Belgian Cancer Registry

Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein en Bruxelles, années de dépistage 2021-2024

CALCUL D'INDICATEURS D'EVALUATION

vivalis .brussels

BruPrev

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction 3
2. Incidence et mortalité du cancer du sein 4
3. Population étudiée, participation au dépistage, couverture et surdépistage 7
3.1. Population cible éligible 7
3.2. Taux de couverture 8
3.3. Femmes n'ayant jamais été dépistées 8
3.4. Surdépistage 8
4. Indicateurs d'évaluation concernant le diagnostic des cancers 11
4.1. Taux de rappel 11
4.2. Taux de détection du cancer du sein, taux des cancers d'intervalle, valeur prédictive positive, sensibilité et spécificité du test de dépistage 12
4.3. Distribution des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participantes, selon stade au moment du diagnostic 14
4.4. Caractéristiques des cancers dépistés 16
5. Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement 17
5.1. Taux de suivi après un mammotest positif 17
5.2. Délai entre un mammotest positif et l'examen de suivi 19
5.3. Traitement 20
5.4. Proportion d'interventions chirurgicales effectuées pour les cancers dépistés en fonction du délai après le 1er examen de suivi 21
6. Conclusion 23
7. Bibliographie 25
8. Annexes 25

1. Introduction

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 [1-3].

Programme de dépistage à Bruxelles

Le programme de dépistage à Bruxelles est organisé par Bruprev. La mammographie réalisée dans le cadre du programme s'appelle le Mammotest (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 un troisième avis.

Bruprev invite les femmes âgées de 50 à 69 ans ayant un numéro de Registre national belge et habitant à Bruxelles tous les deux ans par une lettre personnelle. Cette lettre d'invitation fait office de prescription. Une femme peut également réaliser un mammotest sur base d'une prescription de son médecin.

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

Afin d'organiser le dépistage de manière plus efficiente, Bruprev et la Fondation Registre du Cancer (Belgian Cancer Registry-BCR) collaborent et échangent des données. Le BCR est également chargé de l'évaluation du dépistage par le biais de calcul d'indicateurs d'évaluation. Pour réaliser ces missions, toutes les bases de données disponibles au BCR sont utilisées : 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), couplées entre elles et aux données du Bruprev.

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

2. Incidence et mortalité du cancer du sein

A Bruxelles, 993 nouveaux cas de cancer invasif du sein ont été enregistrés en 2023 [4]. Le cancer du sein se situe en première position des cancers chez les femmes. C'est la première cause de décès par cancer chez les femmes (168 en sont décédées à Bruxelles en 2022). Plus de 75% des cancers du sein invasifs surviennent chez des femmes de 50 ans ou plus. L'incidence augmente avec l'âge, avec un âge médian au moment du diagnostic de 62 ans.

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 à Bruxelles pour les années 2004-2023

Années	Tumeurs invasives								Tumeurs in situ			
	Incidence				Mortalité (§)				Incidence			
	Tous les âges N (ESR*)		50-69 ans N (ESR*)		Tous les âges N (ESR*)		50-69 ans N (ESR*)		Tous les âges N (ESR*)		50-69 ans N (ESR*)	
2004	938	(207,9)	452	(456,2)	227	(45,7)	73	(73,3)	131	(29,5)	72	(71,4)
2005	866	(186,9)	364	(359,8)	196	(39,5)	58	(58,3)	89	(20,2)	50	(49,1)
2006	934	(202,5)	418	(412,7)	200	(40,7)	58	(58,0)	143	(32,3)	86	(84,2)
2007	925	(200,0)	418	(409,4)	211	(41,9)	68	(68,2)	127	(28,4)	67	(65,2)
2008	872	(187,6)	403	(387,2)	212	(42,7)	68	(65,8)	124	(27,4)	61	(58,0)
2009	903	(192,2)	428	(410,7)	233	(46,1)	72	(67,4)	131	(28,8)	72	(67,3)
2010	924	(192,8)	410	(383,1)	194	(38,0)	67	(62,2)	133	(28,5)	76	(70,1)
2011	931	(194,3)	442	(401,7)	253	(49,3)	65	(60,2)	120	(25,5)	69	(61,8)
2012	929	(189,9)	418	(371,6)	191	(38,7)	68	(61,7)	118	(25,2)	58	(51,6)
2013	961	(197,0)	436	(382,4)	204	(39,9)	73	(64,4)	135	(28,2)	79	(68,6)
2014	968	(196,9)	432	(376,7)	206	(39,6)	74	(64,1)	127	(26,5)	72	(61,8)
2015	904	(183,3)	422	(362,6)	186	(35,8)	49	(41,9)	161	(33,5)	93	(79,5)
2016	948	(188,0)	415	(351,3)	193	(36,7)	59	(50,6)	139	(28,3)	79	(66,9)
2017	906	(179,4)	395	(330,9)	178	(33,7)	56	(47,5)	118	(23,5)	52	(43,7)
2018	968	(191,5)	428	(357,6)	192	(35,8)	62	(52,3)	142	(29,1)	75	(62,0)
2019	978	(191,1)	426	(353,8)	175	(32,9)	53	(43,9)	139	(27,5)	74	(61,2)
2020	955	(184,9)	433	(353,6)	161	(29,5)	39	(31,9)	120	(22,7)	55	(44,6)
2021	951	(182,8)	400	(325,1)	168	(30,8)	44	(35,7)	151	(29,4)	79	(64,5)
2022	900	(172,2)	377	(301,9)	168	(30,6)	41	(33,6)	117	(22,6)	66	(52,6)
2023	993	(188,0)	416	(330,2)	-	-	-	-	137	(25,9)	60	(46,9)

