

Le dépistage du cancer du sein

Marianne Prévost, Yves Gosselain, Jean Laperche (Dr).

Avec les précieux conseils de Myriam Provost (Dr) et Michel Roland (Dr).

Table des matières

A. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	1
B. PREVENTION	2
1. Techniques de dépistage	2
2. Bénéfices du dépistage	2
3. Inconvénients du dépistage	3
4. Dépister ?	4
5. La qualité des mammographies	4
6. Public-cible et périodicité	5
7. Que proposer aux femmes qui ne font pas partie du groupe cible ?	6
C. LA CAMPAGNE EN COMMUNAUTE FRANÇAISE	6
1. Buts et mise en oeuvre	6
2. Description de la campagne	7
3. Le rôle primordial du médecin généraliste	9
D. L'ORGANISATION DE LA CAMPAGNE EN MAISON MEDICALE	13
1. Faire le bilan de la couverture actuelle	14
2. Définir un objectif	14
3. Organiser la campagne	15
4. Intégrer le dépistage dans la pratique quotidienne	17
5. Évaluer	17
Notes : Programmes et formations	18
En conclusion	18
Annexes : Lettres de rappel	19
Fiche de recueil de données	

A. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Dans les pays industrialisés, le cancer du sein est la troisième cause de mortalité chez la femme. En 1994, le taux de mortalité par cancer du sein s'élevait en Belgique à 47/100.000 femmes. C'est le plus fréquent des cancers féminins. Au cours des 40 dernières années, la fréquence de cette pathologie a été en lente mais constante progression. Il y a environ 5.000 nouveaux cas chaque année en Belgique. Une femme sur 12 sera atteinte d'un cancer du sein et, jusqu'à présent, la létalité¹ est d'environ 50%.

Ce cancer est rare avant l'âge de 30 ans, et son incidence s'élève rapidement après la ménopause : 75% des cancers du sein apparaissent chez des femmes de plus de 50 ans. Actuellement toutefois, vu leur augmentation, une attention est également portée aux cancers qui surviennent à 40 ans.

Depuis 1983, toutes les tumeurs sont enregistrées par le Registre national du cancer. Il n'y a pas de différence inter-régionale entre les taux d'incidence estimés.

✓ *Le cancer du sein peut survenir chez des femmes beaucoup plus jeunes et, exceptionnellement, chez l'homme.*

✓ *Certains facteurs de risque ont pu être mis en évidence : le plus important est la présence d'antécédents familiaux directs. Un gène responsable d'une grande proportion de cancers familiaux du sein (peut-être 45%) et de 80% des cancers familiaux de l'ovaire a été repéré en 1990 (gène BRCA1). Deux autres gènes liés au cancer du sein ont également été localisés (ESR et p53). Les facteurs suivants sont également liés à un risque accru : puberté précoce, ménopause tardive, première grossesse tardive, consommation d'alcool, exposition aux rayonnements ionisants, oestrogénie substitutive après la ménopause et, selon certaines données, alimentation riche en matières grasses. Les données concernant les contraceptifs oraux sont par contre plus controversées. Des facteurs protecteurs ont également pu être mis en évidence : l'allaitement, une première grossesse précoce et un régime alimentaire faible en graisses et en protéines.*



B. PREVENTION

1. Techniques de dépistage

La mammographie est l'examen radiologique qui permet d'obtenir l'image des tissus du sein et de dépister des lésions très petites (inférieures à 1 cm), non palpables. L'efficacité de cet examen, pratiqué chez les femmes de 50 à 69 ans avec double lecture, est largement démontrée. La sensibilité et la spécificité de la mammographie sont élevées (90% et 95%).

La mammographie de dépistage est faite en l'absence de signes cliniques ; c'est un acte de prévention secondaire. En présence de signes cliniques, on fait une

mammographie et une mise au point diagnostiques.

Certains mettent en question la fiabilité de la mammographie, comparée à celle du bilan sénologique complet. Mais il ne faut pas confondre

- une approche de dépistage qui s'adresse à des femmes en bonne santé et sans aucune plainte ;
- et une approche de diagnostic précoce, qui s'impose quand la patiente ou le clinicien a « la puce à l'oreille » ou si la mammographie présente des anomalies.

Dans ces cas, une mise au point complémentaire est nécessaire. Celle-ci se fait par échographie, (laquelle n'est donc pas un examen de dépistage), et surtout une cytoponction à l'aiguille fine (qui permet d'analyser au microscope les cellules suspectes et d'avoir la certitude de la présence ou de l'absence d'un cancer).

Chez les femmes à risque de 40 ans l'échographie est conseillée en première intention, la mammographie étant peu efficace à cet âge.

L'auto-examen des seins, ou l'examen clinique par un professionnel peuvent également permettre de détecter un cancer ; mais il n'y a pas de consensus sur l'intérêt de promouvoir ces pratiques de manière systématique.

2. Bénéfices du dépistage

En dépistant tôt les lésions cancéreuses, on augmente les chances de guérison. Si un dépistage de qualité était réalisé pour 70%

des femmes âgées de 50 à 69 ans, le taux de mortalité par cancer du sein pourrait diminuer de 35%; 800 femmes pourraient être sauvées chaque année en Belgique²

Des données issues du réseau de médecins vigies (période 90-95) soulignent l'intérêt du dépistage³ fait à titre préventif :

- pour l'ensemble des cancers diagnostiqués en 1990-1995 **suite à une plainte** en relation avec la tumeur, 16% des tumeurs ont moins de 1 cm ; 46% ont des ganglions envahis ;
- tandis que, pour les cancers découverts **suite à un examen préventif**, ces proportions sont de 42% et 32% ; soit la mise à jour d'une proportion nettement plus importante de tumeurs de taille réduite.

Le dépistage présente donc plusieurs avantages :

- **Amélioration de l'espérance de vie** : le pronostic de l'évolution du cancer du sein s'est considérablement amélioré depuis le progrès des connaissances biologiques et de l'arsenal thérapeutique. Les meilleurs résultats sont en général obtenus pour les petites tumeurs localisées (95% de guérison)⁴.
- **Traitement moins agressif** : le dépistage précoce permet de traiter par tumorectomie plutôt que mastectomie. La chimiothérapie est moins souvent nécessaire.
- **Réassurance** pour les femmes dont la mammographie est normale

Toutefois le dépistage n'est jamais anodin, et il convient aussi de peser les bénéfices avec les risques iatrogènes⁵ encourus.

3. Inconvénients du dépistage

Dans une démarche de prévention collective, les sujets tirant un bénéfice effectif du dépistage sont les personnes atteintes. Par contre, les personnes indemnes - qui constituent la majorité - sont exposées de manière inutile au risque iatrogène du dépistage⁶. Ceci explique sans doute, en partie au moins, la réticence de certains médecins à proposer le dépistage, ainsi que le refus de certaines femmes à s'y soumettre (que ce refus soit clairement explicité, ou qu'il s'exprime par une non-demande, l'oubli de faire une mammographie prescrite, la non réponse à des lettres de rappel, etc.). La crainte des risques iatrogènes est légitime et doit être examinée.

Risque de réassurance non fondée : c'est le problème des faux négatifs : le cancer est présent, mais n'est pas reconnu. Le dépistage apporte dès lors une réassurance non fondée.

