

Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein en Wallonie - années de dépistage 2019-2022

INDICATEURS D'ÉVALUATION

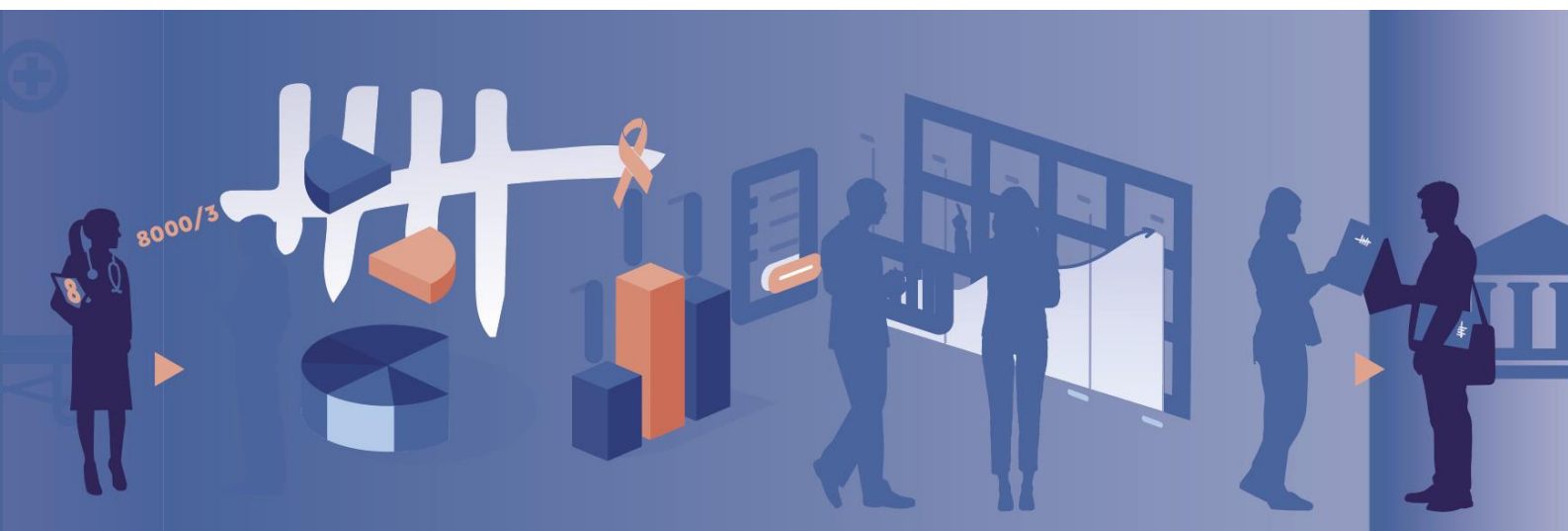


TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction.....	3
2.	Incidence et mortalité du cancer du sein.....	5
3.	Population étudiée, participation au dépistage et taux de couverture.....	11
3.1.	Population étudiée.....	11
3.2.	Taux de participation.....	12
3.3.	Taux de couverture.....	13
3.4.	Surdépistage chez les participantes au programme.....	15
3.5.	Femmes n'ayant jamais effectué d'examen de dépistage.....	15
4.	Résultats des indicateurs de qualité concernant le diagnostic des cancers.....	16
4.1.	Taux de rappel.....	16
4.2.	Taux de détection du cancer du sein.....	17
4.3.	Taux de cancers d'intervalle.....	20
4.4.	Valeur prédictive positive.....	21
4.5.	Sensibilité du mammothest.....	22
4.6.	Spécificité du mammothest.....	24
4.7.	Distribution et stade au moment du diagnostic des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participantes.....	25
4.8.	Caractéristiques des cancers dépistés.....	27
5.	Résultats des indicateurs de qualité concernant le suivi après un mammothest positif.....	29
5.1.	Taux de suivi après un mammothest positif.....	29
5.2.	Taux de suivi parmi les cancers dépistés.....	30
5.3.	Fréquence des biopsies.....	31
5.4.	Ratio B/M parmi les biopsies ouvertes (tumorectomies).....	31
5.5.	Probabilité de retrouver une lésion maligne parmi les biopsies et les tumorectomies.....	32
5.6.	Proportion d'interventions chirurgicales effectuées pour les cancers dépistés en fonction du délai après le 1 ^{er} examen de suivi.....	32
5.7.	Traitement chirurgical par stade parmi les cancers dépistés.....	33
5.8.	Traitement chirurgical par tranches d'âge pour les cancers dépistés.....	35
6.	Conclusion.....	38
7.	Bibliographie.....	41
8.	Annexes.....	41

1. Introduction

En Belgique, 11.319 nouveaux cas de cancer invasif du sein ont été enregistrés en 2021 [1]. En 2021, 2.048 femmes en sont décédées [2]. Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes et représente 33% des cancers chez la femme en 2021.

Plus de 80 % des cancers du sein invasifs surviennent chez des femmes de 50 ans ou plus. L'incidence augmente avec l'âge, avec un âge moyen au moment du diagnostic de 63,5 ans.

Suite aux études qui ont démontré l'efficacité du dépistage du cancer du sein pour réduire la mortalité liée à cette affection, le Conseil de l'Union Européenne a recommandé aux Etats-Membres de mettre en place un programme organisé de dépistage du cancer du sein par mammographie pour les femmes de 50 à 69 ans. L'organisation et l'évaluation du programme sont définies dans les European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis et ses suppléments [3, 4].

Cette recommandation est d'application en Belgique. En effet, l'Etat fédéral et les Communautés ont signé un protocole d'accord pour la mise en place d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein en octobre 2000.

Déroulement du programme

Le Centre de Coordination et de Référence pour le dépistage des cancers (CCRef) organise le programme de dépistage en Wallonie. La mammographie réalisée dans le cadre du programme s'appelle Mammothest (MMT). Il s'agit plus précisément d'une mammographie suivie d'une double lecture en aveugle par deux radiologues. S'il y a discordance entre ces deux radiologues, un troisième radiologue regarde la mammographie pour une troisième avis.

Les femmes éligibles (50 à 69 ans) ont accès au MMT sur base d'une prescription ou d'une lettre d'invitation qui leur est adressée par le CCRef en fonction de leur date de naissance ou deux ans après un MMT négatif.

A l'issue de la double lecture (ou du troisième avis), une lettre avec le résultat (protocole) est transmise au médecin référent.

Pour organiser le dépistage de manière efficace et pour inviter uniquement les femmes qui peuvent en bénéficier, la Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry- BCR) fournit des listes d'exclusion au CCRef deux fois par an.

Les femmes incluses dans ces listes sont:

- Les femmes ayant subi une mastectomie bilatérale. Elles ne sont plus jamais invitées à participer au programme de dépistage
- Les femmes avec un diagnostic de cancer du sein. Elles ne sont pas invitées pendant 10 ans à partir de la date d'incidence du cancer du sein
- Les femmes ayant effectué une mammographie bilatérale en dehors du programme de dépistage. Elles ne sont invitées que deux ans après la date de cette mammographie afin de respecter l'intervalle de deux années entre chaque examen de dépistage.

Ces sélections sont possibles en se basant sur les informations connues dans les bases de données disponibles au BCR : la base de données de l'enregistrement du cancer (CIB), le registre central cyto-histopathologique

(CHP) et les données de remboursement de l'Agence InterMutualiste (AIM) (cf. 'Description des bases de données).

En outre, en se basant sur ces mêmes données (CIB, CHP, AIM), le BCR fournit au CCRef des informations sur les examens de suivi et le diagnostic final.

Le BCR est également chargé de l'évaluation des programmes de dépistage. Ceci se fait par le biais de calculs d'indicateurs de qualité concernant le diagnostic des cancers, les examens de suivi et les traitements. Pour ce faire, les données concernant le dépistage lui sont transmises annuellement par le CCRef. Le couplage de ces données avec les bases de données disponibles au BCR permet de calculer différents indicateurs de qualité.

Le présent rapport constitue le cinquième rapport élaboré par la Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry-BCR) pour évaluer le programme de dépistage du cancer du sein en Wallonie. Il concerne la période de dépistage 2019-2022.

La méthodologie utilisée pour ce rapport est décrite dans un document séparé.

2. Incidence et mortalité du cancer du sein

L'incidence des cancers du sein invasifs et in situ ainsi que la mortalité ont été calculées et représentées dans les tableaux et figures ci-dessous.

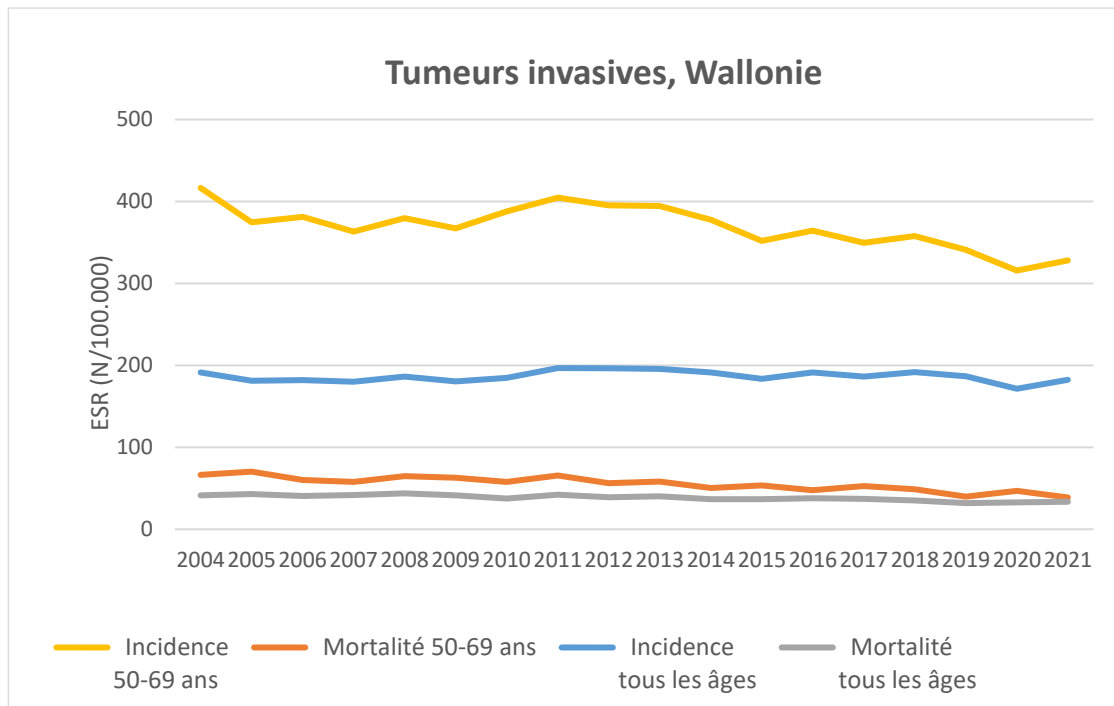
Tableau 1: Évolution de l'incidence des cancers du sein invasifs et in situ, et de la mortalité par cancer du sein chez les femmes en Wallonie pour les années 2004-2021

Années	Tumeurs invasives								Tumeurs in situ			
	Incidence				Mortalité				Incidence			
	Tous les âges		50-69 ans		Tous les âges		50-69 ans		Tous les âges		50-69 ans	
	N	ESR*	N	ESR*	N	ESR*	N	ESR*	N	ESR*	N	ESR*
2004	3175	191,3	1575	416,6	699	41,3	246	66,5	318	19,6	179	47,8
2005	3050	181,4	1433	374,7	742	42,9	269	70,3	324	19,7	182	47,5
2006	3069	182,0	1479	381,2	713	40,7	229	60,2	364	22,0	213	54,9
2007	3091	180,0	1444	363,1	744	41,6	228	57,7	335	19,9	181	45,0
2008	3233	186,1	1539	379,6	788	43,8	257	64,7	383	22,5	215	52,7
2009	3153	180,5	1518	367,1	746	41,4	254	62,9	329	19,1	185	44,1
2010	3264	184,8	1642	387,7	690	37,5	238	57,8	369	21,2	208	49,3
2011	3506	196,7	1740	404,6	784	41,9	280	65,7	404	23,2	238	55,2
2012	3542	196,5	1739	395,3	755	39,2	244	56,2	404	22,9	246	55,2
2013	3556	195,6	1779	394,6	768	40,1	261	58,1	439	24,5	268	59,4
2014	3482	191,3	1744	377,7	702	36,5	231	50,2	426	23,9	246	53,3
2015	3368	183,6	1655	352,0	730	36,7	252	53,6	349	19,2	201	42,8
2016	3535	191,2	1742	364,4	750	37,9	228	47,6	370	20,3	227	47,6
2017	3469	186,2	1676	349,7	748	36,9	254	52,9	339	18,4	190	39,8
2018	3616	191,8	1717	357,8	709	35,1	236	48,9	354	19,0	206	43,1
2019	3546	186,6	1638	340,9	662	31,9	192	39,8	373	20,0	217	45,1
2020	3272	171,4	1524	315,7	673	32,6	228	46,8	320	17,1	174	36,1
2021	3503	182,5	1588	328,2	694	33,6	189	38,8	389	20,7	208	43,1

N : nombre

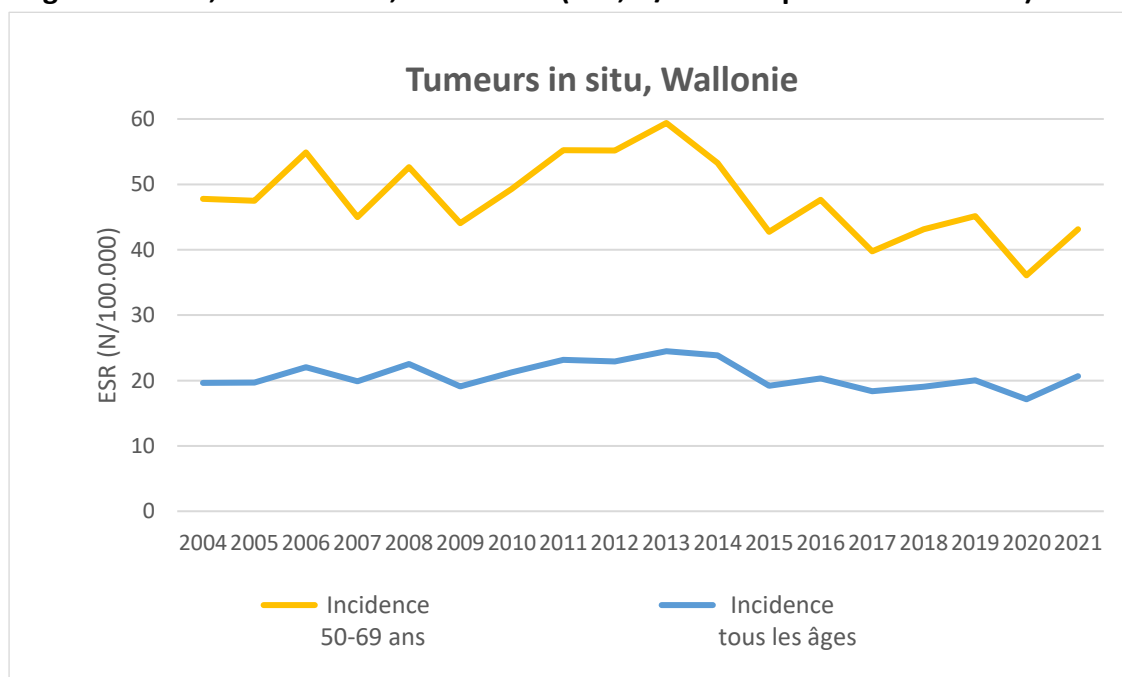
*ESR: taux d'incidence/mortalité standardisés pour l'âge sur la population standard européenne de 2013 (N/100.000 personnes-années).