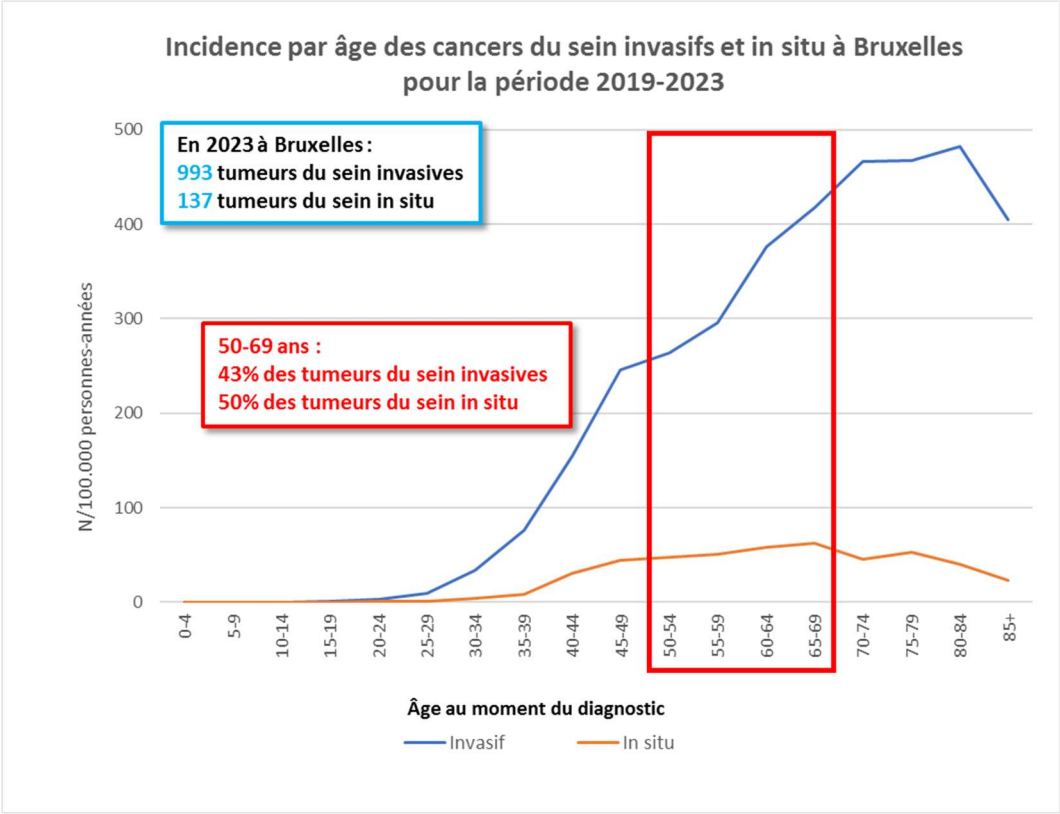
N : nombre

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

(§) Source : Statbel (Direction Générale Statistique – Statistics Belgium)