Risques liés à la mammographie : grâce aux mammographies de nouvelle génération, avec des appareils correctement contrôlés et entretenus, les risques de cancer provoqué par l'irradiation, due à la mammographie, sont extrêmement faibles en comparaison du bénéfice attendu.

Par contre les désagréments de l'examen ne sont pas négligeables : une sensation de douleur ou de gêne est rapportée dans environ 50% des cas. Le rendez-vous sera fixé si possible 4 ou 5 jours après les règles pour éviter les douleurs liées à la compression des seins sensibilisés par l'œdème pré-menstruel.

Risques liés aux examens complémentaires : en cas d'anomalie suspecte mise en évidence par la mammographie, on réalise soit une mammographie plus complète, soit une échographie ; on peut aller jusqu'à la cytoponction à l'aiguille, voire la biopsie chirurgicale. Chacun de ces actes comporte des désagréments et des complications potentielles, particulièrement pour les gestes de nature chirurgicale (infection, hématome, etc.). Pour les faux positifs, ces inconvénients sont subis sans utilité.

Risque de "sur-diagnostic" : la mammographie permet de détecter des tumeurs qui ne seraient jamais apparues cliniquement ; des études autopsiques mettent en évidence pour 1 à 3% des femmes, des cancers du sein invasifs qui étaient ignorés. Il semble donc que certaines lésions correspondant par leurs caractères cytologiques à des cancers, n'évoluent pas vraiment vers une invasion. Les femmes ainsi diagnostiquées subissent dès lors une anxiété et des traitements sans en tirer un réel bénéfice.

Il faut aussi considérer la simple avance au diagnostic, sans modification de l'espérance de vie, en cas de cancer très agressif.

Risques psychosociaux : ils comprennent l'appréhension face à tout examen médical ; l'angoisse inutile des femmes considérées à tort comme positives ; la fausse réassurance de celles à qui est annoncé un résultat normal et qui par la suite, ne s'inquiéteront pas d'un signe potentiellement évocateur.

Les études portant sur les risques iatrogènes demanderaient à être approfondies, particulièrement en ce qui concerne les risques psychosociaux, encore fort peu étudiés et rarement pris en considération.

4. Dépister ?...

Malgré ces inconvénients, le bon pronostic et la haute qualité du test justifient pleinement que l'on adopte une démarche de dépistage systématique⁷. La prise en considération de ces risques ne devrait donc pas amener à une attitude d'abstention, mais plutôt à une attitude compétente et éclairée, notamment :

pour les femmes n'appartenant pas au groupe-cible : ne pas proposer activement la mammographie ;

pour les femmes demandeuses mais n'appartenant pas au groupe-cible : examiner avec elles les avantages et limites du dépistage ainsi que les angoisses sous-jacentes à leur demande ;

pour les femmes appartenant au groupe-cible :

- leur proposer activement le dépistage, effectué selon des critères de qualité définis ci-dessous (voir p. 9) ;
- être à l'écoute de leurs réticences, respecter et accompagner leur anxiété, accepter les refus ;
- annoncer le résultat dans un contexte permettant l'échange ;
- en cas de résultat positif, référer vers des spécialistes considérant le rapport bénéfice-risque des diverses modalités de traitement.

5. La qualité des mammographies

Une mammographie de qualité est difficile à réaliser ; cela demande une longue expérience et exige une double lecture.

Pour qu'une mammographie soit de bonne qualité, les critères suivants doivent être respectés :

- une **dose de rayons** pas trop élevée ;
- un **contrôle technique** régulier des appareils ;
- une **double lecture** (voire une 3^e s'il n'y a pas correspondance entre les deux premières) par des radiologues qui ne connaissent pas le protocole l'un de l'autre. Pratiquer la double lecture est, en soi, un critère de qualité.
- **une expérience suffisante** : pour que sa lecture soit fiable, un radiologue doit en faire au moins 1000 par an.

Une bonne connaissance des centres est nécessaire pour savoir si, outre les critères purement techniques,

- ils ont une approche minimisant les effets de douleur ou de gêne ;
- ils ne font pas d'examen complémentaire sans référence au médecin généraliste.

6. Public-cible et périodicité

Le consensus actuel en Belgique est clair : mammographie tous les deux ans, dans un centre assurant la qualité de l'examen, pour toutes les femmes de 50 à 69 ans.

Cette recommandation est celle du Programme européen contre le cancer, relayé par le consensus de la Communauté française en mai 92.

Une périodicité plus fréquente est parfois envisagée, pour diminuer le risque de cancers d'intervalle c.à.d. les cancers qui surviennent entre deux mammographies de dépistage. Toutefois, le plus grand pourcentage de ces cancers se situe dans la troisième année après une mammographie de dépistage. Le bénéfice apporté par un dépistage plus fréquent serait relativement faible en regard des coûts : en terme de santé publique, la priorité est de faire bénéficier toutes les femmes d'une

stratégie de dépistage efficace - ce qui n'empêche pas le soignant d'envisager une plus grande fréquence au cas par cas (par exemple pour les femmes qui le demandent et dont l'anxiété semble insurmontable). C'est sur base de ces résultats que le Programme « Europe contre le cancer » propose un intervalle de deux ans entre les mammographies.

Le Guide canadien de médecine clinique préventive⁸ recommande le dépistage sur la même tranche d'âge mais tous les ans : il considère que les données disponibles ne permettent pas de conclure que l'examen biennal est aussi efficace que l'examen annuel.

L'évolution des cancers est plus rapide chez les femmes de 40 à 49 ans (pour une même taille, le grade est plus élevé ; la progression vers l'envahissement ganglionnaire est plus rapide). Le dépistage n'aurait pas d'effet significatif sur la mortalité dans cette tranche d'âge, à moins d'être fait à intervalles plus courts. Mais il y a dans cette tranche d'âge, une moins grande prévalence, plus de faux positifs et plus de faux négatifs (le sein est plus fibro-glandulaire, donc plus opaque aux rayons X, et une anomalie peut passer inaperçue). La réalisation d'une mammographie annuelle pourrait peut-être diminuer la mortalité par cancer du sein dans ce groupe d'âge ; des études sont actuellement en cours afin de le démontrer.

Par contre, la présence d'antécédents familiaux directs peut justifier de débiter le dépistage à 40 ans.

Il n'y a actuellement pas de consensus sur la conduite à tenir en cas de présence du gène, présent dans 5% de l'ensemble des cancers du sein. Ce facteur de risque ne permet pas de recommander la généralisation d'une mammographie systématique plus précoce : en effet, le risque de cancer dû à la radiographie elle-même serait trop grand par rapport à la probabilité de détecter un cancer.

Des recherches sont faites auprès des femmes ayant des antécédents familiaux directs, afin de détecter la présence éventuelle du gène. Ceci dans un but de recherche uniquement (et donc, avec leur accord mais sans leur donner le résultat).

7. Que proposer aux femmes qui ne font pas partie du groupe cible ?

Pour les femmes de moins de 50 ans :

L'autopalpation - et sans doute davantage l'auto-inspection dans un miroir - peut être utile, mais pas vraiment en tant que moyen de dépistage : il s'agit plutôt d'une technique de diagnostic précoce, qui peut mettre en évidence la présence de signes cliniques. Il n'y a, actuellement, pas vraiment de recommandation pour cette tranche d'âge. Le Guide canadien de médecine clinique préventive estime que les données ne sont pas suffisamment probantes pour permettre de faire une recommandation précise concernant l'enseignement de l'auto-examen des seins, et que les preuves sont insuffisantes pour recommander l'inclusion ou l'exclusion de cet enseignement dans l'examen médical périodique des femmes.