Figure 1: Évolution de l'incidence et de la mortalité des cancers du sein invasifs chez les femmes, pour tous les âges et pour l'âge 50-69 ans, en Wallonie, 2004-2021 (ESR, N/100.000 personnes-années)



ESR: taux d'incidence/mortalité standardisés pour l'âge sur la population standard européenne de 2013 (N/100.000 personnes-années)

Figure 2: Évolution de l'incidence des cancers du sein in situ chez les femmes, pour tous les âges et pour l'âge 50-69 ans, en Wallonie, 2004-2021 (ESR, N/100.000 personnes-années)



ESR: taux d'incidence standardisés pour l'âge sur la population standard européenne de 2013 (N/100.000 personnes-années)

Conclusion :

Concernant les tumeurs invasives, le nombre moyen de nouveaux cas par an entre 2004 et 2021 est de 3.357 pour tous les âges confondus et de 1.621 pour la tranche d'âge 50-69 ans. L'incidence semble stable pour la période 2004-2021 pour tous les âges (EAPC [95% CI] : -0,03% [-0,4% : 0,3%]), tandis que dans le groupe des 50-69 ans, elle diminue de manière significative notamment à partir de 2011 (EAPC [95% CI] : -1,0% [-1,5% : -0,5%]).

La mortalité liée aux cancers du sein invasifs diminue significativement entre 2004 et 2021, pour tous les âges (EAPC [95% CI] : -1,6% [-2,0% : -1,1%]) et de manière plus prononcée encore pour le groupe d'âge 50-69 ans (EAPC [95% CI] : -2,8% [-3,5% : -2,0%]).

Concernant les tumeurs in situ, le nombre moyen de nouveaux cas par an entre 2004 et 2021 est de 366 pour tous les âges confondus et de 210 pour la tranche d'âge 50-69 ans. Nous observons au cours de la période 2004-2021 une diminution de l'incidence pour la tranche d'âge 50-69 ans (EAPC [95%CI] : -1,2% [-2,3% : -0,1%]). De 2009 à 2013, il y a eu une augmentation de l'incidence suivie d'une diminution à partir de 2014. Cette tendance s'observe également au stade I (cf. figure 4B) et peut être associée à l'évolution du dépistage opportuniste. Pour tous les âges, il n'y a pas de tendance significative de l'incidence (EAPC [95%CI] : -0,5% [-1,4% : 0,4%]).

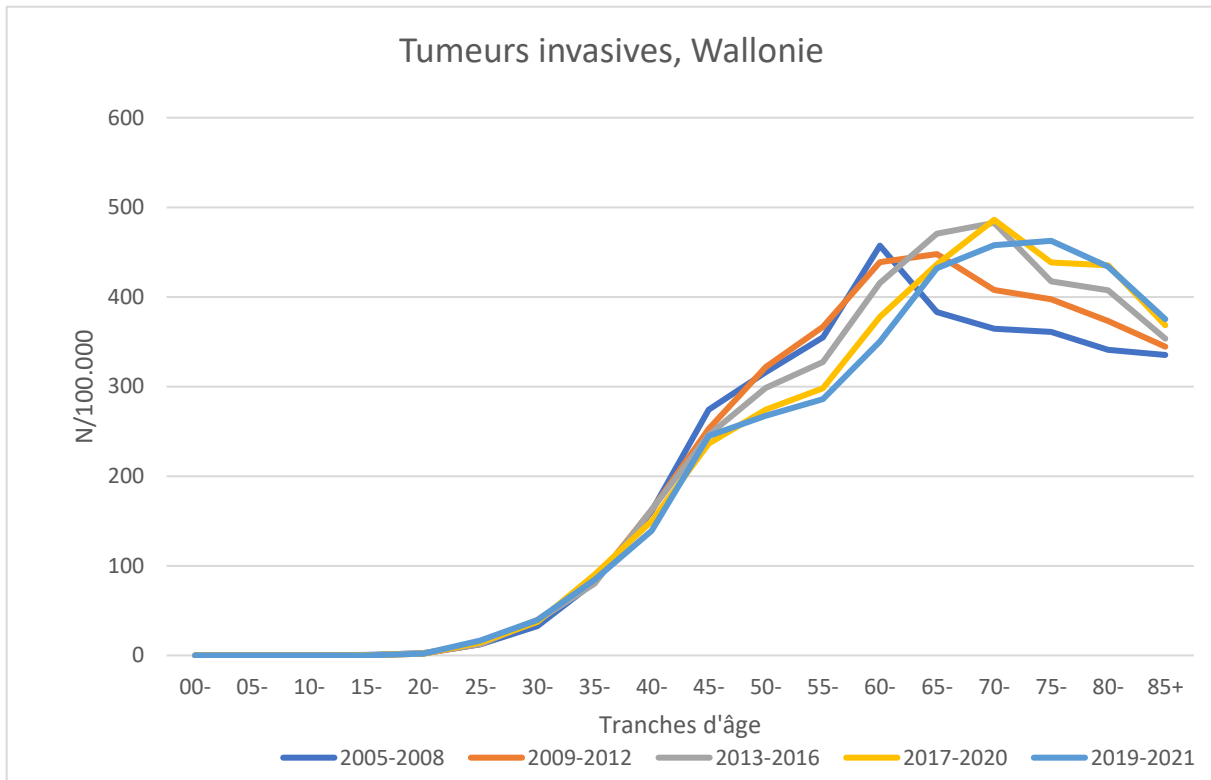
En 2020, suite à la pandémie du COVID, il y a eu une légère diminution de l'incidence des tumeurs invasives et in situ en 2020, suivie d'une augmentation en 2021.

Tableau 2 : Évolution de l'incidence spécifique par âge des cancers du sein invasifs (a) et in situ (b) en Wallonie au cours des périodes d'incidence 2005-2008, 2009-2012, 2013-2016, 2017-2020, 2019-2021 (N/100.000 personnes-années)

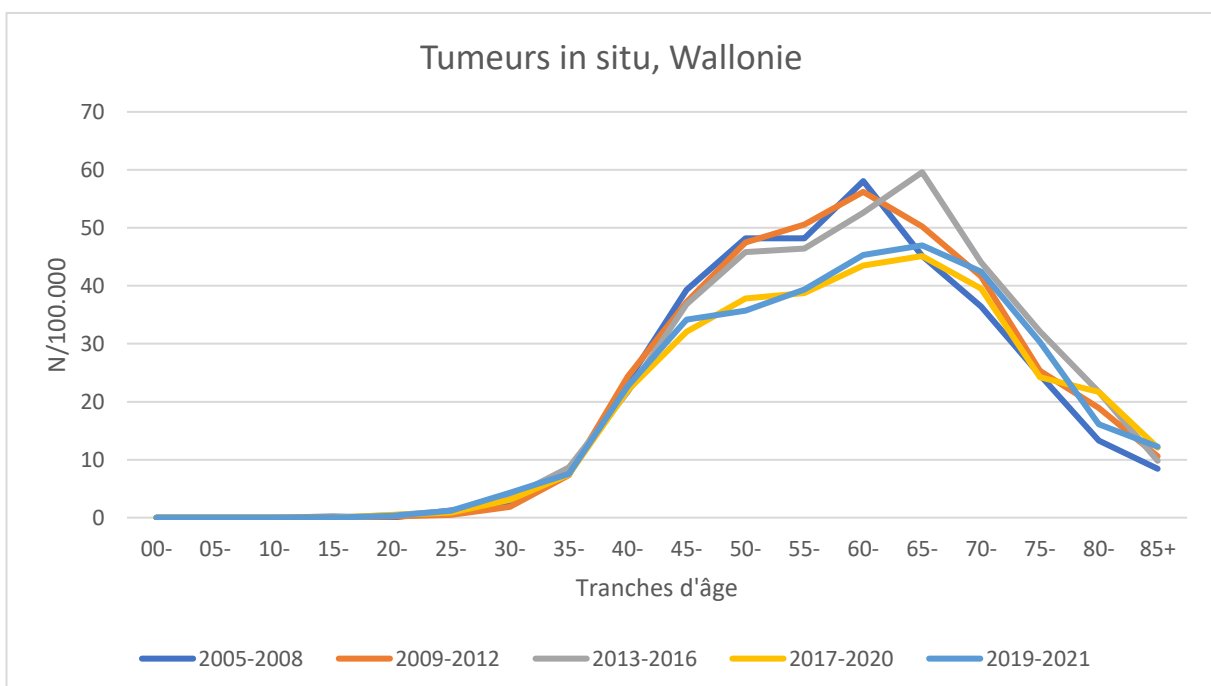
		Tumeurs invasives																	
Périodes	N total	N/100.000 personnes-années, par tranche d'âge																	
		00-	05-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
2005-2008	12443	-	-	-	0,5	2,4	12,3	32,9	82,2	160,9	274,3	315,8	354,7	457,2	383,2	364,5	360,9	341,0	335,3
2009-2012	13465	-	-	-	-	2,0	12,9	39,3	82,9	162,3	252,7	321,6	366,6	438,9	447,8	407,7	397,4	373,1	344,5
2013-2016	13941	-	-	-	-	2,6	12,8	38,7	80,2	162,7	246,1	298,4	327,3	415,4	470,5	482,6	417,4	407,3	353,6
2017-2020	13903	-	-	-	0,2	2,1	14,7	37,3	90,1	149,9	236,2	274,0	298,2	377,8	436,4	486,1	438,5	435,3	368,5
2019-2021	10321					2,2	16,7	39,4	84,6	139,1	245,0	267,4	285,8	350,0	432,0	457,9	462,6	433,6	375,4
		Tumeurs in situ																	
Périodes	N total	N/100.000 personnes-années, par tranche d'âge																	
		00-	05-	10-	15-	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	60-	65-	70-	75-	80-	85+
2005-2008	1406	-	-	-	0,2	-	1,2	2,7	7,5	23,6	39,3	48,2	48,2	58,1	45,2	36,5	24,6	13,3	8,4
2009-2012	1506	-	-	-	-	0,2	0,5	1,9	7,3	24,3	37,2	47,5	50,6	56,2	50,3	41,6	25,3	18,9	10,6
2013-2016	1584	-	-	-	-	0,4	1,1	3,4	8,7	21,7	36,8	45,8	46,4	52,6	59,6	44,0	32,1	21,7	9,8
2017-2020	1386	-	-	-	-	0,5	0,9	3,1	7,5	21,9	32,1	37,8	38,8	43,5	45,1	39,5	24,3	21,7	12,1
2019-2021	1082					0,3	1,2	4,3	7,6	22,7	34,2	35,7	39,3	45,3	47,0	42,4	30,3	16,1	12,3

Figure 3: Évolution de l'incidence spécifique par âge des cancers du sein invasifs (A) et in situ (B) en Wallonie au cours des périodes d'incidence 2005-2008, 2009-2012, 2013-2016, 2017-2020, 2019-2021 (N/100.000 personnes-années)

A) Tumeurs invasives



B) Tumeurs in situ



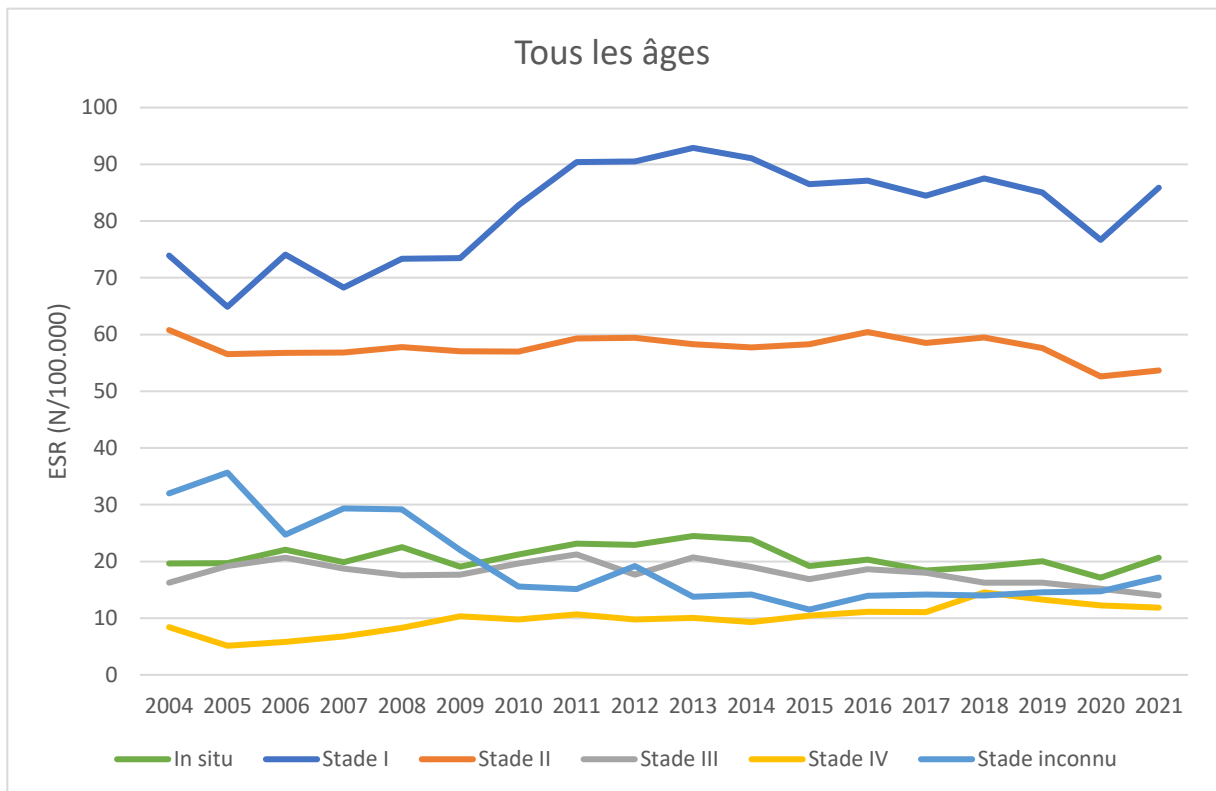
Conclusion :

Pour les cancers invasifs, l'incidence augmente progressivement à partir de 30-35 ans pour atteindre un pic entre 60 et 75 ans. Ce pic s'est déplacé au cours du temps. Il était autour de l'âge de 60-64 pour la période 2005-2008, et est passé ensuite vers 75-79 ans en 2019-2021. L'incidence pour les femmes âgées de 45 à 69 ans a diminué à partir de 2013 et a augmenté chez les plus de 70 ans.

Pour les cancers in situ, l'incidence augmente progressivement à partir de 35 ans pour atteindre un pic entre 60 et 69 ans. Tout comme pour les tumeurs invasives, ce pic s'est déplacé au cours du temps. Il était autour de l'âge de 60-64 pour la période 2005-2008, et est passé ensuite vers 65-69 ans en 2019-2021. L'incidence pour les femmes âgées de 45 à 69 ans a diminué à partir de 2017.

Figure 4: Évolution de l'incidence des cancers du sein (invasifs et in situ) en Wallonie, par stade, pour tous les âges (A) et âge 50-69 ans (B), période 2004-2021 (ESR, N/100.000 personnes-années).