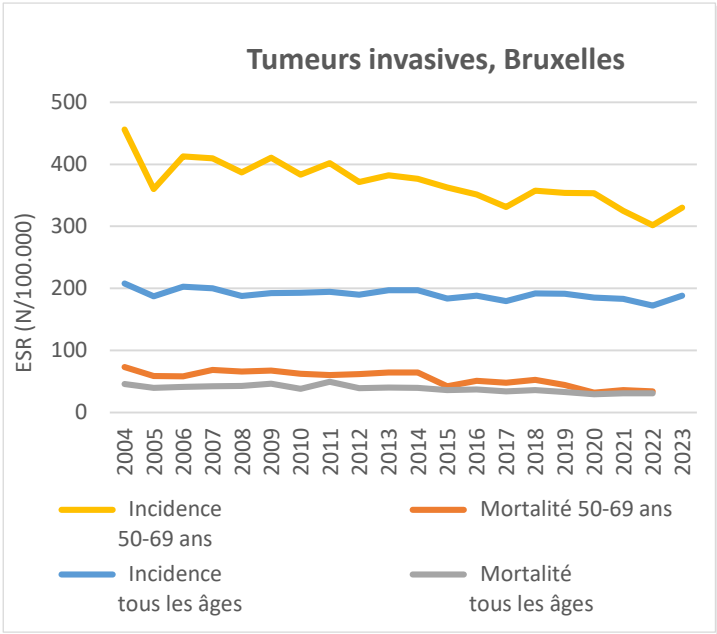
- données pas encore disponibles au moment des analyses de ce rapport

Figure 1 : Incidence par âge des cancers du sein invasifs et in situ à Bruxelles pour la période 2019-2023

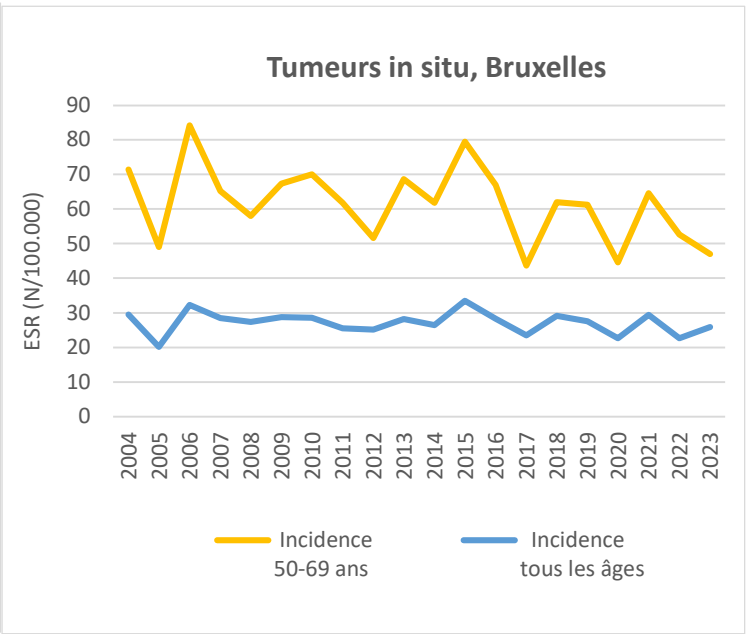


Figures 2 : Évolution de l'incidence et de la mortalité à tous les âges et pour le groupe cible d'âge 50-69 ans, à Bruxelles, 2004-2023

A) Cancers du sein invasifs



B) Cancers du sein in situ



Conclusion :
La figure 1 montre l'incidence par âge à Bruxelles, tant pour le cancer du sein invasif que in situ. En 2023, 993 nouvelles tumeurs invasives et 137 nouvelles tumeurs in situ ont été diagnostiquées à Bruxelles, dont respectivement 43% et 50% dans la tranche d'âge de 50 à 69 ans. Pour le cancer du sein invasif, le pic se situe après 69 ans.