Pour les femmes de 70 ans et plus :

Le cancer évolue moins vite à cet âge et l'examen clinique est plus fiable, parce que le sein est plus facile à palper. Il n'y a pas de recommandation officielle, mais l'examen clinique peut dès lors prendre le relais si (et seulement si) les femmes ont eu des mammographies négatives avant 70 ans (le risque de cancer est alors faible). Par contre si elles n'ont pas eu de mammographie depuis l'âge de 60 ans, il faut faire un examen clinique, plus une (seule) mammographie de dépistage.



C. LA CAMPAGNE EN COMMUNAUTE FRANÇAISE

A l'initiative des ministres fédéraux des Affaires sociales et de la Santé publique, une vaste campagne de dépistage du cancer du sein par mammothest a démarré dans l'ensemble de la Belgique. C'est une première ; les généralistes sont partie prenante depuis les prémises de ce projet via les travaux du Comité médecins traitants⁹ du Centre de référence pour le dépistage du cancer du sein. Ce Comité, dont la représentativité est reconnue par tous les généralistes francophones, existe depuis près de dix ans.

1. Buts et mise en œuvre

Cette campagne vise à améliorer le taux de couverture, insatisfaisant en Belgique.

En effet, les données enregistrées par les médecins vigies indiquent que 59% des cancers du sein sont diagnostiqués suite à une plainte en rapport avec la tumeur ; seuls 28% des cancers sont découverts lors d'un examen préventif effectué par le généraliste ou le spécialiste.

Le pourcentage d'examens préventifs effectués par le généraliste est significativement plus élevé en Flandre qu'en Wallonie.

Le taux d'examens préventifs pour le cancer du sein est significativement plus faible chez les femmes de catégorie socio-économique inférieure de même que chez les femmes de 65 ans et plus, **alors que celles-ci sont le plus à risque.**

Il y a par ailleurs trop de mammographies faites, avec une fréquence inutile, chez des femmes n'appartenant pas au groupe cible. Il y a donc un petit groupe de femmes "surprotégées" tandis qu'une majorité, à risque, n'est pas couverte. Il y a donc ici un principe d'équité à mettre en avant.

En 1996, une enquête a été réalisée par le Centre de référence pour le dépistage du cancer du sein auprès des médecins généralistes de Bruxelles et du Brabant wallon¹⁰. Cette enquête (basée sur un questionnaire adapté de l'enquête faite en 1992 par Agir en Prévention), a permis aux médecins interrogés d'exprimer les obstacles qu'ils ressentent face à ce dépistage :

- manque de temps et de financement pour l'aspect administratif du suivi du dépistage;
- difficultés pour savoir de quelle population chacun est responsable (beaucoup de femmes ont un gynécologue, et certaines vont spontanément dans un centre de dépistage). Pourtant, après 50 ans, environ 40% des femmes ne vont plus chez le gynécologue et le médecin de famille est parfois le seul professionnel de santé que voient des **femmes de milieu défavorisé**.
- réticence à proposer un examen préventif concernant une maladie qui fait peur (risque anxiogène du dépistage) et risque de « rendre malade » une personne qui se considère en bonne santé (le médecin est habitué au rôle inverse) ; habitude de ne s'occuper que des personnes qui viennent spontanément en consultation, sans les reconvoquer soi-même.

La campagne actuelle a été conçue par étapes : en 1989, s'est mis en place un réseau européen de projets-pilotes - le programme « Europe contre le cancer ». Son objectif était d'implanter des programmes

nationaux de dépistage du cancer du sein et de réduire de 15% la mortalité par cancer en Europe d'ici l'an 2000. Deux projets belges ont fait partie de ce programme : un à Bruxelles s'étendant en Brabant wallon, dans la région de Dinant et dans la province de Luxembourg, l'autre en Flandre.

Dès l'an 2000, des négociations ont été entreprises avec l'INAMI pour obtenir le remboursement spécifique de la mammographie de dépistage.

2. Description de la campagne

⇒ L'invitation des femmes

Toutes les femmes de 50 à 69 ans inscrites sur les listes de population seront invitées via une lettre lancée mensuellement par les centres provinciaux de coordination de ce dépistage.

Les invitations seront lancées mensuellement sur base de la date d'anniversaire des femmes concernées. Si cette date tombe un jour impair, l'invitation est faite pendant la première année de la campagne; si elle tombe un jour pair, l'invitation est faite lors de la seconde année : ceci afin d'étaler les invitations sur deux ans.

En annexe de la lettre, chaque femme recevra la liste des centres agréés de la province où elle est domiciliée ainsi qu'un numéro de téléphone lui permettant de connaître les centres agréés d'une autre province.

Par ailleurs, la liste des centres agréés en Communauté française sera disponible dans les centres de coordination, au Centre de référence communautaire, à la Communauté française et sur le web.

Une brochure expliquant le dépistage du cancer du sein sera également jointe à la lettre d'invitation.

Dans le cas où le centre de coordination n'a pas de résultat de mammotest 6 mois après avoir envoyé une lettre d'invitation, il enverra **une lettre de rappel** à la femme.

Après cette deuxième lettre, les femmes n'ayant pas fait de mammotest sont considérées comme non participantes. Après deux ans, lorsque le circuit sera relancé, ces femmes recevront une nouvelle lettre d'invitation mais différente de celle envoyée aux participantes de la campagne précédente.

Indépendamment de la lettre d'invitation, **le médecin traitant peut prescrire un mammotest**. Celui-ci sera également gratuit pour la patiente, pour autant que le médecin ait bien spécifié sur sa prescription qu'il s'agit d'un mammotest.

⇒ **Au centre de radiologie**

Toute femme qui se présente avec sa lettre d'invitation à un centre agréé doit commencer par préciser quel est le médecin généraliste ou gynécologue qu'elle choisit pour recevoir ses résultats. Si elle a à la fois un généraliste et un gynécologue, elle choisit l'un des deux comme responsable de son suivi ; mais il est pris note également du second et la copie des résultats sera envoyée à ce dernier.

Les femmes n'ayant ni médecin généraliste ni gynécologue recevront la lettre d'invitation, et le mammotest sera réalisé lorsqu'elles se présentent; mais elles ne seront pas réinvitées par la suite, le centre ne sachant pas à qui envoyer le résultat. Le but est d'encourager chaque femme à avoir un médecin pour assurer le suivi.

Avant de passer l'examen, la femme sera invitée à signer un papier confirmant qu'elle

accepte l'enregistrement des résultats du mammotest et des examens complémentaires éventuels. En cas de refus, elle peut néanmoins participer au programme.

De plus, pour pouvoir évaluer l'impact des médecins traitants sur la motivation de la femme, il lui sera demandé, à l'aide d'une question fermée, ce qui l'a décidée à venir faire un mammotest (parmi les propositions, il y aura le médecin généraliste, le gynécologue, la lettre d'invitation, une amie, un message à la radio, etc.).