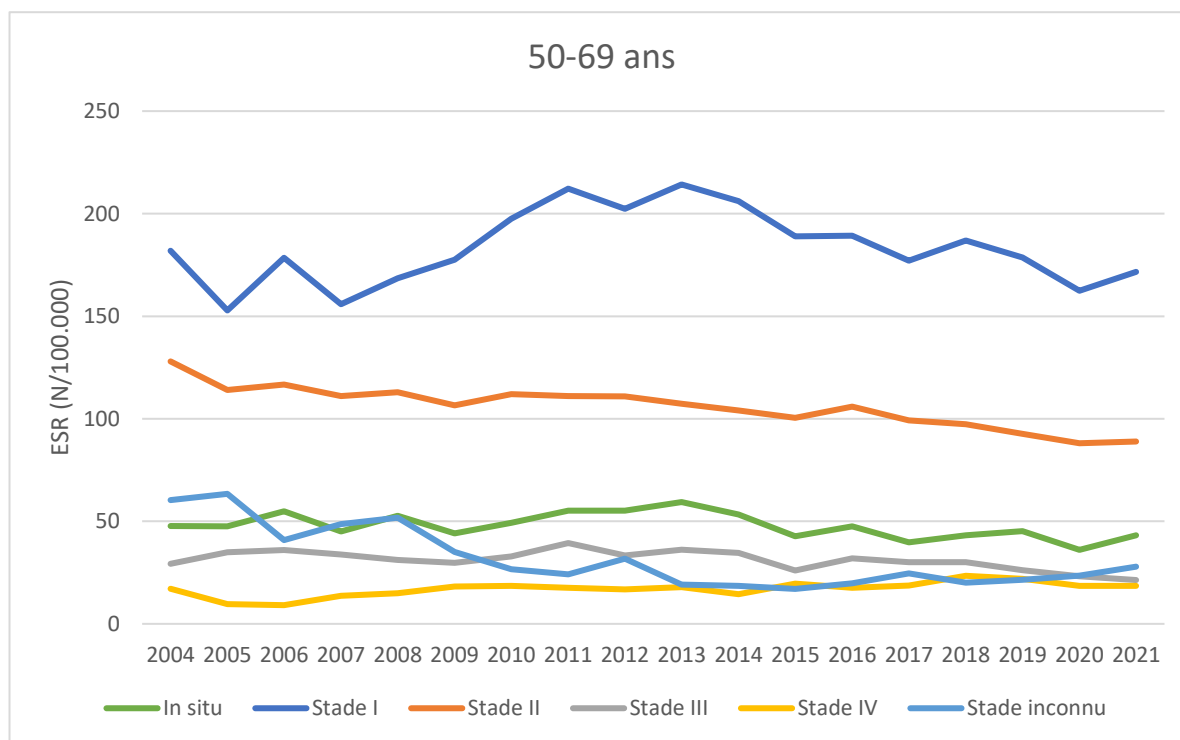
A) Tous les âges



ESR: taux d'incidence standardisés pour l'âge sur la population standard européenne de 2013 (N/100.000 personnes-années)

		Tous les âges, 2004-2021					
		In situ	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Stade inconnu
EAPC	ESR	-0,5%	1,3%	-0,2%	-1,1%	4,3%	-5,1%
95% CI		[-1,4% : 0,4%]	[0,4% : 2,1%]	[-0,6% : 0,1%]	[-2,0% : -0,2%]	[2,8% : 5,9%]	[-7,0% : -3,1%]

B) Age 50-69 ans



ESR: taux d'incidence standardisés par l'âge sur la population standard européenne de 2013 (N/100.000 personnes-années)

	50-69 ans, 2004-2021					
	In situ	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Stade inconnu
EAPC ESR	-1,2%	0,3%	-1,7%	-1,9%	3,1%	-6,0%
95% CI	[-2,3% : -0,1%]	[-0,7% : 1,2%]	[-2,0% : -1,3%]	[-3,1% : -0,7%]	[1,3% : 5,0%]	[-8,5% : -3,5%]

Conclusion :

Dans la période 2004-2021, la plupart des cancers sont des stades I (43% et 50%) ou II (31% et 29%) au moment du diagnostic pour tous les âges et pour l'âge 50-69 ans respectivement. Les cancers in situ et les stades III et IV sont moins fréquents au moment du diagnostic.

Pour tous les âges ensemble, les stades III ont diminué dans la période 2004-2021. Les stades IV montrent une augmentation. L'augmentation des stades I dans la période 2004-2021 est significative, mais après une augmentation en 2010 les stades I semblent diminuer légèrement à partir de 2014. Les in situ ne montrent pas de tendance significative pour cette période 2004-2021.

Pour l'âge 50-69 ans, les cancers in situ et les stades II et III ont diminué dans la période 2004-2021. La baisse est plus prononcée pour la tranche d'âge 50-69 ans que pour tous les âges confondus. L'incidence des cancers in situ montre toutefois une petite augmentation entre 2009 et 2013 avant de diminuer. Les stades I suivent la même tendance et de manière plus marquée. Ces tendances pourraient être mises en rapport avec l'évolution du dépistage opportuniste. Les stades IV augmentent, mais également moins que pour « tous les âges ».

Le % « stade inconnu » diminue durant la période 2004-2021.

3. Population étudiée, participation au dépistage et taux de couverture

3.1. Population étudiée

Dans ce rapport, nous calculons des indicateurs se rapportant à la population cible au dépistage du cancer du sein qui peut se décliner en différentes populations définies et rapportées ci-dessous.

La population cible complète (population de référence) correspond à la population enregistrée auprès de Statbel (<http://www.statbel.fgov.be>) : femmes âgées entre 50 et 69 ans au 01/01/20XX et résidant en Wallonie.

La population BCSS est la population envoyée par la 'Banque Carrefour de la Sécurité Sociale' (BCSS) au CCRef qui organise le programme de dépistage du cancer du sein. Elle est composée des femmes âgées de 50 à 69 ans au 01/01/20XX sur base de la date de naissance et du lieu de résidence en Wallonie. Un filtre d'assurabilité est ajouté par rapport à la population cible complète (nécessité d'être affiliée à un des 7 organismes assureurs belges).

Toutefois, des **femmes sont non-éligibles au dépistage du cancer du sein pour raisons médicales**, selon certains critères :

- Exclusion définitive : les femmes ayant subi une mastectomie bilatérale
- Exclusion provisoire : les femmes avec un diagnostic de cancer du sein (invasif ou in situ) ne sont pas invitées pendant 10 ans à partir de la date d'incidence du cancer du sein.

Les critères pour l'exclusion définitive sont toujours prioritaires.

La population BCSS – les femmes non-éligibles = **la population cible éligible au dépistage**.

Toutefois, certaines **femmes ne sont pas invitées en 20XX**, en raison des critères suivants :

- Raisons administratives (refus, déménagements, décès)
- Mammotest (MMT) réalisé en 20XX-1 (recommandation d'un dépistage tous les 2 ans)
- Mammographie bilatérale hors programme réalisée en 20XX-1 (recommandation d'un dépistage tous les 2 ans)

Tableau 3 : Population étudiée

Population étudiée	2019		2020		2021*		2022*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Population cible complète	478.651		479.924		481.174		483.637	
Population BCSS (au 01/01/20XX)	462.284		462.742		481.087		466.292	
Femmes non-éligibles pour raisons médicales	14.933	3,2	14.768	3,2	14.886	3,1	14.094	3,0
Définitivement (mastectomies bilatérales)	760		830		916		960	
Provisoirement (cancers du sein= 10 ans)	14.173		13.938		13.970		13.134	
Population cible éligible	447.351		447.974		466.201		452.198	
Femmes non-invitées en 20XX	92.160		95.405		80.647		95.669	
MMT en 20XX-1	10.604		9.641		7.674		10.206	
Mammographie bilatérale hors programme en 20XX-1	81.556		85.764		72.973		85.463	

* Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

Conclusion :

La population-cible complète (BCSS) du dépistage du cancer du sein est composée de **466.292** femmes âgées de 50-69 ans résidant en Wallonie au 01/01/2022. Après exclusion des femmes avec une mastectomie bilatérale, un diagnostic de cancer du sein dans les 10 dernières années il restait **452.198** femmes éligibles parmi lesquelles **95.669** ne sont pas invitées car elles ont réalisé un MMT (N=10.206) et/ou une mammographie bilatérale diagnostique (N=85.463) l'année précédente. Il restait 356.529 femmes effectivement à inviter pour le dépistage de l'année 2022 c'est-à-dire 76% de la population-cible complète.

3.2. Taux de participation

La participation au dépistage correspond à la réalisation d'un Mammothest durant l'année 20XX. Le taux de participation est le nombre de femmes participantes sur le nombre de femmes réellement invitées selon les définitions suivantes :

Femmes à inviter dans l'année : ce sont les femmes qui figurent dans la population cible éligible et qui n'ont pas de raison de non-invitation. Selon l'algorithme établi par le programme de dépistage, les femmes nées un jour pair sont invitées une année paire (et inversement)

Retours postaux : invitations ne parvenant pas à leur destinataire.

Femmes réellement invitées = femmes à inviter dans l'année – retours postaux.

Participantes : femmes réellement invitées ayant réalisé un Mammothest en 20XX.

Une stratification est faite selon '1^{er} dépistage' et 'dépistages suivants'.

Tableau 4 : Taux de participation pour une année donnée

Taux de participation	2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Femmes à inviter dans l'année	194.301		199.946		205.908		195.960	
Retours postaux	755		877		972		606	
Femmes réellement invitées	193.546		199.069		204.936		195.354	
Participantes	10.568	5,5	8.301	4,2	11.242	5,5	9.647	4,9
1er dépistage	3.504	1,8	2.886	1,4	4.432	2,2	3.762	1,9
Dépistages suivants	7.064	3,6	5.415	2,7	6.810	3,3	5.885	3,0
50-54 ans	2.352	1,2	1.795	0,9	2.578	1,3	2.239	1,1
55-59 ans	2.745	1,4	2.081	1,0	2.952	1,4	2.421	1,2
60-64 ans	2.932	1,5	2.345	1,2	3.019	1,5	2.541	1,3
65-69 ans	2.539	1,3	2.080	1,0	2.693	1,3	2.446	1,3

Conclusion :

Le taux de participation des femmes invitées était de 4,9% en 2022. Le taux de participation est plus élevé pour les dépistages suivants que pour le 1^{er} dépistage.

3.3. Taux de couverture

Le taux de couverture pour l'année 20XX est la proportion des femmes de la population cible éligible qui est couverte par un examen de dépistage (soit un MMT soit une mammographie bilatérale réalisée hors du programme) durant l'intervalle de 2 ans recommandé entre deux dépistages, à savoir 20XX et 20XX-1.

Au sein de la population cible éligible, rapportage des femmes ayant été dépistées :

- **Dans le programme**

- En 20XX
- En 20XX-1

- **Hors programme**

- En 20XX
- En 20XX-1

Tableau 5 : Taux de couverture

Taux de couverture	2019	2020	2021*	2022*
	N	N	N	N
Population-cible éligible	447.351	447.974	466.201	452.198
Femmes ayant réalisé un MMT en 20XX	9.925	7.825	10.689	9.051
50-54 ans	1.751	1.354	1.967	1.679
55-59 ans	2.672	2.028	2.884	2.294
60-64 ans	2.772	2.228	2.898	2.439
65-69 ans	2.730	2.215	2.940	2.639
Femmes ayant réalisé un MMT en 20XX-1	10.604	9.641	7.674	10.206
50-54 ans	1.866	1.535	1.233	1.797
55-59 ans	2.737	2.602	1.987	2.709
60-64 ans	2.987	2.736	2.196	2.804
65-69 ans	3.014	2.768	2.258	2.896
	%	%	%	%
Taux de couverture dans le programme	4,6	3,9	3,9	4,3
50-54 ans	0,8	0,6	0,7	0,8
55-59 ans	1,2	1,0	1,0	1,1
60-64 ans	1,3	1,1	1,1	1,2
65-69 ans	1,3	1,1	1,1	1,2
	N	N	N	N
Femmes ayant réalisé une mammo hors programme en 20XX	114.101	97.535	116.772	112.112
50-54 ans	27.105	23.220	28.029	26.423
55-59 ans	33.021	28.007	33.102	31.693
60-64 ans	29.436	25.464	30.529	29.450
65-69 ans	24.539	20.844	25.112	24.546
Femmes ayant réalisé une mammo hors programme en 20XX-1	81.556	85.764	72.973	85.463
50-54 ans	18.999	19.734	16.536	20.028
55-59 ans	23.067	24.366	20.321	23.857

60-64 ans	21.189	22.274	19.551	22.453
65-69 ans	18.301	19.390	16.565	19.125
	%	%	%	%
Taux de couverture hors programme	43,7	40,9	40,7	43,7
50-54 ans	10,3	9,6	9,6	10,3
55-59 ans	12,5	11,7	11,5	12,3
60-64 ans	11,3	10,7	10,7	11,5
65-69 ans	9,6	9,0	8,9	9,7
Taux de couverture total				
50-54 ans	11,1	10,2	10,2	11,0
55-59 ans	13,7	12,7	12,5	13,4
60-64 ans	12,6	11,8	11,8	12,6
65-69 ans	10,9	10,1	10,1	10,9
TOTAL	48,3	44,8	44,6	48,0

* Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

Conclusion :

Dans la population-cible éligible, le taux de couverture dans le programme a diminué légèrement en 2020 et 2021 (probablement à la suite de la pandémie de COVID 19). En 2022, **ce taux de couverture dans le programme est 4,3%**. La participation des femmes au programme est plus faible dans la catégorie la plus jeune (50-54 ans).

Le taux de couverture hors programme a diminué pour les années de dépistage 2020 et 2021. La diminution pourrait éventuellement être expliquée par les données de l'AIM 2021 qui sont incomplètes au moment de ce rapport, et également suite à l'interruption des soins non-essentiels pendant la pandémie de COVID 19. En 2022, le taux de couverture hors programme est **43,7%**. Pour les femmes ayant réalisé un dépistage hors programme, la participation la plus faible est dans la tranche 65-69 ans.

Pour **2022, un taux de couverture total de 48,0%** a été atteint, ce qui est plus élevé que les années précédentes 2020 et 2021, et au même niveau qu'en 2019, avant la pandémie COVID 19.

3.4. Surdépistage chez les participantes au programme

Le surdépistage est défini comme la proportion des femmes qui ont effectué un mammotest dans le programme de dépistage et qui ≤ 20 mois plus tôt ont réalisé une mammographie bilatérale en dehors du programme ou un autre MMT.

Tableau 6 : Surdépistage chez les participantes

Surdépistage chez les participantes*	2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Un nouveau MMT ≤ 20 mois après une mammographie diagnostique bilatérale hors programme	771	7,8	579	7,4	684	6,4	784	8,7
Un nouveau MMT ≤ 20 mois après le MMT précédent	36	0,4	31	0,4	144	1,3	25	0,3

Conclusion :

Il y a environ 6 à 9% des femmes qui réalisent un nouveau MMT ≤ 20 mois après avoir réalisé une mammographie bilatérale hors programme. En 2019 et 2020, un très faible pourcentage (0,4%) a fait un MMT ≤ 20 mois après le MMT précédent. Ce pourcentage passe à 1,3% en 2021, mais diminuera en 2022 à 0,3% ; cela peut être dû à la planification.

3.5. Femmes n'ayant jamais effectué d'examen de dépistage

Il s'agit des femmes de la population cible éligible au dépistage du cancer du sein pour l'année 20XX n'ayant jamais réalisé un dépistage dans ou en dehors du programme de dépistage depuis 2002 et avec un recul au maximum à l'âge de 40 ans. Un travail de sensibilisation plus spécifique pourrait être entrepris auprès de ces femmes.

