes au premier degré, en particulier si celles-ci avaient moins de 50 ans
- antécédents personnels de cancer du sein (incluant les carcinomes in situ) ou de lésion à haut risque (hyperplasie atypique, tumeur phyllode)
- prédisposition génétique (mutation des gènes BRCA 1 et 2).

2.6 Quelle place pour les autres méthodes de dépistage ?

Examen clinique	Pas recommandé dans le dépistage Données insuffisantes pour conclure que l'examen clinique isolé est utile. Effet additionnel négligeable par rapport à la mammographie isolée. Valeur prédictive positive insuffisante.
Auto-examen des seins	Pas recommandé dans le dépistage Pas d'efficacité pour réduire la mortalité. Nombre élevé d'exams faussement positifs.
Echographie	Pas recommandée dans le dépistage Données probantes manquantes quant à l'efficacité. Nombre élevé de faux positifs. Pas de contrôle de qualité (externe) Place comme technique diagnostique lors de problèmes spécifiques.
Résonance magnétique nucléaire	Pas recommandée dans le dépistage Problèmes techniques, coût élevé. Place comme technique diagnostique lors de problèmes spécifiques. Recommandée chez certaines femmes à risque majoré (mutation gènes BRCA)

2.7 Une échographie est-elle indiquée en cas de seins denses ?

En raison de l'absence de données probantes quant à la réduction de la mortalité, aucune recommandation ne préconise l'échographie comme complément à la mammographie pour le dépistage du cancer du sein, même dans le cas de seins denses. Cette pratique entraîne un nombre élevé de biopsies par cancer détecté.

2.8 Que conseiller aux femmes porteuses d'implants mammaires ?

Ces femmes peuvent bénéficier également du mammothest. Le radiologue fera effectuer des incidences adaptées.

2.9 Quelles sont les limites du dépistage du cancer du sein ?

La mammographie de dépistage offre un bénéfice certain pour les femmes de 50 à 69 ans mais ses effets négatifs sont également à prendre en considération :

Faux positif, bilans et anxiété.

Une femme sur 15 à une femme sur 20 sera convoquée pour une mise au point : incidence(s) complémentaire(s), examen clinique, échographie et éventuellement biopsie.

Pour 10 femmes rappelées, une seule présente réellement un cancer. Dans 90% des cas, il s'agit donc de mammothests faussement positifs.

Faux négatifs, cancers d'intervalle et fausses réassurances.

Selon les publications, la sensibilité du mammothest varie de 71 à 95% pour l'ensemble des femmes de 40 à 75 ans. Elle est de 88% chez les femmes de 50 à 59 ans pour le 1er examen de dépistage (essai canadien CNBSS2 in KCE Report).

Certaines femmes sont donc rassurées à tort avec le risque de retarder la consultation en cas de signe d'alerte. Le dépistage ne protège pas de la survenue d'un cancer d'intervalle (apparition de la lésion entre 2 examens).

Dépistage de tumeurs qui seraient restées asymptomatiques.

Le risque de mettre en évidence des cancers qui seraient restés asymptomatiques en l'absence de test de dépistage est actuellement estimé à un sur trois. Une proportion de ces cancers est constituée par des ' Ductal Carcinoma In Situ ', dont l'évolution naturelle en l'absence de traitement reste incertaine.

Risque lié au test de dépistage.

Le risque de carcinome radio-induit est très faible grâce au contrôle technique des installations de mammographie : il est estimé entre 10 à 50 décès par million de femmes participant à un programme de dépistage depuis l'âge de 50 ans (dix à vingt examens).

2.10 Quels sont les bénéfices attendus d'un programme de dépistage organisé ?

L'objectif le plus important d'un programme de dépistage est d'améliorer les chances de survie des femmes ayant un cancer du sein grâce à une détection et à un traitement au stade précoce. En raison de la longue durée moyenne de survie des femmes traitées pour cancer du sein, il faudra environ 7 à 8 ans et un taux de participation de 75% avant qu'un résultat favorable lié au programme ne puisse apparaître dans les statistiques de mortalité.

2.11 Quel taux de participation voulons-nous atteindre ?

Selon les recommandations européennes, le taux de participation 'désirable' est supérieur à 75%. En effet, l'objectif de réduction de la mortalité liée au cancer du sein ne pourra être atteint que si le taux de participation de la population cible est important et ce, durant plusieurs années.