Le mammotest comprend deux clichés par sein, effectués par un technicien (radiologue non présent). Après une première lecture au centre agréé, les clichés sont envoyés systématiquement au centre de coordination où ils subissent une deuxième lecture (et une troisième en cas de désaccord entre le premier et le deuxième lecteur).

⇒ **La transmission des résultats**

A la fin de l'examen, le centre agréé fournira à chaque femme une feuille reprenant les consignes à suivre pour avoir les résultats (à savoir contacter le médecin qu'elle vient de désigner comme responsable de son suivi et cela dans les trois semaines qui suivent l'examen). C'est toujours le médecin qui reçoit les résultats : que ceux-ci soient ou non normaux, ils ne seront en aucun cas envoyés directement chez la femme concernée.

En cas d'image anormale, la transmission des résultats au médecin choisi par la femme se fera plus rapidement (en une semaine). Les clichés suivront d'office (car ils sont nécessaires pour la mise au point).

Le médecin qui reçoit un résultat positif est tenu d'en informer la patiente et de l'envoyer faire un examen complémentaire, ce

qui fait partie du suivi. Il recevra d'ailleurs un talon (avec enveloppe pré-timbrée) à remplir et à renvoyer au centre de coordination pour préciser à ce dernier que la patiente a été informée de son résultat et qu'une prise en charge est effectuée. Si le centre de coordination ne reçoit pas ce talon, il se mettra en contact avec le médecin. Si après ce rappel, le centre n'est toujours pas assuré du suivi de ce cas positif, il pourra entrer directement en contact avec la patiente.

Dans le cas où le médecin ne connaît ni ne trouve une femme dont il aurait reçu les résultats, il peut demander de l'aide au centre de coordination de sa province.

Le rôle du médecin généraliste est tout aussi important en cas de résultat négatif. C'est aussi à lui d'en informer la patiente, ce qui fournit l'occasion de motiver la patiente, aujourd'hui rassurée, pour intégrer à long terme ce dépistage dans sa vie.

⇒ **L'évaluation**

L'organisation de cette campagne permettra de suivre l'évolution du taux de couverture. Toutefois celui-ci sera probablement sous-évalué : en effet, ne seront comptabilisées que les mammographies réalisées sur base d'une prescription "mammothest", adressées à un centre agréé, ce qui ne sera sans doute pas le cas pour toutes les femmes (voir ci-dessous). L'adhésion des soignants à la campagne est donc aussi une condition pour réaliser une évaluation fiable.

3. Le rôle primordial du médecin généraliste

Les critères de qualité pour un bon accompagnement des femmes par les généralistes.

Bien entendu, la campagne actuellement organisée en Communauté française vise à mieux garantir le dépistage pour toutes les femmes concernées. Mais le mammothest sera effectué par des techniciens; l'information des patientes, l'annonce du résultat et la prise en charge incombent au médecin généraliste.

Une telle entreprise ne sera un succès que si chacun des acteurs joue son rôle, à sa place et dans la même direction que l'ensemble des acteurs concernés par ce dépistage. Nous détaillons ici la place particulière des généralistes et des équipes de première ligne.

Pour expliciter les différentes facettes du rôle des généralistes dans ce programme, nous prenons comme cadre de référence les critères de qualité des soins prestés au niveau de la première ligne des soins, définis par la WONCA¹¹ et adaptés par les maisons médicales francophones.

La qualité des soins demande une prise en compte de l'ensemble des critères proposés - certains se renforçant ou s'équilibrant - et non pas un « saucissonnage » ou une juxtaposition de ces critères.

La **pertinence** de la démarche.

Le dépistage du cancer du sein est-il pertinent en médecine générale ? Cela vaut-il la peine que les médecins généralistes s'y intéressent, s'y investissent ? Ou est-ce d'abord l'affaire des spécialistes ?

Cela semble pertinent car d'une part l'efficacité du mammothest est démontrée, à la condition qu'un nombre suffisant de femmes (70 %) y participent : les généralistes peuvent directement influencer cette participation car c'est auprès d'eux que les femmes se renseignent. Par ailleurs, l'actuelle campagne de dépistage crée un climat favorable pour faciliter le dialogue des généralistes avec toutes leurs patientes concernées et pour intéresser plus encore les généralistes à ces questions.

Soulignons aussi la mobilisation de beaucoup d'acteurs de santé différents : des responsables politiques aux groupes de femmes, en passant par tous les professionnels de la santé, santé publique et santé individuelle de chaque femme. Restons attentifs à ce que ceci ne démobilise pas certains généralistes qui pourraient ne plus se sentir utiles ou concernés : "à quoi bon, d'autres s'en occupent ... et je ne suis pas payé pour...".

L'information et la formation des généralistes par leurs pairs peuvent écarter cet écueil.

L'efficacité scientifique de la démarche.

L'efficacité du mammothest n'est plus à démontrer, surtout pas par les généralistes. Pour nous, l'essentiel reste d'être bien informés des consensus actuels et surtout de comprendre les raisonnements scientifiques établissant ces consensus. Ceux-ci ne font jamais l'unanimité du monde médical ou scientifique : la science n'est heureusement pas dogmatique. Les recommandations actuelles peuvent changer dans 5 ou 10 ans, sans que notre perplexité nous paralyse dans la mesure où nous comprenons le bien fondé et les limites actuelles de ces consensus. Nos confrères et nos patientes nous demandent : pourquoi ne pas proposer ce dépistage également aux femmes de 40 ans ? Pourquoi pas au-delà de 70 ans ?

Nous pouvons nous sentir à l'aise pour y répondre aujourd'hui, en sachant que cela pourra peut-être changer demain et en nous adaptant aux évolutions.

L'actuelle proposition de dépistage a également mis en place des procédures de qualité, tant pour les appareils de radiologie que pour les lectures des clichés ou de la cytologie des ponctions. Ce sont des garanties scientifiques supplémentaires du sérieux de la démarche.

Aujourd'hui, à la lumière de ce qui est scientifiquement admis, nous pouvons encourager nos patientes à participer au mammothest.

L'efficience de l'implication des généralistes dans le dépistage du cancer du sein.

L'organisation de ce dépistage et la réalisation de plusieurs tâches (information du grand public, invitation et réinvitation des patientes, qualité radiologique et cytologique...) par d'autres acteurs de soins diminuent la charge de travail du généraliste.

Celui-ci reste cependant incontournable pour répondre aux questions des patientes, de toutes les patientes, pour prendre en compte leurs craintes et renégocier certaines démarches : post-poser le mammothest qui tombe à un mauvais moment, ce qui signifie noter cette information dans le dossier et en reparler dans quelque temps. Encourager les femmes qui hésitent à prendre rendez-vous. Ou parfois même décider en toute responsabilité que ce mammothest est inopportun pour cette patiente en particulier, après en avoir parlé ensemble et en toute connaissance de cause.

Le médecin devra également choisir le moment de parler du délicat problème des cancers d'intervalle qui, pour la patiente, est généralement vécu comme un échec. Celui-ci sera toutefois moins pénible si, dans

une relation de confiance de longue durée, le médecin de famille a explicité l'utilité et les limites du dépistage. Il est souvent nécessaire de préciser que le dépistage n'est pas l'équivalent d'un vaccin, que son but n'est pas d'empêcher l'apparition de la maladie mais bien de se mettre dans des conditions de guérison optimales. Il est toujours très difficile à un médecin de gérer l'annonce d'un cancer d'intervalle s'il a, pour convaincre la femme de réaliser une mammographie de dépistage, affirmé péremptoirement que celle-ci offre une sécurité totale. Cette remarque s'applique à de nombreux autres domaines.