Tableau 7 : Femmes de la population cible éligible n'ayant jamais réalisé de dépistage

Années de dépistage	2019		2020		2021*		2022*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Population cible éligible	447.351		447.974		466.201		452.198	
Femmes n'ayant jamais réalisé un dépistage	73.464	16,4	73.095	16,3	77.067	16,5	73.094	16,2
50-54 ans	19.922	20,4	20.021	20,7	20.595	20,9	20.112	20,7
55-59 ans	19.791	15,9	19.917	16,0	21.364	16,7	20.236	16,4
60-64 ans	17.815	15,0	17.623	14,8	18.556	14,8	17.331	14,3
65-69 ans	15.936	15,0	15.534	14,5	16.552	14,6	15.415	14,0

*Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

Conclusion :

Le pourcentage de femmes de la population cible éligible lors de l'année 20XX, qui n'ont jamais réalisé un dépistage du sein (dans le programme ou en dehors du programme de dépistage) est en 2022 de 16,2%, soit 73.094 femmes. Ce pourcentage reste stable et est toujours le plus élevé dans la catégorie d'âge la plus jeune (50-54 ans). Les chiffres pour 2021 et 2022 sont toutefois provisoires.

4. Résultats des indicateurs de qualité concernant le diagnostic des cancers

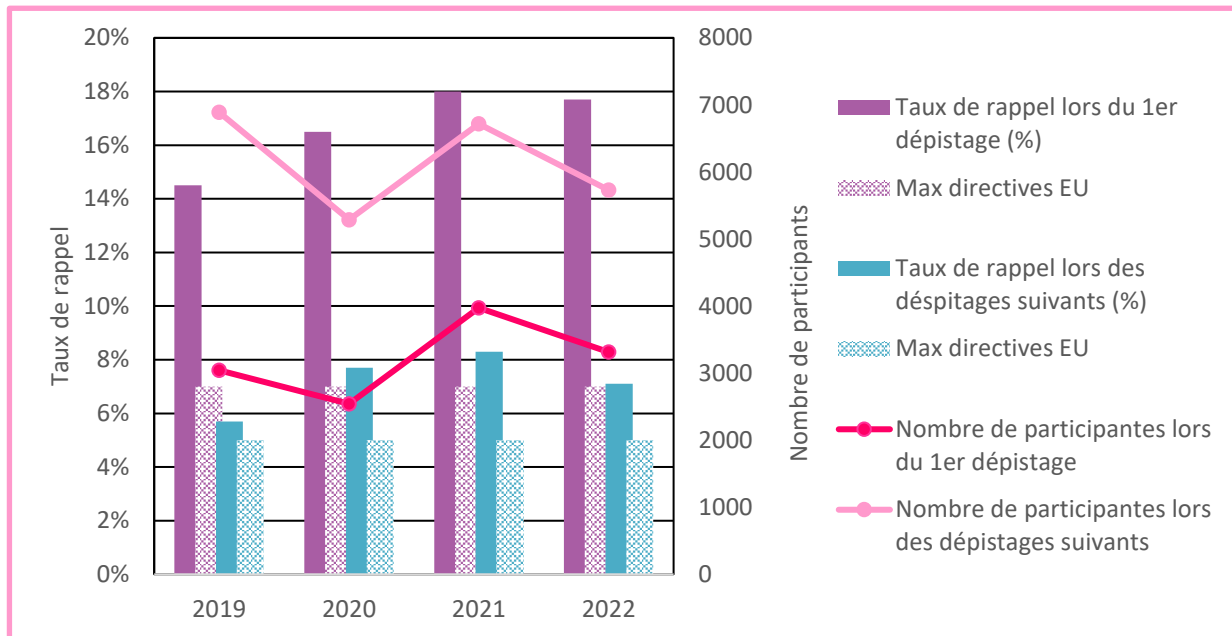
4.1. Taux de rappel

La population cible du programme de dépistage du cancer du sein est composée de femmes sans symptômes ni à haut risque. Pour que les avantages du dépistage auprès de la population l'emportent sur les inconvénients, il convient d'éviter autant que possible que les personnes en bonne santé subissent un examen supplémentaire ou même un traitement inutile. Le taux de rappel indique le nombre de mammothests considérés comme positifs et qui donc demandent un examen de suivi. Selon les directives européennes, un taux de rappel inférieur à 7% lors du premier dépistage est considéré comme acceptable. Pour les dépistages suivants, un taux de rappel est considéré comme acceptable s'il est inférieur à 5%.

Tableau 8: Taux de rappel.

	<i>Norme EU</i>	2019	2020	2021	2022
1^{er} dépistage					
<i>Nombre de participantes</i>		3041	2542	3974	3313
<i>Nombre de mammothests positifs</i>		442	419	714	587
Taux de rappel - 1^{er} dépistage (%)	<i><7% (<5% est souhaitable)</i>	14,5	16,5	18,0	17,7
Dépistages suivants					
<i>Nombre de participantes</i>		6890	5288	6720	5730
<i>Nombre de mammothests positifs</i>		390	405	560	409
Taux de rappel - dépistages suivants (%)	<i><5% (<3% est souhaitable)</i>	5,7	7,7	8,3	7,1

Figure 5: Taux de rappel.



Conclusion :

Le taux de rappel est trop élevé par rapport aux directives européennes [3] en particulier pour le premier dépistage. A partir de 2020 le taux de rappel augmente et passera, pour les premiers dépistages, à 17,7% en 2022 et à 7,1% pour les dépistages suivants. Cet indicateur de qualité est une mesure indirecte de la fausse positivité. Les directives européennes en matière de taux de rappel concernent le programme de dépistage organisé pour des femmes sans symptôme ni à haut risque. Un faible taux de participation pourrait jouer un rôle dans le dépassement de ces normes. Il pourrait entraîner un éventuel biais de sélection parmi les femmes participantes au dépistage.

4.2. Taux de détection du cancer du sein

Selon les directives européennes, le taux de détection du cancer du sein est défini comme le nombre de lésions primaires in situ et invasives détectées par dépistage pour 1.000 femmes dépistées. Pour les femmes participant au dépistage pour la première fois, un taux de détection du cancer d'au moins 3 fois l'incidence attendue devrait être atteint conformément à ces directives (=Background incidence rate [BIR] : c'est l'incidence en l'absence de dépistage). Pour les femmes ayant participé à un dépistage suivant (il s'agit de femmes ayant participé au moins deux fois), un taux de détection du cancer d'au moins 1,5 fois le taux d'incidence attendu est proposé. Les chiffres sur l'incidence du cancer sont disponibles au BCR depuis 2004 pour la Wallonie. A cette époque, le programme de dépistage était déjà en place; l'incidence du cancer du sein de 2004 ne peut donc pas être utilisée comme incidence de base. L'incidence de base utilisée est donc celle de l'estimation de l'incidence belge du cancer du sein de 1995 issue du rapport IARC. Cette incidence standardisée pour l'âge (selon 'World Standardized Rate' = **WSR**, voir plus loin) est de **2,3/1.000** pour la tranche d'âge 50-69 ans. La norme européenne est donc de **6,9/1.000** (pour le premier dépistage et de **3,5/1.000** pour les dépistages suivants). Un cancer dépisté est défini comme un cancer du sein détecté dans les 24 mois suivant un mammothest positif. (cf. Fig1 dans le Document Méthodologie).

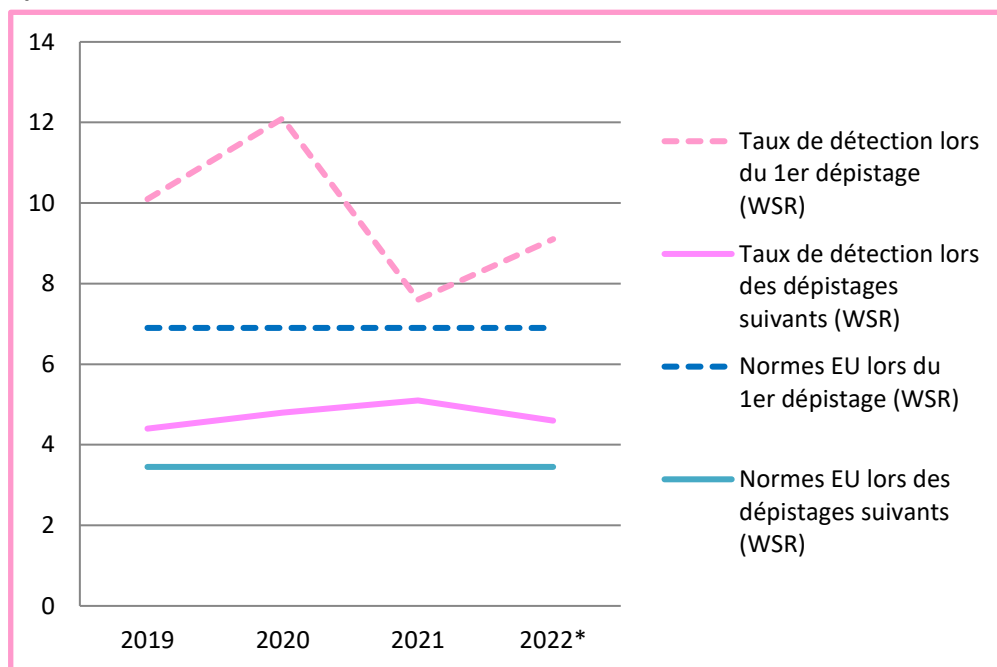
Etant donné qu'un suivi de 24 mois est nécessaire pour déterminer les cancers dépistés, les résultats finaux peuvent être calculés jusqu'à l'année de dépistage 2019, selon la disponibilité des données des cancers. Sur la base du CHP, des chiffres provisoires peuvent être donnés pour les années suivantes (2020-2022).

Tableau 9: Taux de détection du cancer du sein : taux global, pour le 1^{er} dépistage et les dépistages suivants

	<i>Norme EU</i>	2019	2020	2021	2022*
Taux global					
<i>Nombre de cancers</i>		65	53	72	44
<i>Nombre total de mammotests</i>		9.931	7.830	10.694	6.224
Taux de détection (n/1.000)		6,5	6,8	6,7	7,1
1^{er} dépistage					
<i>Nombre de cancers</i>		29	28	30	20
<i>Nombre total de mammotests lors du 1^{er} dépistage</i>		3.041	2.542	3.974	2.342
<i>Taux de détection (n/1.000)- WSR</i>	<i>>3xBIR (≥6,9/1.000)</i>	10,1	12,1	7,6	9,1
Taux de détection (n/1.000)		9,5	11,0	7,5	8,5
Dépistages suivants					
<i>Nombre de cancers</i>		36	25	42	24
<i>Nombre total de mammotests lors des dépistages suivants</i>		6.890	5.288	6.720	3.882
<i>Taux de détection (n/1.000)- WSR</i>	<i>>3xBIR (≥3,5/1.000)</i>	4,4	4,8	5,1	4,6
Taux de détection (n/1.000)		5,2	4,7	6,3	6,2

*participantes au programme de dépistage de janvier à septembre 2022 inclus

Figure 6: Taux de détection du cancer du sein pour le 1^{er} dépistage et les dépistages suivants (WSR).



*Pour l'année de dépistage 2022, seuls les mammothests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

Conclusion :

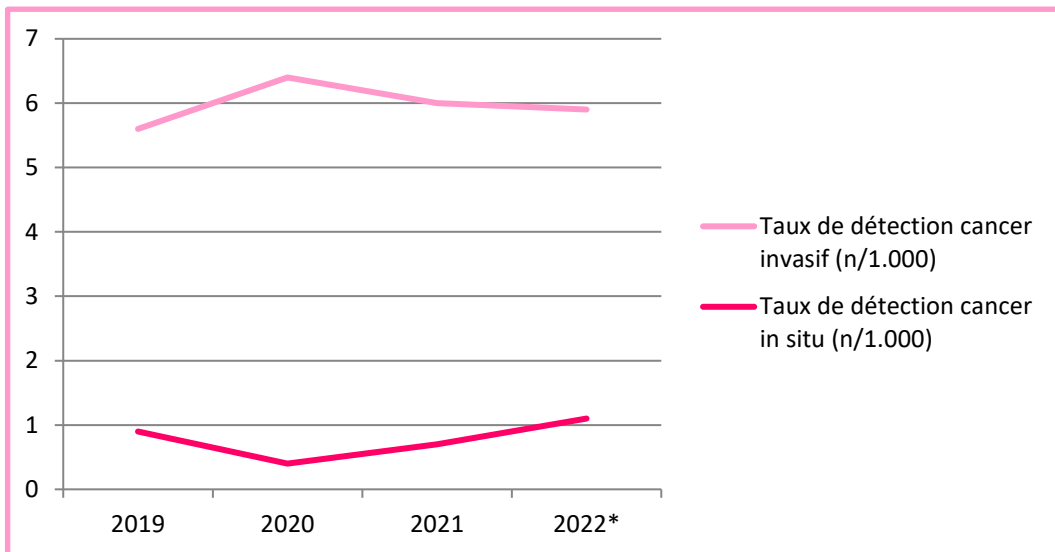
Le taux de détection des cancers est toujours plus élevé lors des premiers dépistages que des dépistages suivants. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du faible taux de participation, de l'incomplétude du suivi pour 2021 et 2022 et du fait que seuls les mammothests réalisés de janvier à septembre 2022 ont été pris en compte pour cette analyse. La norme européenne relative au taux de détection du cancer du sein (WSR) est atteinte aussi bien pour le premier dépistage que pour les dépistages suivants.

Tableau 10: Taux de détection du cancer du sein séparément pour les cancers in situ et pour les cancers invasifs.

	2019	2020	2021	2022*
Nombre total de mammothests	9.931	7.830	10.694	6.224
Invasif				
<i>Nombre de cancers</i>	56	50	64	37
<i>Taux de détection (n/1.000)</i>	5,6	6,4	6,0	5,9
In situ				
<i>Nombre de cancers</i>	9	3	8	7
<i>Taux de détection (n/1.000)</i>	0,9	0,4	0,7	1,1

*participantes au programme de dépistage de janvier à septembre 2022 inclus

Figure 7: Taux de détection du cancer du sein pour les cancers in situ et invasifs.



*Pour l'année de dépistage 2022, seuls les mammotests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l'analyse

Conclusion :

On observe un taux de détection plus élevé pour les cancers invasifs que les cancers in situ, ce qui est également le cas dans d'autres programmes de dépistage.

4.3. Taux de cancers d'intervalle

Le nombre de cancers d'intervalle par année de dépistage et le taux de cancers d'intervalle pour 1.000 participantes ont été calculés. Un cancer d'intervalle est défini comme un cancer du sein diagnostiqué après un mammotest négatif ou un mammotest positif avec un examen de suivi négatif, ceci avant que le prochain mammotest n'ait lieu. Il peut s'agir d'un cancer non dépisté ou d'un cancer qui se développe effectivement entre 2 cycles de dépistage. (cf. Fig1 dans le Document Méthodologie).