2.12 Bibliographie

Vous trouverez les liens électroniques des documents ci-dessous sur la page web de l'INAMI : www.inami.fgov.be, rubrique Dispensateurs de soins > Médecins > Promotion de la Qualité > Campagnes de feedback > Feedback dépistage du cancer du sein.

Recommandations

- European Guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, fourth edition European Commission (2006).
- Garmyn B, Govaerts F, Van de Vyver N, Teughels S, Tjalma W, Van Hal G, Goelen G, Van Limbergen E, Verslegers I, Van Goethem M. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Borstkankerscreening. Huisarts Nu 2008;37:2-27.
- Rapport de la Commission au Conseil, au Parlement Européen, au Comité Economique et Social Européen et au Comité des Régions, COM (2008) 882 définitif. Mise en œuvre de la recommandation du Conseil du 2 décembre 2003 relative au dépistage du cancer (2003/878/CE)

Rapports et études

- Paulus D, Mambourg F, Bonneux L. Borstkankerscreening. Brussel : Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2005 april. KCE Reports vol. 11A. Ref. D/2005/10.273/05. www.kce.fgov.be.
- KCE reports 63B : Support scientifique du Collège d'Oncologie: un guideline pour la prise en charge du cancer du sein. 20/08/2007 (2nd print; 1st print, 26/07/2007) update planifié en décembre 2009
- Puddu M, Tafforeau J. Opportunité du dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans. Etat des connaissances et données disponibles pour le développement d'une politique de santé en Belgique. IPH/EPI Reports Nr. 2005-001. www.iph.fgov.be
- Fabri V., Remacle A. Programme de dépistage du cancer du sein : Comparaison des trois premiers tours. Rapport 6 de l'Agence Intermutualiste. Janvier 2009. www.nic-ima.be

2.13 Sites internet

INAMI	www.inami.fgov.be
SPF Santé Publique	www.health.fgov.be
Région Bruxelles-Capitale	www.brumammo.be
Communauté Française	www.lemammotest.be ou www.sante.cfwb.be
Communauté Flamande	www.borstkankeropsparing.be
Centre d'Expertise en Soins de Santé	www.kce.fgov.be
Institut scientifique de Santé Publique	www.iph.fgov.be
Agence intermutualiste	www.nic-ima.be
Domus Medica	www.domusmedica.be
SSMG	www.ssmg.be

3e partie : DONNÉES DU FEEDBACK INDIVIDUEL

3.1. Quelle est votre groupe de contacts et votre population cible ?

Figure 1 : Nombre absolu de patientes par âge
Votre groupe de contacts féminins
 Comparaison avec le groupe de contacts féminins du gynécologue belge médian (P50)
 (Données 2006-2007 - gynécologue xxxxxxxx)



Votre **groupe de contacts** est constitué de toutes les patientes qui vous ont consulté au moins une fois pendant cette période.

Nombre total de patientes dans votre groupe de contacts = 1601

Nombre de patientes dans la population cible (50 à 69 ans) du programme de dépistage = 282

Nombre de patientes dans la population cible (50 à 69 ans) du gynécologue belge médian = 397

Table 1 : Votre population cible par période de 2 ans
 (Données 2002-2007 - gynécologue xxxxxxxx*/ - GLEM xxxxx)

	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Nombre de femmes éligibles la 1 ^{ère} année de la période	0	249	247
Nombre de femmes éligibles la 2 ^{ème} année de la période	0	269	274
Nombre de femmes éligibles la 1 ^{ère} et/ou 2 ^{ème} année de la période	0	277	282
Nombre de femmes étudiées	0	239	238

Vos patientes de 50 à 69 ans constituent 'votre population cible', comme représenté dans le premier tableau. Comme nous ne disposons pas d'information médicale concernant ces femmes, votre population cible contient TOUTES les femmes : avec ou sans pathologie mammaire, avec ou sans symptômes, avec ou sans facteurs de risque.

Il est possible que le nombre de femmes étudiées dans ce feedback (= tableau 1, dernière ligne) soit peut-être plus bas que le nombre réel de femmes de 50 à 69 ans de votre patientèle attribuée. Ceci est une conséquence de la manière dont votre population cible a été calculée. En effet, les femmes non éligibles les 2 années d'une période considérée ont été exclues, de même que celles avec des données manquantes (âge, régime de remboursement, code INS). Enfin, seules les femmes encore en vie à l'issue de la période de 2 ans ont été prises en compte.