La conservation des clichés radiologiques chez le médecin traitant de la patiente est une garantie d'efficacité pour les clichés des années suivantes.

La **globalité** de l'approche des femmes par leur généraliste.

Cette qualité du travail des généralistes est essentielle et spécifique. Lui seul peut situer l'intérêt du dépistage et de son suivi dans l'ensemble de la santé de cette femme, en tenant compte de sa situation familiale, sociale et professionnelle. Répondre à l'incompréhension de certaines femmes. Accepter les réticences à dénuder une partie du corps en rapport avec la sexualité. Sentir et réfléchir aux conditions de vie de certaines femmes concernées par le dépistage du cancer du sein permet au généraliste d'en parler au bon moment et de la manière la plus adéquate. Quelles priorités dans les problèmes de santé de cette femme ? Connaissant bien chaque patiente, il choisit le moment opportun, ayant noté dans le dossier qu'il doit accomplir cette tâche et la suivre au fil des ans.

C'est aussi le généraliste qui peut percevoir les conditions de vie de la plupart de ses patientes ou de certains groupes de patientes et adapter les messages "grand public"

à ces "petits" publics spécifiques de sa patientèle (autres cultures, méfiance de l'extérieur et de l'inconnu, fatalité...).

La **continuité** des informations.

Le généraliste est le professionnel de la santé qui voit le plus souvent les femmes de 50 à 69 ans. Le dossier médical et le classement des mammothests antérieurs permet de garantir ce fil rouge au cours du temps. Continuité des informations de santé, et très souvent, continuité de la relation qui rend celle-ci solide et bien nécessaire pour continuer à passer les futurs mammothest et pour accompagner les femmes qui ont des problèmes de santé.

L'**intégration** du curatif et du préventif.

Cette dimension de la qualité du travail des généralistes ouvre beaucoup d'opportunités : le médecin généraliste peut proposer de parler du dépistage du cancer du sein à n'importe quelle occasion et il n'en est que plus crédible pour les patientes. Intégration et continuité de la relation et des soins en cas d'image anormale, mais de manière quasi naturelle, allant de soi et donc plus acceptable pour les patientes.

Un impact bénéfique et réaliste est que la prescription du mammothest entre dans la routine du généraliste.

L'**accessibilité** du mammothest pour les patientes.

L'accessibilité géographique dépend de la localisation des centres radiologiques agréés.

Le test est gratuit, ce qui facilite son accessibilité financière. Les femmes inscrites dans une mutuelle recevront une invitation et pourront passer le test même si elles ne sont pas en ordre. Les femmes qui ne sont inscrites dans aucune mutuelle ne recevront pas

d'invitation mais pourront passer le mammotest avec une demande de leur médecin traitant; l'idéal est alors que le médecin traitant prévienne le radiologue afin que celui-ci envoie sa note au Centre provincial de dépistage. Si un cancer est dépisté chez une femme non inscrite à une mutuelle, une demande doit alors être introduite au CPAS pour une aide médicale urgente; cette patiente sera de toute façon suivie, par son médecin traitant ou par le Centre provincial.

Face à une patiente non inscrite dans une mutuelle, le plus urgent est bien entendu de l'accompagner pour qu'elle s'y inscrive.

Le bon moment pour en parler et pour le réaliser dépend en partie de l'accessibilité de "son docteur" pour la patiente, et la relation construite avant ce dépistage prend ici toute son importance.

Le coût d'une consultation pour la patiente qui va chercher ses résultats est acceptable dans la mesure où cette consultation abordera sans doute aussi d'autres questions que le cancer du sein. Entre 50 et 69 ans, les consultations des femmes auprès des généralistes ne sont pas rares : ce sera aussi l'occasion de vérifier la tension artérielle, de prescrire les médicaments, de vacciner contre la grippe ou de parler des difficultés du sommeil...

Dans certains cas il ne semblera pas pertinent au médecin d'envoyer sa patiente faire un mammotest dans un centre agréé : parce qu'il a l'habitude de travailler avec un spécialiste en qui il a confiance, parce que l'image donnée par mammographie nécessite toujours un examen complémentaire chez certaines patientes (kystes, ...). Le médecin doit être conscient du fait que seuls les centres agréés sont contrôlés en ce qui concerne la qualité des examens. Par ailleurs, le choix de ne pas faire entrer une patiente dans le programme doit être explicité

et discuté avec celle-ci : elle ne bénéficiera pas du mammotest gratuit.

L'**acceptabilité**.

Le dépistage du cancer du sein est communément admis par tout le monde. En début de campagne, cela ira sans doute de soi de passer un mammotest pour la plupart des femmes concernées. L'effort des généralistes sera aussi d'en reparler 2 ans plus tard, ce qui fera 10 examens en 20 ans : combien seront effectivement réalisés ?

L'**équité**.

L'équité est une valeur essentielle de toute action de santé : les femmes qui ont le plus besoin de ce dépistage doivent pouvoir l'obtenir dans des conditions optimales de qualité. Ici, c'est surtout la qualité relationnelle qui est en jeu, le respect des patientes par les professionnels de la santé. Les généralistes sont en première ligne pour les femmes démunies, étrangères, moins valides ou exclues... C'est le travail des généralistes qui permettra à ces femmes de rester parmi celles qui en bénéficieront tous les deux ans... C'est aussi les généralistes qui seront informés par les femmes de la manière dont elles sont accueillies dans ces services, et qui pourront si nécessaire en parler avec les radiologues.

La **participation** des femmes.

Pour les généralistes, cela implique d'écouter, d'accueillir et de prendre en compte les sensibilités de toutes les femmes : celles qui refusent, celles qui ont peur... Parler avec les patientes est un point central des soins de première ligne ; respecter les décisions et les choix des patientes est essentiel pour garder leur confiance. Ces choix ne sont pas immuables. Par crainte de découvrir un cancer, une femme peut refuser le mammotest dans un premier temps et l'accepter ensuite. Tout dépend de la place

que lui laisse son médecin traitant dans la décision.

L'**échelonnement** des soins.

La place incontournable des généralistes dans ce dépistage est une garantie de qualité, dans la mesure où les généralistes s'y investissent et en garantissent donc le succès. Le passage par le généraliste est essentiel pour recevoir les résultats du mammotest et surtout pour les étapes suivantes : repasser un mammotest ou accompagner la patiente dans le suivi d'une anomalie.

La **systematisation** du dépistage.

Cette dimension est en principe assurée par le programme lui-même ; les experts retiennent surtout le taux de couverture qui sera obtenu.

A son échelle, le généraliste qui utilise déjà un échéancier, peut garder à l'œil et en mémoire les patientes qui ont post-posé leur examen afin de leur en reparler.

Le généraliste peut lui-même prescrire ce mammotest, et ce, pour toutes ses patientes, quand son échéancier lui rappelle que le délai de deux ans est écoulé.

La **pluridisciplinarité**.