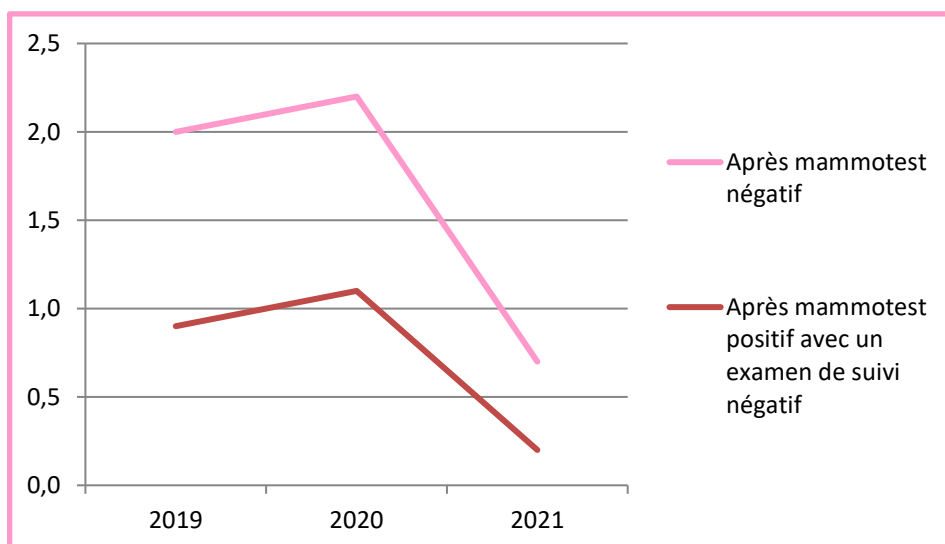
Etant donné qu'un suivi de 24 mois est nécessaire pour déterminer les cancers d'intervalle, les résultats finaux peuvent être calculés jusqu'à l'année de dépistage 2019, selon la disponibilité des données des cancers. Sur la base du CHP, des chiffres provisoires peuvent être donnés pour les années suivantes (2020-2021).

Tableau 11: Taux de cancers d'intervalle.

	2019	2020*	2021*
Total			
<i>Nombre de cancers d'intervalle</i>	29	26	10
<i>Taux de cancers d'intervalle (n/1.000)</i>	2,9**	3,3**	0,9
Après mammothest négatif			
<i>Nombre de cancers d'intervalle</i>	20	17	8
<i>Taux de cancers d'intervalle (n/1.000)</i>	2,0	2,2	0,7
Après mammothest positif et un examen de suivi négatif			
<i>Nombre de cancers d'intervalle</i>	9	9	2
<i>Taux de cancers d'intervalle (n/1.000)</i>	0,9	1,1	0,2

*Les chiffres pour 2020 et 2021 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour 2021 et 2022. Etant donné qu'un suivi de 24 mois est nécessaire et la plupart des cancers d'intervalle ne sont diagnostiqués que la 2^{ème} année après la mammographie de dépistage négative, les résultats finaux peuvent être calculés jusqu'à l'année de dépistage 2019.

**correction du résultat du rapport précédent : taux de cancers d'intervalle (n/1000) : 2018: 2,6; 2019: 2,9; 2020 : 3,3.

Figure 8: Taux de cancers d'intervalle.


Les résultats finaux sont calculés jusqu'à et y compris année de dépistage 2019

Conclusion :

Le taux de cancers d'intervalle après un mammothest négatif est resté assez stable en 2019 et 2020. Pour 2021 le chiffre n'est pas encore définitif. Sur 1.000 participantes, environ de 2 femmes se verront diagnostiquer un cancer du sein après un résultat de dépistage négatif et avant que le prochain dépistage n'ait lieu. Le taux de cancers d'intervalle après un mammothest positif et un examen de suivi négatif, est resté assez stable en 2019-2020 (environ 1/1.000).

4.4. Valeur prédictive positive

La valeur prédictive positive du mammothest indique le pourcentage de personnes pour lesquelles une lésion a été retrouvée après un mammothest positif. Plus la valeur prédictive positive est élevée, plus le nombre de faux positifs est faible et plus le nombre de personnes inutilement inquiétés sera faible.

Etant donné qu'un suivi de 24 mois est nécessaire pour déterminer les cancers dépistés, les résultats finaux peuvent être calculés jusqu'à l'année de dépistage 2019, selon la disponibilité des données des cancers. Sur la base du CHP, des chiffres provisoires peuvent être donnés pour les années suivantes (2020-2022).

Tableau 12: Valeur prédictive positive.

	2019	2020	2021*	2022**
Valeur prédictive positive globale				
<i>Nombre de cancers du sein après un mammotest positif</i>	65	53	72	44
<i>Nombre de mammotests positifs</i>	832	824	1.274	685
VPP globale (%)	7,8	6,4	5,7	6,4
1^{er} dépistage				
<i>Nombre de cancers du sein après un mammotest positif lors du 1^{er} dépistage</i>	29	28	30	20
<i>Nombre de mammotests positifs lors du 1^{er} dépistage</i>	442	419	714	395
VPP lors du 1^{er} dépistage (%)	6,6	6,7	4,2	5,1
Dépistages suivants				
<i>Nombre de cancers du sein après un mammotest positif lors des dépistages suivants</i>	36	25	42	24
<i>Nombre de mammotests positifs lors des dépistages suivants</i>	390	405	560	290
VPP lors des dépistages suivants (%)	9,2	6,2	7,5	8,3

*Les chiffres pour 2021 et 2022 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.

**participantes au programme de dépistage de janvier à septembre 2022 inclus

Conclusion :

La valeur prédictive positive (VPP) est généralement plus élevée pour les dépistages suivants que pour le premier dépistage. Les imageries des dépistages suivants peuvent en effet être comparées à celles du dépistage précédent entraînant un taux de rappel plus faible. Mais la VPP pour les dépistages suivants est encore faible par rapport à la moyenne des pays européens (11,4% [range 5,2 – 35,4])[5]. En 2020, la VPP globale a diminué, en raison d'une diminution pour les dépistages suivants.

4.5. Sensibilité du mammotest

La sensibilité du mammotest indique sa capacité à donner un résultat positif quand un cancer est effectivement présent. Plus la sensibilité est élevée, plus le nombre de cancers manqués est faible (moins de faux négatifs). Etant donné qu'un suivi de 24 mois est nécessaire pour déterminer les cancers dépistés et les cancers d'intervalle, les résultats finaux peuvent être calculés jusqu'à l'année de dépistage 2019, selon la disponibilité des données des cancers. Sur la base du CHP, des chiffres provisoires peuvent être donnés pour les années suivantes 2020-2021.

Tableau 13: Sensibilité globale du mammothest et pour le 1^{er} dépistage et les dépistages suivants.

	2019	2020*	2021*
Sensibilité globale			
<i>Nombre de cancers dépistés</i>	65	53	72
<i>Nombre total de cancers dans la population dépistée</i>	94	79	82
Sensibilité globale (%)	69,2	67,1	87,8
1^{er} dépistage			
<i>Nombre de cancers dépistés lors du 1^{er} dépistage</i>	29	28	30
<i>Nombre total de cancers dans la population qui a effectué un premier dépistage</i>	38	36	35
Sensibilité pour le 1^{er} dépistage (%)	76,3	77,8	85,7
Dépistages suivants			
<i>Nombre de cancers dépistés lors des dépistages suivants</i>	36	25	42
<i>Nombre total de cancers dans la population qui a effectué des dépistages suivants</i>	56	43	47
Sensibilité pour les dépistages suivants (%)	64,3	58,1	89,4

*Les chiffres pour 2020 et 2021 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour 2021 et 2022. Etant donné qu'un suivi de 24 mois est nécessaire et que la plupart des cancers d'intervalle ne sont diagnostiqués que la 2^{ème} année après la mammographie de dépistage négative, les résultats finaux peuvent être calculés jusqu'à l'année de dépistage 2019.

Conclusion :

La sensibilité globale du mammothest est environ 67-69%, pour 2019 et 2020 (résultats provisoires pour 2020 et 2021). Ce qui signifie qu'environ 1/3 de tous les cancers de la population dépistée sont des cancers d'intervalle (soit des cancers apparus dans l'intervalle entre deux dépistages ou des cancers pour lesquels le mammothest était positif mais dont la mise au point diagnostique n'a révélé aucun cancer). La sensibilité est plus élevée pour un premier dépistage que pour le dépistage suivant, puisque les cancers prévalents sont également détectés lors du 1^{er} dépistage.

Tableau 14: Sensibilité du programme séparément pour les cancers in situ et invasifs.

	2019	2020*	2021*
Cancers in situ			
<i>Nombre de cancers in situ dépistés</i>	9	3	8
<i>Nombre total de cancers in situ dans la population dépistée</i>	12	4	8
Sensibilité relative à la détection de cancers in situ (%)	75,0	75,0	100,0
Cancers invasifs			
<i>Nombre de cancers invasifs dépistés</i>	56	50	64
<i>Nombre total de cancers invasifs dans la population dépistée</i>	82	75	74
Sensibilité relative à la détection de cancers invasifs (%)	68,3	66,7	86,5

*Les chiffres pour 2020 et 2021 sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour 2021 et 2022. Etant donné qu'un suivi de 24 mois est nécessaire et que la plupart des cancers d'intervalle ne sont diagnostiqués que la 2^{ème} année après la mammographie de dépistage négative, les résultats finaux peuvent être calculés jusqu'à l'année de dépistage 2019.

Conclusion :

La sensibilité pour les cancers invasifs est inférieure à celle pour les cancers in situ en 2019 et 2020. Le fait que les cancers d'intervalle soient souvent invasifs peut jouer un rôle à cet égard. Le résultat pour 2020 et 2021 est provisoire.

4.6. Spécificité du mammothest

La spécificité du mammothest indique la capacité du test à donner un résultat négatif alors qu'il n'y a en effet pas de cancer. Plus la spécificité du test est élevée, plus le nombre de faux positifs est faible.

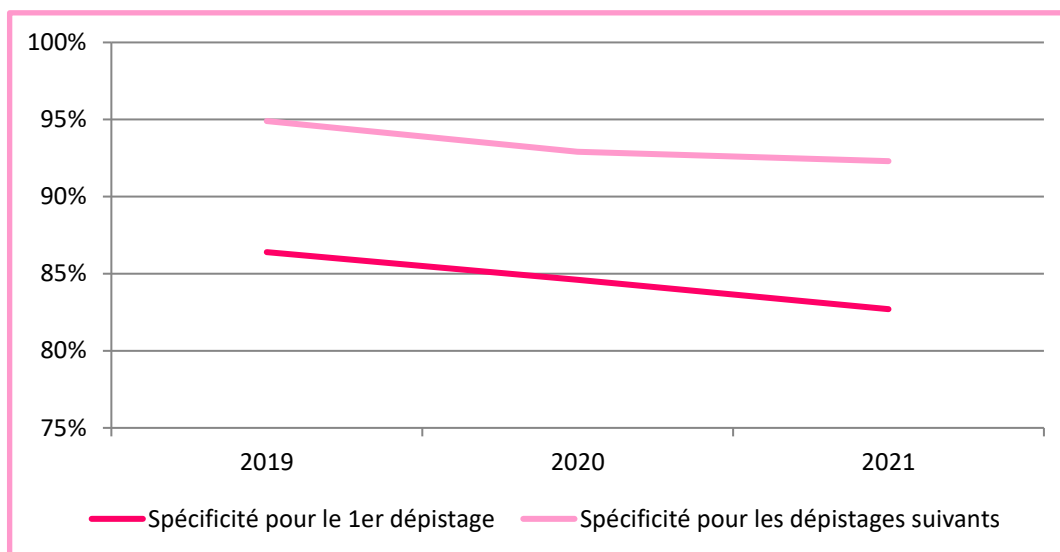
Etant donné qu'un suivi de 24 mois est nécessaire pour déterminer les cancers dépistés et les cancers d'intervalle, les résultats finaux peuvent être calculés jusqu'à l'année de dépistage 2019, selon la disponibilité des données des cancers. Sur la base du CHP, des chiffres provisoires peuvent être donnés pour les années suivantes 2020-2021.

Tableau 15: Spécificité globale du mammothest et spécificité pour le 1^{er} dépistage et les dépistages suivants.

	2019	2020*	2021*
Spécificité globale			
<i>Mammothests vraiment négatifs (N)</i>	9.079	6.989	9.412
<i>Mammothests (nég et pos) pour lesquels aucun cancer dans les 24 mois (N)</i>	9.837	7.751	10.612
Spécificité globale (%)	92,3	90,2	88,7
1^{er} dépistage			
<i>Mammothests vraiment négatifs - 1^{er} dépistage (N)</i>	2.594	2.119	3.256
<i>Mammothests (nég et pos) pour lesquels aucun cancer dans les 24 mois - 1^{er} dépistage (N)</i>	3.003	2.506	3.939
Spécificité pour 1^{er} dépistage (%)	86,4	84,6	82,7
Dépistages suivants			
<i>Mammothests vraiment négatifs - dépistages suivants (N)</i>	6.485	4.870	6.156
<i>Mammothests (nég et pos) pour lesquels aucun cancer dans les 24 mois - dépistages suivants (N)</i>	6.834	5.245	6.673
Spécificité pour dépistages suivants (%)	94,9	92,9	92,3

*Les chiffres pour 2020 et 2021 sont provisoires. Etant donné qu'un suivi de 24 mois est nécessaire et que la plupart des cancers d'intervalle ne sont diagnostiqués que la 2^{ème} année après la mammographie de dépistage négative, cette analyse est limitée à l'année de dépistage 2021 et les résultats finaux peuvent être calculés jusqu'à l'année de dépistage 2019.

Figure 9: Spécificité du mammothest pour le 1^{er} dépistage et les dépistages suivants.



Conclusion :

La spécificité globale du mammothest est de 89-92% dans les années de dépistage 2019-2021. La spécificité des dépistages suivants est toujours meilleure que celle du premier dépistage. Etant donné que la comparaison avec les imageries précédentes est possible, le taux de rappel est plus faible et le nombre de faux positifs est réduit.

4.7. Distribution et stade au moment du diagnostic des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participantes

Définitions :

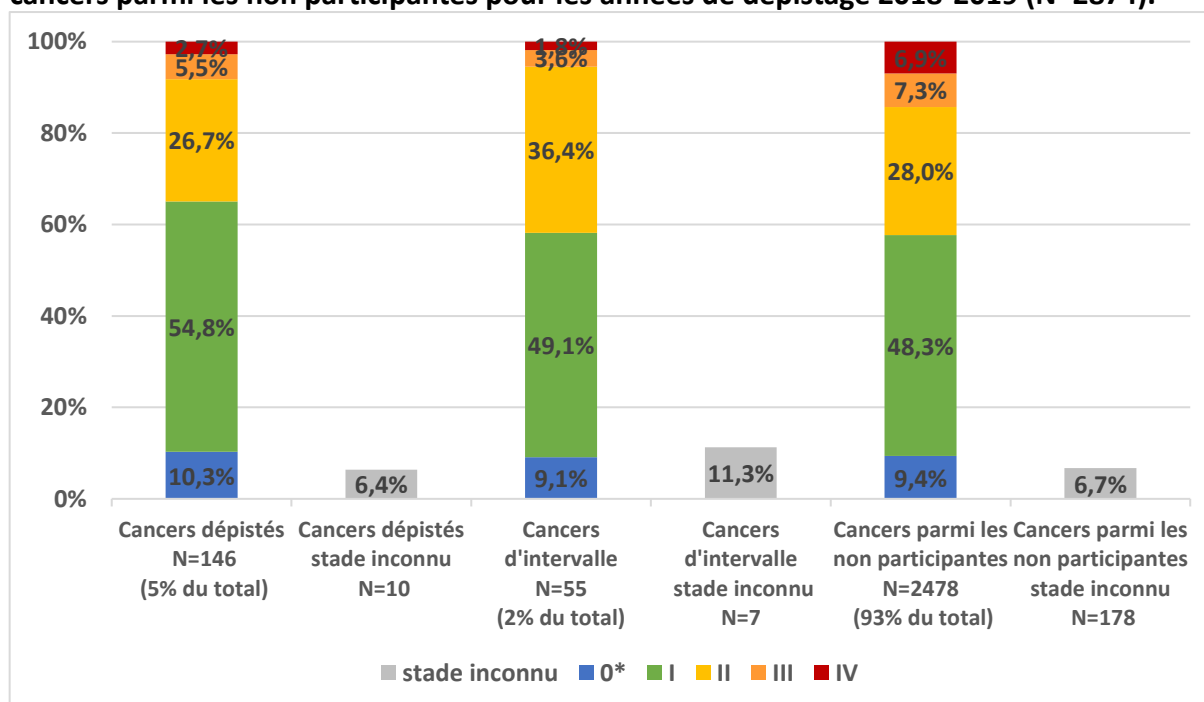
Cancer dépisté et cancer d'intervalle : cf. point 2. *Définitions des cancers dépistés et cancers d'intervalle dans le Document Méthodologie.*

Cancer parmi les non participantes : cancers du sein diagnostiqués chez des femmes qui n'ont pas participé au programme de dépistage 2 ans avant le diagnostic. L'année de l'invitation au programme de dépistage a été prise en compte et il a été vérifié si un diagnostic de cancer du sein a été posé dans les 2 ans suivant l'invitation. Il est possible que ces femmes aient été examinées par mammographie en dehors du programme de dépistage mais ceci n'a pas été pris en compte.