3.2. Combien d'examens mammographiques sont effectués dans votre population cible ?

Table 2 : Nombre d'examens mammographiques dans votre population cible
 Comparaison avec la situation de la population cible
 du gynécologue médian (P50) en Région Wallonne et en Belgique par période de 2 ans
 (Données 2002-2007 - gynécologue xxxxxxxx - GLEM xxxxx)

	2004-2005	2006-2007
Nombre de mammothests (450192-450203)	69	55
Nombre de mammographies (450096,461090)	154	195
Nombre total d'examens mammographiques	223	250
Proportion (mammothests/total examens mammo.)	31%	22%
Comparaison avec le gynécologue wallon médian (P 50)	7%	7%
Comparaison avec le gynécologue belge médian (P 50)	12%	13%

3.3. Combien de femmes ont bénéficié d'un examen mammographique ?

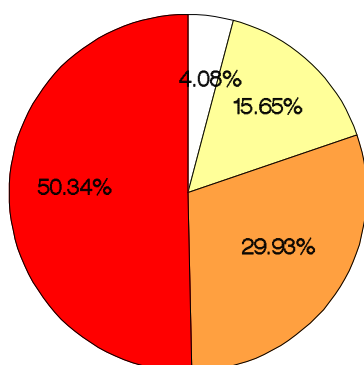
Table 3 : Pourcentage de femmes de votre population cible examinées par examen mammographique (mammothest ou mammographie)
 Comparaison avec la population cible de votre GLEM, de votre province, de votre région et en Belgique.
 (Données 2002-2007 - gynécologue xxxxxxxx - GLEM xxxxx)

	Pct femmes examinées via un examen mammographique (mammothest et/ou mammographie)			Pct femmes examinées via mammothest		
	2002-2003	2004-2005	2006-2007	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Votre population cible	.	77%	84%	.	29%	23%
Votre GLEM	84%	84%	83%	3%	12%	10%
Votre province	52%	55%	57%	6%	10%	9%
Votre région	53%	55%	56%	7%	9%	9%
La Belgique	54%	56%	61%	22%	25%	30%

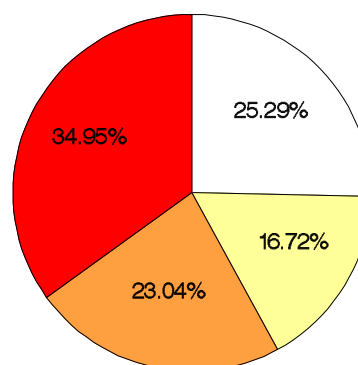
3.4. Quel est le profil de dépistage des femmes de votre population cible, éligibles pendant 6 ans?

Figure 2 : Pourcentage des femmes de votre population cible examinées via mammographie et/ou mammothest aucune fois, 1 fois, 2 fois ou 3 fois en 6 ans
 (Données 2002-2007 - gynécologue xxxxxxxx - GLEM xxxxx)

Votre population cible
 Population cible durant 6 ans (N=147)



Région Wallonne
 Population cible durant 6 ans (N=278281)



□ Jamais examinées □ Examinées 1 fois □ Examinées 2 fois ■ Examinées 3 fois □ Autres

Autres = classes de profil de dépistage restantes avec un pourcentage relativement peu élevé

3.5. Qui sont les prescripteurs d'examens mammographiques dans votre population cible de femmes examinées?

3.5.1. Prescripteurs de mammothests

Table 4 : Pourcentage de mammothests (450192-450203) prescrits en Région Wallonne par les généralistes ou les gynécologues

(Données 2002-2007)

<i>Examens prescrits par :</i>	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Les généralistes	30%	27%	24%
Les gynécologues	9%	8%	7%
D'autres spécialistes	3%	2%	2%
Des prescripteurs inconnus	59%	63%	67%

En 2006-2007, seulement 33% des prescripteurs ont pu être identifiés en Région Wallonne, ce qui donne une image très partielle du type de prescripteur.

Mais nous pouvons tout de même affirmer, à titre indicatif, qu'au moins 24% des mammothests ont été prescrits par des généralistes et au moins 7% par un gynécologue en Région Wallonne. Il s'agit là de pourcentages minimums.