Le généraliste est l'interface permanent et simultané, d'une part des experts et des spécialistes, et aussi des autres soignants de première ligne (infirmière à domicile, kinés, assistants sociaux, etc...); d'autre part, des patientes elles-mêmes. Il pourra dès lors comparer, confronter et enrichir sa perception de la réalisation de ce dépistage et de son acceptation par les patientes.

L'idéal est qu'il garde l'occasion d'exprimer son point de vue aux autres acteurs de ce dépistage.

La **satisfaction** des acteurs.

Cela peut paraître une lapalissade, mais si les femmes sont satisfaites de ce dépistage ainsi que la plupart des acteurs concernés, c'est une condition de succès non négligeable à long terme !

Loin d'être perçue comme un encouragement à "se débarrasser" du dépistage du cancer du sein, l'actuelle campagne devrait donc être accueillie comme un soutien au rôle primordial que doivent jouer les soignants de première ligne.



D. L'ORGANISATION DE LA CAMPAGNE EN MAISON MEDICALE

Une procédure forgée en maison médicale

Plusieurs maisons médicales ont mis en place des campagnes de dépistage du cancer du sein, bien avant le programme national. Les différentes stratégies mises en place, les réflexions des acteurs, ont été présentées dans Santé Conjuguée¹². Nous présentons ci-dessous les étapes à suivre si l'on veut arriver à couvrir la population cible. Ces étapes correspondent à celles d'un **processus d'assurance de qualité**.

La campagne organisée par le Ministère des affaires sociales et de la santé publique facilite mais ne modifie pas fondamentalement la stratégie des équipes de première ligne en matière de dépistage du cancer du sein. Restant le premier interlocuteur de leurs patientes, ces équipes gardent un rôle central qui sera optimisé en veillant au suivi et à l'évaluation des étapes décrites ci-dessous.

1. Faire le bilan de la couverture actuelle

Ce bilan permettra de voir s'il est nécessaire de mettre une énergie particulière dans le dépistage du cancer du sein : il est possible en effet que celui-ci soit fait en routine de manière suffisamment satisfaisante, et que l'on décide de privilégier d'autres problèmes (tout en continuant bien sûr, à faire ce qu'on fait actuellement).

Comment mesurer le taux de couverture de départ ? Il y a plusieurs étapes :

1. Établir la liste des patientes concernées

- *pour les équipes au forfait* : toutes les femmes inscrites âgées de 50 à 69 ans ;
- *pour les équipes à l'acte* : toutes les femmes de 50 à 69 ans qui ont consulté au moins une fois endéans les 2 ans (patientes « actives »).

La liste des patientes concernées ne sera pas très longue : les femmes de 50 à 69 ans représentent environ 10 à 15% d'une patientèle habituelle de médecin généraliste (11% de la population générale). Soit maximum 80 dossiers par généraliste.

2. Examiner les dossiers

Cet examen permettra d'identifier et de quantifier trois groupes de patientes :

- patientes en ordre (qui ont subi une mammographie endéans les 2 ans) ;
- patientes qui ont subi une mammographie il y a plus de deux ans ;
- patientes pour lesquelles il n'y a pas d'information : il est possible qu'elles soient en ordre, mais on ne peut en être certain, tout dépend de la manière dont sont remplis les dossiers (ce qui peut être influencé par le lieu où les patientes ont fait une mammo-

graphie : celles qui l'ont faite sur conseil du gynécologue ne l'ont peut-être pas signalé).

L'expérience montre que, le plus souvent, les dossiers sont insuffisamment remplis : l'examen des dossiers, même si on les prend tous, risque donc fort de ne pas donner une information fiable : le taux de couverture calculé sur cette base sera très probablement sous-estimé.

Il vaut mieux mener la recherche jusqu'au bout : mettre tout en œuvre pour contacter les femmes pour lesquelles il n'y a pas d'indication au dossier.

Le grand avantage de cette démarche est qu'elle permettra d'obtenir un taux de couverture exact, à partir duquel on pourra se fixer un standard réaliste et évaluer ses progrès : si la proportion de personnes en ordre est actuellement de 30%, on peut par exemple viser 50% dans une première étape, et examiner régulièrement où l'on en est.

2. Définir un objectif

Comment décider si le niveau actuel est satisfaisant ? Il n'y a pas de réponse absolue. Le critère d'au moins 70% de couverture est l'idéal à viser ; reste à définir le standard, c'est-à-dire l'objectif qu'on se donne concrètement. En terme de santé individuelle, toutes les femmes ont le droit d'être prises en charge, on pourrait donc viser les 100%... ; mais on peut aussi viser un taux de 50% , déjà satisfaisant si le bilan de départ était de 30%, ou s'il y a actuellement d'autres priorités pour les patientes et pour l'équipe, etc...

L'essentiel est de prendre conscience, en équipe, du point où l'on en est par rapport à ce problème important, de faire un choix dont les raisons sont explicitées, et de se donner les moyens de mesurer les progrès.

3. Organiser la campagne

Si l'on est relativement satisfait de la situation, on peut choisir d'améliorer petit à petit ce que l'on fait déjà, et mesurer régulièrement les progrès par rapport au bilan de départ. Par contre, si on se rend compte qu'il faudrait vraiment mettre une énergie particulière, il y a plusieurs étapes à suivre :

1. Mobiliser l'équipe : réunir l'équipe pour sensibiliser et expliquer l'intérêt du dépistage précoce, travailler sur les réticences éventuelles de certains membres de l'équipe et définir le rôle de chacun. Ce moment est important : comme on l'a vu ci-dessus, de nombreuses questions peuvent se poser quant à l'opportunité de ce dépistage, et il faut prendre le temps de les examiner pour qu'il y ait un réel consensus dans l'équipe. Cette réunion sera aussi un bon moment pour préciser la manière de travailler en cohérence avec la campagne nationale : par exemple, il est plus pratique au niveau de la patientèle d'une maison médicale, de considérer d'emblée toutes les femmes du groupe cible (alors qu'au niveau national l'invitation est répartie sur deux ans en fonction de la date d'anniversaire).

2. Sensibiliser le public : certaines femmes seront déjà informées par la campagne nationale, se poseront des questions, d'autres ne s'y seront pas intéressées... dans tous les cas, il importe d'expliquer la cohérence et la complémentarité entre l'action du ministère et celle de la maison médicale, pour que les patientes n'aient pas le sentiment d'être "bombardées" d'informations qui leur semblent peut-être redondantes, ou contradictoires.

On peut mettre des brochures sur un présentoir, en faire donner par le médecin,

écrire un article dans le journal de la maison médicale. Certaines équipes préfèrent ne pas mettre en salle d'attente des brochures ou affiches portant sur ce thème, par crainte de provoquer une anxiété trop grande chez les patientes.

Si l'on choisit d'utiliser des brochures, il faut prendre le temps de faire une bonne sélection : éviter les documents trop compliqués ou trop dramatisants. La brochure faite pour la campagne du ministère, les brochures « Action sein » de l'Oeuvre belge du cancer, et « Brisons le silence », réalisées dans le cadre du Programme européen contre le cancer par l'Oeuvre belge du cancer et l'Association contre le cancer, nous ont paru satisfaisantes à cet égard.

3. Définir la stratégie pour chaque groupe de patientes

- Les patientes qui ont subi une mammographie endéans les 2 ans peuvent être entrées dans l'échéancier (fiches papier ou fichier informatisé).