Tableau 16 A: Stade au moment du diagnostic des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participantes pour les années de dépistage 2018-2019 (N=2874).

Stade au moment du diagnostic	Cancers dépistés		Cancers d'intervalle		Cancers parmi les non participantes	
	N	%	N	%	N	%
Stade inconnu	10	6,4	7	11,3	178	6,7
Stade connu	146	93,6	55	88,7	2478	93,3
0 (= in situ)	15	9,6	5	8,1	233	8,8
I	80	51,3	27	43,5	1197	45,1
II	39	25,0	20	32,3	694	26,1
III	8	5,1	2	3,2	182	6,9
IV	4	2,6	1	1,6	172	6,5
Total	156		62		2656	

Figure 10: Stade au moment du diagnostic des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participantes pour les années de dépistage 2018-2019 (N=2874).



* Stade 0 = in situ

Conclusion :

Pour la période de dépistage 2018-2019, 92% des cancers du sein dans la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non participantes (N total=2.874). Ceci peut s'expliquer par un faible taux de participation au programme de dépistage. Les cancers dépistés et les cancers d'intervalle représentent respectivement 5% et 2% des cancers diagnostiqués dans la population cible (N = 156 et N = 62 respectivement).

Les cancers du sein dépistés sont plus fréquemment diagnostiqués à un stade précoce en comparaison aux cancers d'intervalle et aux cancers parmi les non participantes. Environ 65% des cancers du sein dépistés avec stade connu ont un stade 0 (in situ) ou I au moment du diagnostic. 42% des cancers du sein avec stade connu diagnostiqués chez les femmes qui n'ont pas participé au programme de dépistage ont un stade II+, avec 14% de stade III+. Pour les cancers dépistés et d'intervalle – avec stade connu – le pourcentage III+ est de 8% et 5% respectivement. Un éventuel biais de sélection parmi les femmes participant au dépistage ne peut être exclu.

Pour augmenter l'impact du dépistage sur le stade au moment du diagnostic, une augmentation de la participation au programme de dépistage est recommandée.

4.8. Caractéristiques des cancers dépistés

Les caractéristiques de la tumeur du sein au moment du diagnostic telles que le stade, la taille et l'état des ganglions sont importantes pour le pronostic et le traitement.

Stade (pTNM): Pour les cancers détectés lors du 1^{er} dépistage, les directives européennes stipulent que <30% des cancers détectés (lorsque le stade est connu) devraient être de stade II+. Pour les cancers détectés lors des dépistages suivants, un maximum de 25% est la norme. Ce pourcentage est calculé sur le nombre du total de cancers dépistés (in situ et invasifs).

Taille (pT): Le dépistage doit viser le plus grand pourcentage possible de tumeurs invasives ≤ 10 mm. Selon les directives européennes, il est souhaitable que $\geq 25\%$ des cancers dépistés lors du 1^{er} dépistage soient ≤ 10 mm. Pour les dépistages suivants, $\geq 25\%$ est acceptable et $\geq 30\%$ est souhaitable. Ce pourcentage est calculé pour les cancers dépistés invasifs.

Ganglions (pN): Les directives européennes indiquent que dans >70% des cancers invasifs détectés lors du 1^{er} dépistage, le statut des ganglions doit être négatif. Lors du dépistage de suivi $\geq 75\%$ des cancers dépistés invasifs doivent avoir un statut ganglionnaire négatif. Ce pourcentage est calculé pour les cancers dépistés invasifs.

Tableau 17: Caractéristiques des cancers dépistés.

Caractéristiques des cancers dépistés: 2014-2021*			
	<i>Normes EU</i>	Total cancers dépistés**	N (%)
		N	
% Stade II+	<i>1er dépistage (norme EU: <30%)</i>	305	106 (34,8)
	<i>Dépistages suivants (norme EU: ≤25%)</i>	368	107 (29,1)
% ≤10mm	<i>1er dépistage (norme: ≥25%)</i>	297	oui: 87 (29,3) inconnu: 32 (10,8)
	<i>Dépistages suivants (norme EU: ≥25%, ≥30% est souhaitable)</i>	335	oui: 109 (32,5) inconnu: 31 (9,3)
% ganglions lymphatiques négatifs	<i>1er dépistage (norme EU: >70%)</i>	297	oui: 211 (71,0) inconnu: 19 (6,4)
	<i>Dépistages suivants (norme EU: ≥75%)</i>	335	oui: 234 (69,9) inconnu: 24 (7,2)

* Les caractéristiques de la tumeur ne sont disponibles que via la base de données ClB. Cette base de données est complète jusqu'à l'année d'incidence 2021 incluse. Par conséquent, les caractéristiques des cancers dépistés des années de dépistage 2014-2021 sont présentés. **% stade II+ est calculé sur le nombre du total de cancers dépistés (in situ et invasifs) ; % ≤10mm et % ganglions négatifs est calculé pour les cancers dépistés invasifs.

Conclusion :

Pour les années de dépistage 2014-2021, le pourcentage de cancers dépistés de stade II+ n'atteint pas la norme européenne, à la fois pour le 1er dépistage et les dépistages suivants. Le pourcentage de cancers dépistés invasifs de ≤10 mm est d'au moins 29,3% et 32,5% pour le 1er dépistage et le dépistage suivant respectivement et répond ainsi aux normes européennes [3, 4]. Le pourcentage de cancers dépistés avec un statut ganglionnaire négatif est de 71,0% pour le 1er dépistage et de 69,9% pour les dépistages suivants. Cela est inférieur à la norme européenne pour les dépistages suivants. Si tous les cas « inconnus » avaient également un statut ganglionnaire négatif, ce pourcentage augmenterait jusqu'à 77% pour les dépistages suivants. La norme européenne serait alors atteinte.

5. Résultats des indicateurs de qualité concernant le suivi après un mammotest positif

Pour rappel, les données de suivi (donnée de l'AIM) des années de dépistage 2021 et 2022 ne sont pas encore totalement complètes.

5.1. Taux de suivi après un mammotest positif

Le taux de suivi indique le pourcentage de mammotests positifs pour lesquels un examen de suivi a eu lieu endéans les 12 mois.

Tableau 18: Taux de suivi et délai de suivi

	2019		2020		2021*		2022*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de mammotests positifs avec un suivi connu endéans les 12 mois								
0-1 mois	481	57,8	464	56,3	676	53,1	338	49,3
1-2 mois	223	26,8	196	23,8	397	31,2	217	31,7
2-3 mois	53	6,4	56	6,8	91	7,1	56	8,2
3-6 mois	15	1,8	33	4,0	32	2,5	27	3,9
6-12 mois	8	1,0	11	1,3	8	0,6	3	0,4
Total	780	93,8	760	92,2	1204	94,5	641	93,6
Nombre de mammotests positifs pour lesquels aucun suivi n'est connu endéans les 12 mois	52	6,3	64	7,8	70	5,5	44	6,4
Total de mammotests positifs	832		824		1274		685	

* Chiffres provisoires : les données AIM de suivi des années de prestation 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes. Pour l'année de dépistage 2022, seuls les mammotests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

Tableau 19: Fréquence par type d'examen de suivi après un mammotest positif

Examens de suivi endéans les 12 mois	2019		2020		2021*		2022*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prélèvement	162	20,8	142	18,7	245	20,3	132	20,6
Imageries**	615	78,8	617	81,2	957	79,5	506	78,9
Mammographie diagnostique	16	2,1	23	3,0	40	3,3	18	2,8
Mammographie diagnostique + échographie	379	48,6	348	45,8	570	47,3	315	49,1
Echographie	196	25,1	217	28,6	316	26,2	153	23,9
Chirurgie	71	9,1	55	7,2	73	6,1	47	7,3
Nombre total de mammotests positifs avec un suivi connu endéans les 12 mois	780		760		1204		641	

* Chiffres provisoires : les données AIM de suivi des années de prestation 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes. Pour l'année de dépistage 2022, seuls les mammotests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

**Mammographie de diagnostic, échographie, IRM. Cela peut être une combinaison de plusieurs examens. 'Prélèvement' a priorité sur 'Imageries'. Quand une femme a 'Prélèvement' et 'Imageries', elle n'est incluse que dans la catégorie 'Prélèvement'.

Conclusion :

Un suivi endéans les 12 mois est effectué pour plus de 90% des mammothests positifs dont environ entre 50% à 60% dès le premier mois après le mammothest et plus de 80% endéans les 2 mois après un mammothest positif. Les directives européennes indiquent qu’une mise au point diagnostique doit avoir lieu endéans les 3 semaines pour au moins 90% des mammothests positifs.

Le nombre de mammothests positifs a augmenté en 2021, notamment lors du 1^{er} dépistage (cf. Tableau 8) car le nombre de participantes a également augmenté (cf. Tableau 5). Une explication possible est un rattrapage après la crise du COVID-19 et un éventuel biais de sélection parmi les participantes.

L’examen de suivi le plus courant après un mammothest positif est une imagerie supplémentaire, généralement sous la forme d’une mammographie avec échographie ou seulement une échographie. Un prélèvement est également effectué pour environ 20% des mammothests positifs. La proportion de chirurgie mammaire (tumorectomie ou mastectomie) après un mammothest positif est de 6 à 9% pour 2019-2022. Pour rappel, les données de suivi des années de dépistage 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes.

5.2. Taux de suivi parmi les cancers dépistés

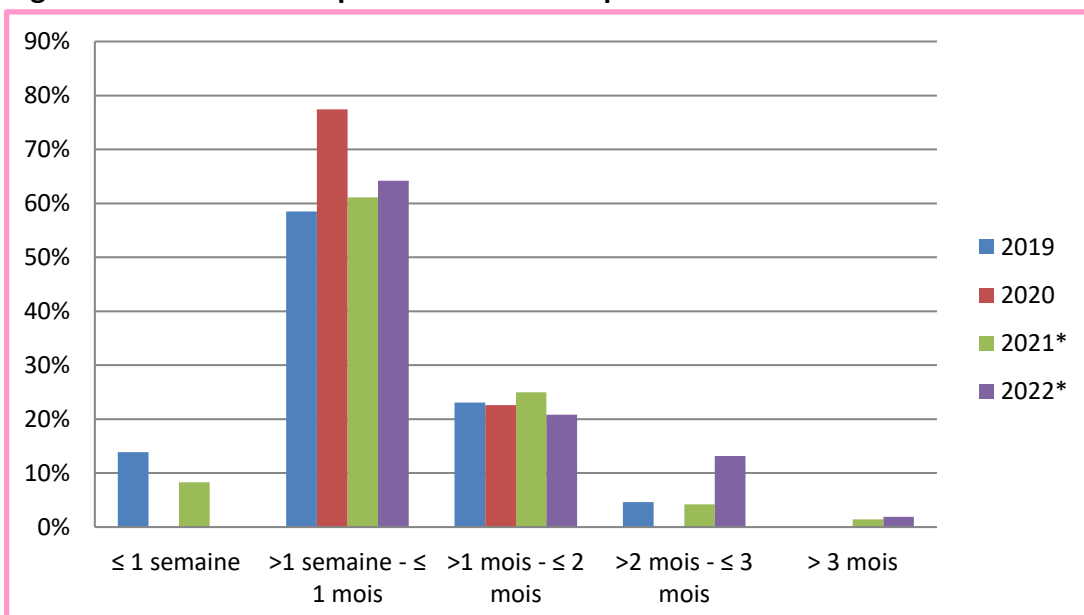
Il a été vérifié, pour tous les cancers dépistés, si la mise au point diagnostique effectuée après le mammothest positif qui a détecté le cancer a bien eu lieu et dans quel délai.

Tableau 20: Taux de suivi pour les cancers dépistés

	2019 %	2020 %	2021* %	2022* %
≤ 1 semaine	13,9	0	8,3	0
>1 semaine - ≤ 1 mois	58,5	77,4	61,1	64,2
>1 mois - ≤ 2 mois	23,1	22,6	25,0	20,8
>2 mois - ≤ 3 mois	4,6	0	4,2	13,2
> 3 mois	0	0	1,4	1,9

* Chiffres provisoires : les données AIM de suivi des années de prestation 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes. Pour l’année de dépistage 2022, seuls les mammothests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l’analyse.

Figure 11: Taux de suivi pour les cancers dépistés



* Chiffres provisoires : les données AIM de suivi des années de prestation 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes. Pour l'année de dépistage 2022, seuls les mammotests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

Conclusion :

Un suivi est effectué endéans les 2 mois après un mammotest positif pour $\geq 90\%$ des cancers dépistés dont environ 70% se déroulent dans le premier mois après le mammotest en 2019-2021. Pour les cancers dépistés en 2020, le taux de suivi pour les cancers dépistés est de 100% endéans les 2 mois. Le taux de suivi après un délai entre 2 et 3 mois après le mammotest est élevé en 2022, mais ce résultat est provisoire.

5.3. Fréquence des biopsies

Le nombre et le pourcentage de biopsies endéans 12 mois après un mammotest positif ont été calculés pour les années de dépistage 2019, 2020, 2021 et 2022.

Tableau 21: Fréquence des biopsies

	2019	2020	2021*	2022*
<i>Nombre de mammotests positifs avec une biopsie</i>	108	95	152	85
<i>Nombre total de mammotests positifs avec un examen de suivi connu</i>	780	760	1204	641
<i>Pourcentage de biopsies (%)</i>	13,8	12,5	12,6	13,3

* Chiffres provisoires : les données AIM de suivi des années de prestation 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes. Pour l'année de dépistage 2022, seuls les mammotests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

Conclusion :

Le pourcentage de biopsies après un mammotest positif (avec un examen de suivi connu) est environ de 13-14%.

5.4. Ratio B/M parmi les biopsies ouvertes (tumorectomies)

Les normes européennes stipulent que pour les biopsies ouvertes, un ratio lésions bénignes-malignes $\leq 1:2$ ($\leq 0,50$) est acceptable et $\leq 1:4$ ($\leq 0,25$) est souhaitable. Etant donné que les biopsies ouvertes peuvent être considérées comme des résections, ce ratio a été calculé sur base des tumorectomies facturées.