Deux phénomènes peuvent expliquer ce haut pourcentage de prescripteurs enregistrés comme inconnus :

- La plupart des mammothests sont effectués chez des femmes invitées dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein. Ces mammothests n'étaient donc pas prescrits.
- Les centres communautaires de dépistage ne sont pas obligés d'encoder le numéro INAMI des prescripteurs dans le cas des femmes se présentant avec une prescription du généraliste ou du gynécologue. Il y a de grandes différences entre les centres communautaires de dépistage quant à l'enregistrement du prescripteur. En plus nous n'avons aucune idée précise quant aux pratiques d'encodage du prescripteur dans le cas des femmes se présentant en même temps avec une invitation et une prescription.

3.5.2. Prescripteurs de mammographies

Table 5 : Pourcentage de mammographies (450096, 461090) prescrites à votre population cible par vous-même et d'autres prescripteurs Comparaison avec le gynécologue médian (P50) en Région Wallonne et en Belgique

(Données 2002-2007 - gynécologue xxxxxxxx - GLEM xxxxx)

<i>Examens prescrits par :</i>	2004-2005	2006-2007
Vous-même	32%	52%
Les généralistes	38%	32%
D'autres gynécologues	17%	4%
D'autres spécialistes	13%	10%
Des prescripteurs inconnus	0%	2%

<i>Comparaison de votre pratique avec :</i>	2002-2003	2004-2005	2006-2007
Le gynécologue wallon médian (P 50)	55%	55%	54%
Le gynécologue belge médian (P 50)	58%	57%	56%

3.6. Qu'en est-il des examens sénologiques complémentaires ?

3.6.1. Dans les 90 jours après un mammothest (MT)

**Table 6 : Nombre et pourcentage de femmes de votre population cible, examinées via mammothest (450192-450203) qui ont reçu des examens complémentaires dans les 90 jours après cet examen (jour-même inclus)
Comparaison avec le gynécologue médian (P50) en Région Wallonne et en Belgique**

(Données 2002-2007 - gynécologue xxxxxxxx - GLEM xxxxx)

	2004-2005		2006-2007*	
	Nbr femmes	Pct	Nbr femmes	Pct
Nombre de femmes avec 1 MT de référence	69		50	
Suivi d'au moins 1 mammographie	0	0.0%	0	0.0%
Suivi d'au moins 1 échographie	12	17%	4	8.0%
Suivi d'au moins 1 ponction ou biopsie du sein	0	0.0%	2	4.0%
Suivi d'au moins 1 examen complémentaire	12	17%	5	10%
Comparaison avec le gynécologue wallon médian (P 50)		5.6%		7.1%
Comparaison avec le gynécologue belge médian (P 50)		8.2%		7.5%

* Examens mammographiques de référence après 30 septembre 2007 non inclus

3.6.2. Dans les 90 jours après une mammographie (MM)

**Table 7 : Nombre et pourcentage de femmes de votre population cible, examinées via mammographie (450096,461090) qui ont reçu des examens complémentaires dans les 90 jours après cet examen (jour-même inclus)
Comparaison avec le gynécologue médian (P50) en Région Wallonne et en Belgique**

(Données 2002-2007 - gynécologue xxxxxxxx - GLEM xxxxx)

	2004-2005		2006-2007*	
	Nbr femmes	Pct	Nbr femmes	Pct
Nombre de femmes avec 1 MM de référence	114		132	
Suivi d'au moins 1 échographie	108	93%	122	91%
Suivi d'au moins 1 ponction ou biopsie du sein	5	4%	5	3%
Suivi d'au moins 1 examen complémentaire	107	94%	121	92%
Comparaison avec le gynécologue wallon médian (P 50)		84%		84%
Comparaison avec le gynécologue belge médian (P 50)		86%		87%

* Examens mammographiques de référence après 30 septembre 2007 non inclus

GLOSSAIRE

Mammographie et mammothest

La distinction se situe au niveau de la raison ou de l'indication pour laquelle la radiographie est demandée.

Mammographie (MM) :

Nomenclature : 450096, 461090

Mammographie par sein y compris les clichés axillaires éventuels (quel que soit le nombre de clichés);

Mammothest (MT) :

Nomenclature : 450192 – 450203

Mammographie des deux seins dans le cadre d'un examen de masse organisé par une autorité.

Examen mammographique

Un examen mammographique est un examen radiographique du/des sein(s), qu'il s'agisse aussi bien d'une mammographie que d'un mammothest.

Le total des femmes avec un examen mammographique comporte donc la somme des femmes ayant subi un mammothest et celles ayant bénéficié d'une mammographie sans mammothest préalable.