Il faudra leur rappeler de faire une mammographie à la date prévue, rappel à faire par lettre s'il n'y a pas eu de consultation spontanée aux alentours de cette date (exemple : lettre A, en annexe). Bien entendu, certaines patientes (on peut les évaluer à 30%) demanderont d'elles-mêmes la mammographie dans le délai prévu.

- Les patientes qui ont subi une mammographie il y a plus de 2 ans : on peut directement leur envoyer une lettre de rappel (voir lettre A, en annexe).
- Les patientes pour lesquelles on n'a pas d'information : on peut leur envoyer une lettre les informant de l'utilité de la mammographie et proposant un rendez-vous. Il est particulièrement important que cette lettre n'ait pas un caractère angoissant, et que la personne ne se sente pas visée personnellement (exemple : lettre B, en annexe). Une partie des

femmes de ce groupe sera probablement en ordre.

On peut évidemment se donner quelques mois avant d'envoyer une lettre, et pendant cet intervalle, profiter des consultations spontanées pour faire le point de la situation.

Rappelons que l'Ordre des médecins a marqué son accord sur l'envoi de lettres aux patients : « les convocations en vue d'examen préventifs ne peuvent se faire qu'à condition de mentionner que la patiente peut à cette fin aussi s'adresser au médecin de son choix ».

Dans tous les cas, envoyer une lettre ne suffit pas : cette stratégie ne permet en tous cas pas aux soignants de se « dédouaner ». Il est utile de mettre, en plus, un signe dans le dossier à l'endroit des contacts, ou d'encoder l'échéance dans le dossier informatisé. En effet, un certain nombre de patientes ne répondront pas à la lettre et il sera utile que le médecin puisse visualiser la situation si la patiente vient pour un autre motif : il pourra ainsi en discuter et, éventuellement, prescrire l'examen.

4. Noter l'information au dossier

Pour ne pas avoir à refaire un bilan dans un an ou deux, noter dans le dossier si la patiente a répondu à la lettre, le contenu de cette réponse (demande de mammographie, refus), le résultat de cette démarche (mammographie faite ou non), et bien sûr la date et les résultats de la mammographie.

Le temps nécessaire pour organiser la campagne

La maison médicale de Charleroi Nord a comptabilisé le temps qu'elle a passé pour organiser sa campagne. Un tract à donner à chaque patiente lors du contact où on lui propose le dépistage et une affiche pour la salle d'attente étaient déjà réalisés (non comptabilisés).

Une réunion d'équipe : 2h.

Briefing de l'équipe sur la pertinence et l'intérêt de ce dépistage (avec lecture préliminaire du Point sur le dépistage du cancer du sein, version 1999).

*Réalisation d'une **fiche mammo** reprenant 10 fois (pour 20 ans) la date de prescription, le statut du médecin prescripteur, les rappels et refus éventuels, la date de la mammo, son lieu et son résultat.*

Impression de la fiche-mammo : 1h.

Photocopies sur papier de couleur, vite repérable dans le dossier.

Établissement de la liste des femmes : 1h.

Sortie de la liste informatique des femmes âgées de 49 à 70 ans au 15 mai 2002.

Attribution à chaque femme d'un médecin référent, sortie d'une liste par médecin.

Remplissage des fiches mammo : 15h (5 minutes par dossier).

Le référent "pioche" dans les dossiers de ses patientes et complète pour chacune la fiche mammo. Il vérifie en même temps la concordance des données entrées dans l'échéancier.

Encodage des fiches mammo sur programme statistique, analyse des résultats : 5h.

Recherche de la liste des centres radiologiques agréés de la région : quelques coups de fil.

Total : 25 heures de travail.

4. Intégrer le dépistage dans la pratique quotidienne

Si tout a été bien mené dans la phase précédente, le dépistage sera plus facilement fait en routine, puisqu'il suffira de regarder l'échéancier et d'envoyer les lettres de rappel. De plus, des patientes, en nombre sans doute croissant d'année en année, prendront d'elles-mêmes l'initiative.

Ce qui n'empêche pas de continuer, à certains moments, de sensibiliser le public, comme on l'a fait précédemment. Et aussi, de mobiliser l'équipe : pas seulement pour que les mammographies soient faites, mais aussi pour qu'elles soient indiquées au dossier. Des données fiables permettront d'analyser régulièrement le taux de couverture, ce qui empêche de tomber dans la routine : on pourra vérifier si l'on progresse vers les standards fixés, ou si au contraire on régresse ; tenter d'analyser les causes, de trouver des moyens pour y répondre... bref, poursuivre le cycle de l'assurance de qualité.

5. Évaluer

De toute façon, on peut évaluer le **taux de couverture**, avec la référence du taux de départ et du standard qu'on s'était fixé.

Des données relatives aux processus permettront de mieux comprendre pourquoi on a éventuellement obtenu un résultat moins bon - ou meilleur ! - que celui qu'on espérait. De même, elles permettront d'identifier les raisons de succès, ce qui pourra être profitable à d'autres actions. Ces données sont, par exemple :

- **l'attitude des patientes** par rapport à la campagne : combien de patientes en parlent spontanément (suite à un affichage, à un article dans le journal des patients) ; combien répondent dès la lettre de rappel ; combien refusent, de manière explicite ou implicite, quelles sont les réticences exprimées, etc... ?
- **l'attitude des soignants** : en parlent-ils d'eux-mêmes s'il n'y a pas de demande, quelles sont leurs difficultés éventuelles, ciblent-ils bien les femmes de 50-69 ans, que proposent-ils aux plus jeunes lorsqu'il y a une demande, remplissent-ils mieux les dossiers, sont-ils satisfaits des centres de dépistage, etc... ?

Les données nécessaires pour l'évaluation

1. La population active totale des femmes âgées de 50 à 69 ans : ce sera le dénominateur de base pour toute la suite des analyses ;
2. Le pourcentage de femmes en ordre au moment où on fait le premier bilan : c'est à partir de ce taux que l'on peut discuter en équipe pour se fixer un standard réaliste ;
3. Si l'on a choisi d'attendre quelques mois avant d'envoyer des lettres : la proportion de femmes du groupe cible vues en consultation spontanée pendant cet intervalle, le nombre de fois où le soignant a abordé la question, les résultats de cet entretien ;
4. Le nombre de lettres envoyées (A et B), le nombre de réponses, le contenu de ces réponses ; le taux de refus et les motifs de refus sont des éléments intéressants à récolter car ils permettront de mieux comprendre les résultats obtenus ;
5. Le taux de mammographies réalisées suite à la campagne.



Notes :

Programmes et formations

Pour répondre à une demande des médecins généralistes, des **ateliers de formation à la prévention du cancer et dépistage** sont organisés par l'Unité de dépistage du cancer (École de santé publique UCL). Ils fonctionnent par groupes de 8 médecins maximum (25 UFC).

Responsable : Prof. A. Vandembroucke.

Renseignements : Mme Coppens, Unité de prévention et dépistage du cancer, ESP/3051, clos Chapelle aux Champs 30, 1200 Bruxelles ; 02/764.33.36 - fax 764.33.48.

La Fédération des maisons médicales organise régulièrement des séminaires méthodologique sur l'organisation d'une équipe pluridisciplinaire pour intégrer le dépistage par mammographie dans la pratique habituelle et évaluée des centres de première ligne.



En conclusion...