Tableau 22: Ratio B/M pour biopsies ouvertes (tumorectomies)

	Norme EU	2019	2020	2021*	2022*
<i>Lésions Malignes (N)</i>		51	43	43	29
<i>Lésions Bénignes (N)</i>		14	6	11	3
<i>Ratio B/M</i>	<i>$\leq 1:2$ (souhaitable : $\leq 1:4$)</i>	0,27	0,14	0,26	0,10

* Chiffres provisoires : les données AIM de suivi des années de prestation 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes. Pour l'année de dépistage 2022, seuls les mammotests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

Conclusion :

Le ratio B/M pour les tumorectomies est inférieur au ratio acceptable indiqué dans les directives européennes. Les tumorectomies ne sont donc pas beaucoup réalisées pour des lésions bénignes.

5.5. Probabilité de retrouver une lésion maligne parmi les biopsies et les tumorectomies

Cette analyse permet de calculer la probabilité de retrouver un cancer du sein lors d'une biopsie ou d'une tumorectomie qui suit un mammothest positif.

Tableau 23: Probabilité de retrouver une lésion maligne

	2019		2020		2021*		2022*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Biopsie (=biopsie fermée)								
<i>Lésions malignes</i>	72	58,5	56	51,4	65	41,4	38	46,9
<i>Lésions bénignes</i>	51	41,5	53	48,6	92	58,6	43	53,1
Nombre total	123		109		157		81	
Biopsie ouverte (tumorectomie)								
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Lésions malignes</i>	51	78,5	43	87,8	43	79,6	29	90,6
<i>Lésions bénignes</i>	14	21,5	6	12,2	11	20,4	3	9,4
Nombre total	65		49		54		32	

* Chiffres provisoires : les données AIM de suivi des années de prestation 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes. Pour l'année de dépistage 2022, seuls les mammothests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

Conclusion :

Lors d'une biopsie réalisée après un mammothest positif en 2019 et 2020, un cancer a été diagnostiqué dans 58 et 51% des cas respectivement. Les chiffres de 2021 et 2022 restent encore provisoires. Lors d'une tumorectomie, la probabilité de retrouver une lésion maligne était de 79% et 88% respectivement pour 2019 et 2020.

5.6. Proportion d'interventions chirurgicales effectuées pour les cancers dépistés en fonction du délai après le 1^{er} examen de suivi

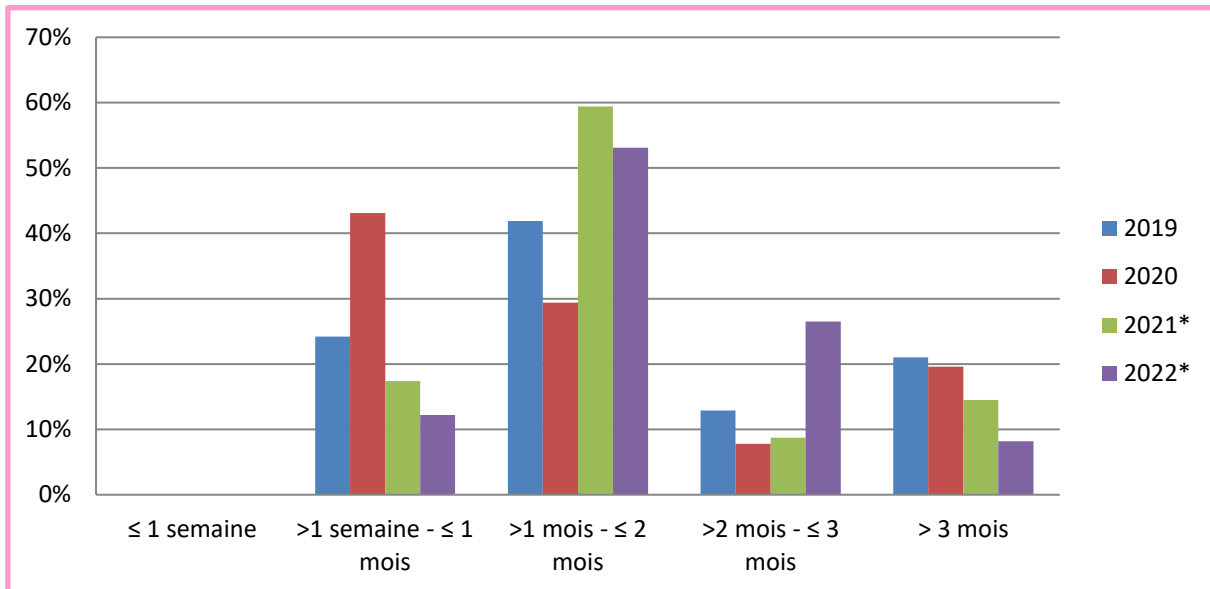
Pour tous les cancers dépistés, il a été évalué en deans quel délai après le 1^{er} examen de suivi une intervention chirurgicale a été effectuée. Les pourcentages (Tableau 24 et Figure 12) sont calculés sur le nombre des femmes avec un cancer dépisté, pour lesquelles une intervention chirurgicale a été effectuée.

Tableau 24: Délais entre 1^{er} examen de suivi et l'intervention chirurgicale pour les cancers dépistés

	2019	2020	2021*	2022*
	%	%	%	%
% d'interventions chirurgicales				
<i>≤ 1 semaine</i>	0	0	0	0
<i>>1 semaine - ≤ 1 mois</i>	24,2	43,1	17,4	12,2
<i>>1 mois - ≤ 2 mois</i>	41,9	29,4	59,4	53,1
<i>>2 mois - ≤ 3 mois</i>	12,9	7,8	8,7	26,5
<i>> 3 mois</i>	21,0	19,6	14,5	8,2
Nombre total	62	51	69	49

* Chiffres provisoires : les données AIM de suivi des années de prestation 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes. Pour l'année de dépistage 2022, seuls les mammothests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

Figure 12: Délais entre 1^{er} examen de suivi et l'intervention chirurgicale pour les cancers dépistés



* Les données AIM de suivi des années de prestation 2021 et 2022 ne sont pas encore complètes. Pour l'année de dépistage 2022, seuls les mammotests réalisés de janvier à septembre 2022 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

Conclusion :

Les normes européennes stipulent que 90% des interventions chirurgicales doivent se dérouler dans les 3 semaines après avoir prise la décision d'opérer. Ceci n'a pas pu être calculé à partir des bases de données disponibles car nous ne savons pas exactement quand la décision d'opérer a été prise. Nous pouvons, en revanche, évaluer le délai entre le premier examen de suivi et l'intervention chirurgicale. Pour la période 2019-2021, environ 17-43% des femmes avec un cancer dépisté subissent une intervention chirurgicale endéans les 4 semaines après le premier examen de suivi et environ 65-77% endéans les 8 semaines. Ces chiffres sont plus faibles que ceux attendus. Une cause possible peut être l'application d'un éventuel traitement néo-adjuvant qui prolonge le délai avant l'intervention chirurgicale. Pour 2021 et 2022, les résultats sont provisoires (les données AIM ne sont pas encore complètes).

5.7. Traitement chirurgical par stade parmi les cancers dépistés

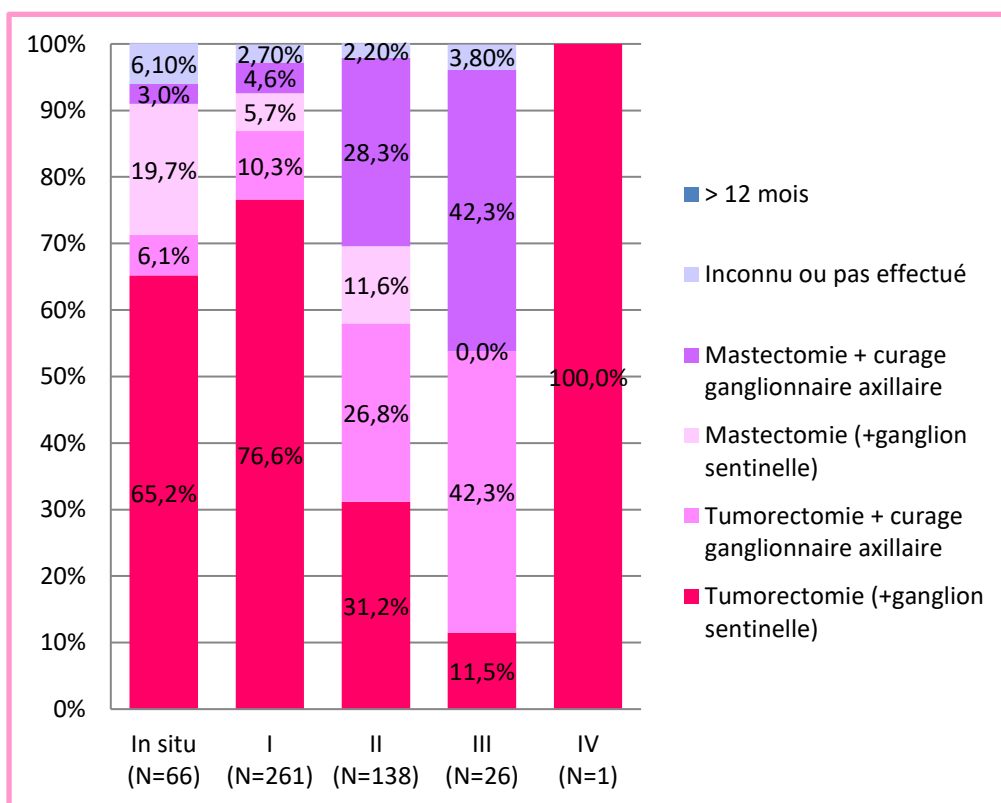
La fréquence des tumorectomies ou mastectomies a été évaluée pour tous les cancers dépistés. Les caractéristiques de la tumeur ne sont disponibles que via la base de données CIB. Cette base de données est complète, au moment des analyses pour ce rapport, jusqu'à l'année d'incidence 2021 incluse. Les données AIM des années de prestation 2021 et 2022 sont incomplètes. Pour la chirurgie par stade, seuls les cancers dépistés des années de dépistage 2014-2021 dont le stade est connu sont inclus.

Tableau 25: Traitement chirurgical par stade pour les cancers dépistés dont le stade est connu (années dépistages 2014-2021).

	In situ		I		II		III		IV		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
≤ 12 mois	62		254		135		25		1		477
<i>Tumorectomie (+ganglion sentinelle)</i>	43	65,2	200	76,6	43	31,2	3	11,5	1	100	290
<i>Tumorectomie + curage ganglionnaire axillaire</i>	4	6,1	27	10,3	37	26,8	11	42,3	0	0	79
<i>Mastectomie (+ganglion sentinelle)</i>	13	19,7	15	5,7	16	11,6	0	0	0	0	44
<i>Mastectomie + curage ganglionnaire axillaire</i>	2	3,0	12	4,6	39	28,3	11	42,3	0	0	64
> 12 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Inconnu ou pas effectué</i>	4	6,1	7	2,7	3	2,2	1	3,8	0	0	15
Total	66		261		138		26		1		492

Les données AIM des années de prestation 2021 et 2022 sont incomplètes.

Figure 13: Traitement chirurgical par stade pour les cancers dépistés dont le stade est connu (années dépistages 2014-2021).



Les données AIM des années de prestation 2021 et 2022 sont incomplètes.

Conclusion :

Pour l'analyse de la chirurgie par stade, seuls les cancers dépistés dont le stade est connu sont inclus. Une tumorectomie (avec ou sans exérèse du ganglion sentinelle) est plus fréquente dans les cancers dépistés in situ (stade 0) (71%) et au stade I (87%). Cela est conforme aux directives européennes, à savoir que la chirurgie mammaire conservatrice est le traitement de choix pour la majorité des cancers dépistés de petite taille et devrait avoir lieu dans 70 à 80 % des cas [3, 4].

A partir du stade II, le nombre de curages ganglionnaires axillaires augmente et se produit dans la majorité des cas. Pour respectivement 40% et 42% des cancers dépistés au stade II et III, une mastectomie est réalisée. Il y a seulement un cancer dépisté au stade IV pour qui un traitement chirurgical a eu lieu ; par conséquent aucune conclusion ne peut être tirée pour ce stade.

5.8. Traitement chirurgical par tranches d'âge pour les cancers dépistés

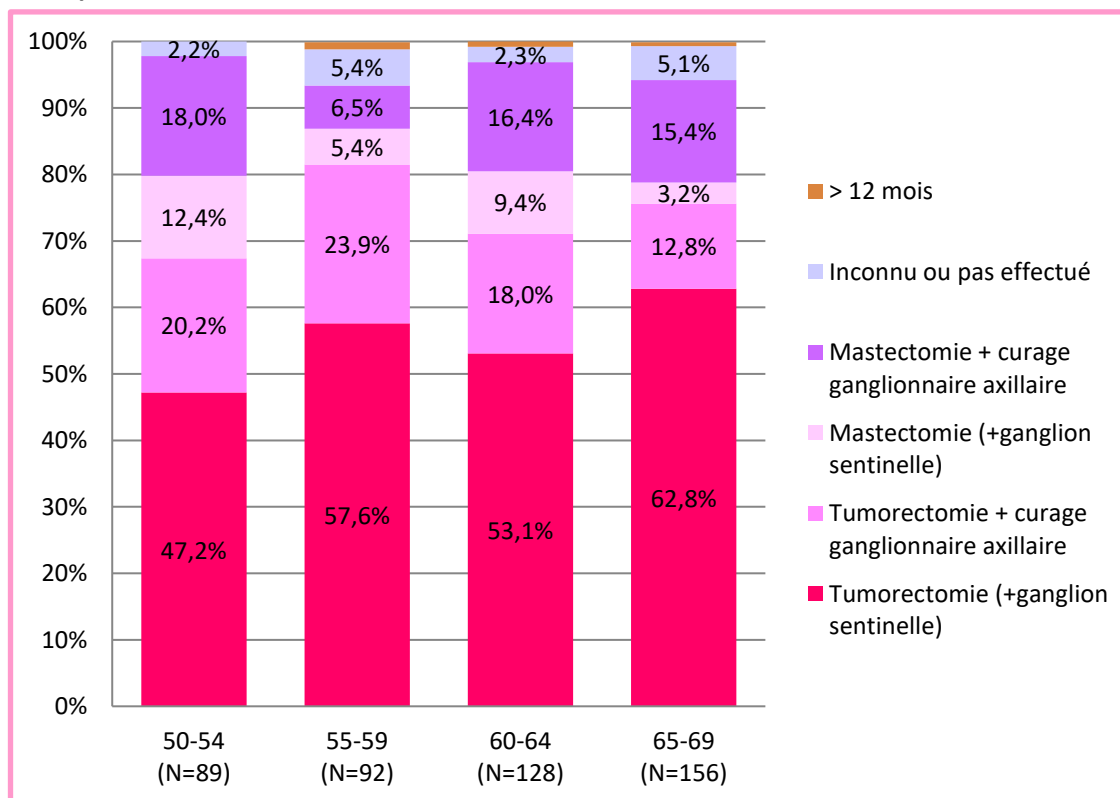
Cette analyse permet de voir s'il y a des différences dans le traitement chirurgical des cancers dépistés selon l'âge de la femme.

Tableau 26: Traitement chirurgical par tranches d'âge pour les cancers dépistés invasifs (2014-2021).

	50-54		55-59		60-64		65-69	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>≤ 12 mois</i>	87		86		124		147	
<i>Tumorectomie (+ganglion sentinelle)</i>	42	47,2	53	57,6	68	53,1	98	62,8
<i>Tumorectomie + curage ganglionnaire axillaire</i>	18	20,2	22	23,9	23	18,0	20	12,8
<i>Mastectomie (+ganglion sentinelle)</i>	11	12,4	5	5,4	12	9,4	5	3,2
<i>Mastectomie + curage ganglionnaire axillaire</i>	16	18,0	6	6,5	21	16,4	24	15,4
<i>> 12 mois</i>	0	0	1	1,1	1	0,8	1	0,6
<i>Inconnu ou pas effectué</i>	2	2,2	5	5,4	3	2,3	8	5,1
Total	89		92		128		156	

Les données AIM des années de prestation 2021 et 2022 sont incomplètes.

Figure 14: Traitement chirurgical par tranches d'âge pour les cancers dépistés invasifs (2014-2021).



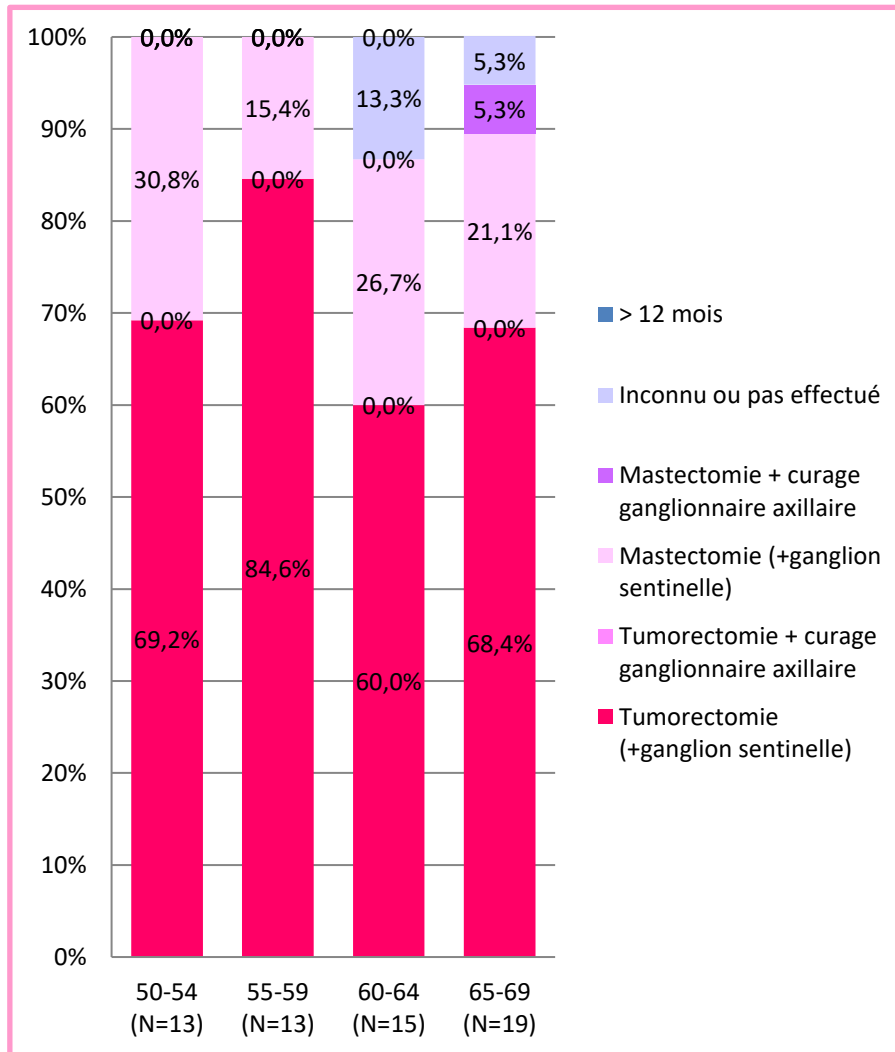
Les données AIM des années de prestation 2021 et 2022 sont incomplètes.

Tableau 27: Traitement chirurgical par tranches d'âge pour les cancers dépistés in situ (2014-2021).

	50-54		55-59		60-64		65-69	
	N	%	N	%	N	%	N	%
≤ 12 mois	13		13		13		18	
<i>Tumorectomie (+ganglion sentinelle)</i>	9	69,2	11	84,6	9	60,0	13	68,4
<i>Tumorectomie + curage ganglionnaire axillaire</i>	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Mastectomie (+ganglion sentinelle)</i>	4	30,8	2	15,4	4	26,7	4	21,1
<i>Mastectomie + curage ganglionnaire axillaire</i>	0	0	0	0	0	0	1	5,3
> 12 mois	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>Inconnu ou pas effectué</i>	0	0	0	0	2	13,3	1	5,3
Total	13		13		15		19	

Les données AIM des années de prestation 2021 et 2022 sont incomplètes.

Figure 15: Traitement chirurgical par tranches d'âge pour les cancers dépistés in situ (2014-2021).



Les données AIM des années de prestation 2021 et 2022 sont incomplètes.

Conclusion :

Pour les cancers invasifs, la tumorectomie (+ganglion sentinelle) est le traitement chirurgical le plus pratiqué quelle que soit la tranche d'âge (entre 47,2% pour les 50-54 et 62,8% pour les 65-69 ans). Une mastectomie est effectuée plus souvent chez les plus jeunes femmes (50-54 ans, 30,4%).

Pour les cancers in situ, ce sera également une tumorectomie qui sera réalisée le plus fréquemment avec des variations selon la tranche d'âge (60-85%). Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation car les nombres de cancers in situ par groupe d'âge sont petits.

6. Conclusion

- La population cible au 1^{er} janvier 2022 (BCSS) était de 466.292 femmes. 3% (N=14.094) de ces femmes étaient exclues pour raisons médicales. La population-cible éligible 2022 était composée de 452.198 femmes. Parmi ces femmes, 10.206 ont été exclues pour un MMT en 2021 et 85.463 pour une mammographie bilatérale hors programme en 2021. Ces femmes n'ont donc pas été pas invitées. Il y avait aussi des femmes qui n'étaient pas invitées pour des raisons administratives. Sur la base de l'algorithme établi par le programme de dépistage, 195.354 femmes ont été effectivement invitées pour un MMT en 2022.
- Pour certains paramètres on considère les données MMT jusqu'en septembre 2022 pour avoir un suivi suffisant (par exemple cancers dépistés). Sur toute l'année 2022, 9.051 femmes ont réalisé un MMT dans le programme de dépistage du cancer du sein en Wallonie. C'est >1.600 femmes de moins qu'en 2021 mais >1.200 de plus qu'en 2020 (COVID-19).
- Pour le programme de dépistage du cancer du sein en Wallonie en 2022, 4,9% des 195.354 femmes invitées ont participé. Dans la population-cible éligible, un taux de couverture total de 48% a été atteint en 2022 : 4,3% couverture par le programme et 43,7% couverture par le dépistage opportuniste en dehors du programme. Ce qui est plus élevé que les années 2020 et 2021, et au même niveau qu'en 2019, avant la pandémie COVID 19.
- Sur l'ensemble de la population cible éligible au dépistage en 2022, 16% n'ont jamais réalisé de mammographie dans ou en-dehors du programme. Ce pourcentage reste stable.
- Le taux de rappel (période 2019-2022) est trop élevé par rapport aux directives européennes et ceci aussi bien pour le premier dépistage que pour les dépistages suivants. En 2022, dans 17,7% (1^{ères} participations au programme) et 7,1% (participations suivantes) le MMT était positif, ce qui est en dehors des normes de qualité européennes (<7% lors du premier dépistage et <5% pour les dépistages suivants est acceptable). A partir de 2020, le taux de rappel a augmenté. Cet indicateur de qualité est une mesure indirecte de la fausse positivité.
- En 2021, grâce au programme de dépistage, 64 nouveaux cancers du sein invasifs et 8 cancers in situ ont été détectés chez des femmes âgées 50 à 69 ans en Wallonie. Pour les participantes dans les 9 premiers mois de 2022, nous atteignons déjà 37 cas de cancer du sein invasif et 7 cas de cancer in situ. La norme européenne relative au taux de détection du cancer du sein est atteinte aussi bien pour le premier dépistage que pour les dépistages suivants.
- Le taux de cancers d'intervalle après un mammothest négatif est resté assez stable en 2019 et 2020. Sur 1.000 participantes, environ 2 femmes se verront diagnostiquer un cancer du sein après un résultat de dépistage négatif et avant que le prochain dépistage n'ait lieu. Le taux de cancers d'intervalle après un mammothest positif et un examen de suivi négatif, est resté assez stable en 2019-2020 (environ 1/1.000).
- Les résultats de la valeur prédictive positive (VPP) et de la spécificité sont liés au taux de rappel. Comme le taux de rappel est élevé la VPP et la spécificité sont basse. Plus le taux de rappel est

élevé, plus il y aura de faux positifs. Comme attendu la VPP est plus élevée pour les dépistages suivants que pour le premier dépistage : respectivement de 8,3% et 5,1% en 2022. Mais la VPP pour les dépistages suivants est encore faible par rapport à la moyenne des pays européens [5]. La spécificité du programme est de 89-92% pour les années de dépistage 2019-2021. La spécificité est moindre lors du premier dépistage que lors des dépistages suivants. La possibilité de comparer avec les imageries précédentes réduit le nombre de faux positifs.

- La sensibilité du programme est d'environ 67-69%, pour 2019 et 2020. Cela signifie qu'environ 1/3 de tous les cancers dans la population dépistée sont des cancers d'intervalle. La sensibilité est plus élevée pour un premier dépistage que pour les dépistages suivants, puisque les cancers prévalents sont également détectés lors du 1^{er} dépistage. La sensibilité pour les cancers invasifs est inférieure à celle pour les cancers in situ en 2019 et 2020. Le fait que les cancers d'intervalle soient souvent invasifs peut jouer un rôle à cet égard.
- Pour la période de dépistage 2018-2019, 92% des cancers du sein dans la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non participantes, en raison du faible taux de participation. Il est possible que ces femmes aient été examinées par mammographie en dehors du programme de dépistage mais ceci n'a pas été pris en compte. En Wallonie, la grande proportion de dépistages opportunistes peut influencer les résultats des indicateurs. Les cancers dépistés et les cancers d'intervalle représentent respectivement 5% et 2% des cancers diagnostiqués dans la population cible pour les années de dépistage 2018-2019. Environ 65% des cancers du sein dépistés avec un stade connu sont détectés à un stade précoce (in situ ou stade I). Environ 14% des cancers du sein – avec stade connu – diagnostiqués chez les femmes qui n'ont pas participé en 2018-2019 sont de stade III+ et donc de moins bon pronostic. Pour les cancers dépistés et les cancers d'intervalle du dépistage en 2018-2019 – avec stade connu – le pourcentage III+ est de 8,2% et 5,4% respectivement.
Une augmentation de la participation au programme de dépistage peut augmenter l'impact du dépistage sur le stade au moment du diagnostic.
- Pour les années de dépistage 2014-2021, le pourcentage de cancers dépistés de stade II+ n'atteint pas la norme européenne, à la fois pour le 1^{er} dépistage et les dépistages suivants. Le pourcentage de cancers dépistés invasifs de ≤ 10 mm et le pourcentage de cancers dépistés avec statut ganglionnaire négatif atteignent la norme lors des dépistages suivants. Pour le 1^{er} dépistage, la norme est également atteinte si tous les cas « inconnus » avaient également des ganglions négatifs.
- Un suivi endéans les 12 mois est effectué pour plus de 92% des mammothests positifs dont environ entre 50% à 60% dès le premier mois après le mammothest et plus de 80% endéans les 2 mois après un mammothest positif. L'examen de suivi le plus courant après un mammothest positif est une mammographie avec échographie ou seulement une échographie. Pour des cancers dépistés, plus de 90% ont un suivi endéans les 2 mois après un mammothest positif, dont environ 70% se déroulent dans le premier mois. 30% des femmes avec un cancer dépisté n'ont donc pas un examen de suivi endéans le 1^{er} mois après le mammothest positif. Les directives européennes indiquent qu'une mise au point diagnostique doit avoir lieu endéans les 3 semaines pour au-moins 90% des mammothests positifs.

- Le pourcentage de biopsies après un mammothest positif (avec un examen de suivi connu) est d'environ 13-14% en 2019-2022. Le ratio B/M pour les tumorectomies est inférieur au ratio indiqué dans les directives européennes. Les tumorectomies ne sont donc que rarement réalisées pour des lésions bénignes. Lors d'une tumorectomie en 2019-2022, la probabilité de retrouver une lésion maligne est 79-91%. Lors d'une biopsie (fermée) réalisée après un mammothest positif en 2019-2022, un cancer a été diagnostiqué dans plus de 41-59% des cas.
- Les normes européennes indiquent que 90% des interventions chirurgicales doivent se dérouler endéans les 3 semaines après avoir pris la décision d'opérer. Ceci n'a pas pu être calculé à partir des bases de données disponibles car nous ne savons pas exactement quand la décision d'opérer a été prise. Nous pouvons, en revanche, évaluer le délai entre le premier examen de suivi et l'intervention chirurgicale. Pour la période 2019-2021, environ 17-43% des femmes avec un cancer dépisté subissent une intervention chirurgicale endéans les 4 semaines après le premier examen de suivi et environ 65-77% endéans les 8 semaines. Ces chiffres sont plus faibles que ceux attendus. Une cause possible peut être l'application d'un éventuel traitement néo-adjuvant qui prolonge le délai avant l'intervention chirurgicale.
- Les cancers dépistés in situ et de stade I sont traités le plus fréquemment par tumorectomie, respectivement 71% et 87% des cas pour les années de dépistage 2014-2021. Cela est conforme aux directives européennes, à savoir que la chirurgie mammaire conservatrice est le traitement de choix pour la majorité des cancers dépistés de petite taille et devrait avoir lieu dans 70 à 80 % des cas. A partir du stade II, le nombre de curages ganglionnaires axillaires augmente et se produit dans la majorité des cas. En 2014-2021, pour respectivement 40% et 42% des cancers dépistés au stade II et III, une mastectomie est réalisée. Aucune conclusion ne peut être tirée pour stade IV (seulement un cancer dépisté au stade IV pour lequel une intervention chirurgicale a eu lieu).
- En fonction de l'âge, des différences dans la prise en charge des patientes peuvent être observées. Mais pour les cancers invasifs ainsi que les cancers in situ, la tumorectomie est le traitement chirurgical le plus pratiqué quelle que soit la tranche d'âge. Une mastectomie sera plus fréquemment réalisée pour la tranche d'âge la plus jeune (50-54 ans) en cas de cancer invasif. Pour les cancers in situ, les nombres par groupe d'âge sont petits, il faut donc être prudent dans l'interprétation des résultats.

7. Bibliographie

1. Belgian Cancer Registry, Brussels, 2023, <https://kankerregister.org>
2. Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium) (<http://www.statbel.fgov.be>)
3. European Commission, 2006. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4th ed. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, Puthaar E. International Agency for Research on Cancer, Lyon- France
4. European Commission, Directorate-General for Health and Consumers, European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis : fourth edition, supplements, Karsa, L.(editor), Holland, R.(editor), Broeders, M.(editor), Wolf, C.(editor), Perry, N.(editor), Törnberg, S.(editor), Publications Office, 2013, <https://data.europa.eu/doi/10.2772/13196>
5. Cancer Screening in the European Union: Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening (2017).

8. Annexes

1. Méthodologie Indicateurs de qualité dépistage cancer sein 2019-2022-Wallonie - v1.0