Organisé de manière rigoureuse, le dépistage du cancer du sein donnera, à un plus grand nombre de femmes, la possibilité d'améliorer leur qualité de vie et leurs chances de survie face à ce douloureux problème ; une telle certitude ne peut qu'encourager les soignants à se donner les moyens nécessaires pour mener ce processus à bien.

Bien entendu, de nombreuses étapes sont nécessaires, et cela peut paraître lourd ; mais le respect de ce processus assure une plus grande efficacité, donne la possibilité de mesurer les résultats de l'action, de la réorienter si nécessaire ... voire d'être heureusement surpris des résultats obtenus ! En outre, l'investissement est surtout important au début ; par la suite, les procédures entreront dans la routine et demanderont de moins en moins de temps. Enfin, cette démarche pourra bien évidemment être adaptée à d'autres problèmes de santé.

N'oublions pas, pour conclure, qu'une démarche systématique n'empêche pas de respecter le désir des patientes : il s'agit, non pas d'imposer le dépistage aux personnes du groupe cible, mais bien de donner au plus grand nombre d'entre elles, la possibilité de faire un choix éclairé.



Modèle A : patientes pour lesquelles on connaît la date de la précédente mammographie.

Madame,

Nous vous signalons que votre dernière mammographie de dépistage du cancer du sein date de 1997. Cet examen est très utile, et il est conseillé de le faire tous les deux ans entre l'âge de 50 et 70 ans.

Vous avez sans doute reçu une lettre de la province vous proposant de passer gratuitement un mammothest dans un centre agréé : le mammothest est le même examen que la mammographie. Nous vous invitons à prendre rendez-vous dans le centre conseillé, ou à demander à votre médecin les coordonnées d'un autre centre si vous préférez.

Si vous n'avez pas encore reçu cette lettre, vous pouvez venir demander une prescription de mammothest à la maison médicale ou chez un médecin de votre choix : l'examen sera également gratuit.

C'est votre médecin qui recevra le résultat du mammothest; nous vous invitons donc à le contacter à ce sujet.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations les meilleures.

L'équipe de la maison médicale.

NB : Si vous ne souhaitez plus recevoir ce type d'information, dites-le nous !

Modèle B : patientes pour lesquelles on ne dispose pas d'information sur la précédente mammographie.

Madame,

Savez-vous que l'examen radiographique des seins (mammographie) est un examen très utile ? Il est conseillé de le réaliser tous les deux ans de 50 à 70 ans; mais dans votre dossier médical, nous ne trouvons pas de trace de cet examen.

Vous avez sans doute reçu une lettre de la province vous proposant de passer gratuitement un mammothest dans un centre agréé : le mammothest est le même examen que la mammographie. Nous vous invitons à prendre rendez-vous dans le centre conseillé, ou à demander à votre médecin les coordonnées d'un autre centre si vous préférez.

Si vous n'avez pas encore reçu cette lettre, vous pouvez venir demander une prescription de mammothest à la maison médicale ou chez un médecin de votre choix : l'examen sera également gratuit.

C'est votre médecin qui recevra le résultat du mammothest; nous vous invitons donc à le contacter à ce sujet.

Si cet examen a déjà été réalisé, il y a moins de deux ans, nous vous serions reconnaissants de nous en informer lors de votre prochaine visite à la maison médicale.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos salutations les meilleures.

L'équipe de la maison médicale.

Notices

¹ létalité : rapport entre le nombre de décès dus à une maladie et le nombre de personnes atteintes par cette maladie.

² Drs Guy Beuken (SSMG), André Debue (CERISSP), Pierre De Plaen (GBW), Jean Laperche (FMM) Myriam Provost (FAMGB), Pr Anne Vandebroucke (CRDCS), Dr Bernard Vercruyse (FAG) : Mammotest : sauver 800 femmes par an en Belgique, Comité "Médecins Traitants" du Centre de Référence pour le Dépistage du Cancer du Sein, Revue de la Médecine Générale, n° 183, SSMG, mai 2001).

³ Van Casteren V. (Dr), Le cancer du sein en chiffres, ISP. Le dépistage du cancer du sein in Le dépistage du cancer du sein : une affaire de généralistes ?

⁴ Plus précisément selon les critères de l'EORTC, les TOMONO c'est-à-dire les cancers avec Tumeur inférieure à 2 cm, pas de Métastases, pas de Nodules.

⁵ Une excellente discussion de cette question est présentée dans un article de A.J. Sasco, Risque iatrogène et dépistage : l'exemple de la mammographie, Rev. Epidém. et Santé Publ., 1994, 42, 385-391.

⁶ On peut estimer le taux de détection du cancer à environ 5 cancers pour 1000 femmes ayant eu une mammographie.

⁷ Pour certaines pathologies, le dépistage précoce n'est pas souhaitable : par exemple, la radiographie systématique de fumeurs asymptomatiques mettra en évidence des cancers bronchiques, alors que l'on n'a rien à proposer pour réduire la mortalité due à ce cancer. Dès lors, le seul effet du dépistage est une avance de diagnostic, ce qui diminue la qualité de vie (connaissance plus précoce du diagnostic et traitement de plus longue durée).

⁸ Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, Guide canadien de médecine clinique préventive, Santé Canada, Groupe Communication Canada, Ottawa, 1994.

⁹ En font partie : les Drs. Etienne Baijot, ABSYM ; Guy Beuken et Pascale Jonckheer, SSMG ; André Debue, CERISSP ; Pierre De Plaen, GBW ; Pierre Delvoye et Thierry Jean Puissant, GGOLFB ; Anne Gillet, GBO ; Jean Laperche, Fédération des maisons médicales ; Myriam Provost, FAMGB ; Anne Vandebroucke, CRCS et Bernard Vercruyse, Forum.

¹⁰ Beuken Guy (SSMG) : Enquête concernant les habitudes de dépistage du cancer du sein des médecins généralistes de Bruxelles et du Brabant wallon, réalisée en mai 1996 in Le dépistage du cancer du sein : une affaire de généralistes ?

¹¹ Association mondiale des médecins de famille.

¹² Laperche Jean, La qualité du dépistage du cancer du sein en maison médicale, Santé Conjugée n°21, juillet 2002.

¹³ Ces modèles sont inspirés des lettres de rappel utilisées par la maison médicale du Noyer.

Autres références

Centre de Référence pour le Dépistage du Cancer du Sein, la Fédération contre le Cancer, SSMG, « Fiches de dépistage du cancer du sein », septembre 1999, Fédération contre le Cancer, Chée de Louvain 479 à 1030 Bruxelles.

Ministère de la Communauté française : « Le dépistage du cancer du sein est aussi l'affaire des généralistes », feuillet d'information pour généralistes, septembre 2001.

Roland M., Prévost M., Jamouille M., L'assurance de qualité et le médecin de famille, in Arch. Public Health 2001, 59, 1-28, Bruxelles, 2001.

Roland Michel, Prévost M., Laperche J., Gosselain Y., Le carnet de bord en assurance de qualité, Fédération des Maisons Médicales, 1999, Bruxelles.

Deccache A., Laperche J., Values, paradigms and quality criteria in health promotion : an application to primary health care, in Davies JK and Mc Donald G (Eds) : Quality, evidence and effectiveness in Health Promotion, Routledge Publishers, London 1998, pp 150-164.