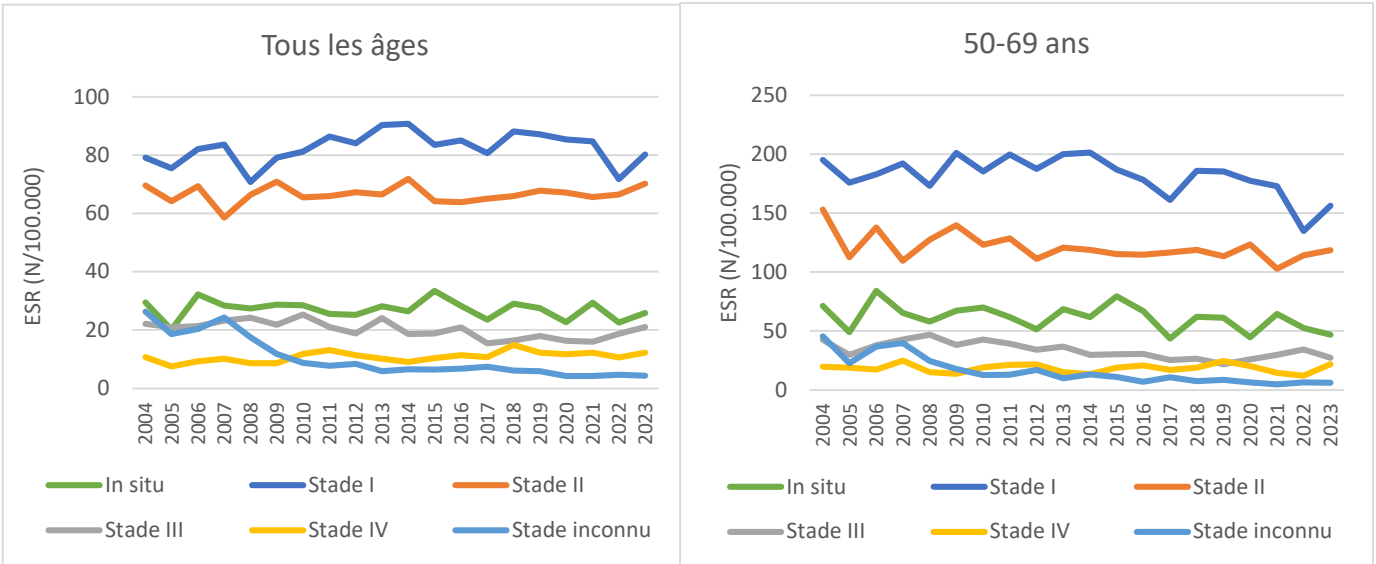
Concernant les tumeurs invasives, le nombre moyen de nouveaux cas par an entre 2004 et 2023 est de 933 pour tous les âges confondus et de 417 pour la tranche d'âge 50-69 ans. L'incidence diminue pour la période 2004-2023 pour tous les âges (AAPC [95% CI] = -0,5* [-0,8 ; -0,2]), et diminue de manière plus prononcée dans le groupe des 50-69 ans (l'AAPC [95% CI] = -1,4* [-1,8 ; -1,0]). (*Indique que l'(A)APC est statistiquement significative).

La mortalité liée aux cancers du sein invasifs diminue significativement entre 2004 et 2022, pour tous les âges (AAPC 2004-2022 = -1,9* [-3,1 ; -0,8]), avec une diminution surtout marquée à partir de 2011 (APC 2004-2011 = +0,3 [-1,8 ; +11,9] ; APC 2011-2022 = -3,3* [-9,9 ; -2,3]). La mortalité diminue de manière plus prononcée encore pour le groupe d'âge 50-69 ans (AAPC 2004-2022 = -3,7* [-5,1 ; -2,3]), avec une forte diminution entre 2013 et 2022 (APC 2004-2013 = -0,6 [-2,9 ; +8,0] ; APC 2013-2022 = -6,7* [-14,3 ; -4,6]).

Concernant les tumeurs in situ, le nombre moyen de nouveaux cas par an entre 2004 et 2023 est de 130 pour tous les âges confondus et de 70 pour la tranche d'âge 50-69 ans. Il n'y a pas de tendance significative de l'incidence pour tous les âges (2004-2023 AAPC = -0,4 [-1,4 ; +0,7]) et pour les 50-69 ans (2004-2023 AAPC = -1,0 [-2,7 ; +0,1]).

Figures 3 : Évolution de l'incidence des cancers du sein (invasifs et in situ) à Bruxelles, par stade, pour tous les âges (A) et âge 50-69 ans (B), période 2004-2023

A) Tous les âges **B) 50-69 ans**



Conclusion :
Dans la période 2004-2023, la majorité des cancers sont des stades I (42,0% et 49,1%) ou II (35,6% et 32,8%) au moment du diagnostic pour tous les âges et pour l'âge 50-69 ans respectivement.

Les stades III ont diminué significativement dans la période 2004-2023 pour tous les âges confondus (AAPC = -1,6* [-2,5 ; -0,7]) et pour la tranche d'âge 50-69 ans (AAPC = -2,5* [-3,7 ; -1,2]).

Dans le groupe d'âge 50-69 ans, les stades I et II ont diminué légèrement mais significativement dans la période 2004-2023 (stades I : AAPC = -0,9* [-1,6 ; -0,2] ; stades II : AAPC = -0,8* [-1,5 ; -0,2]).

Pour tous les âges confondus, les stades IV ont tendance à augmenter légèrement en 2004-2023 (AAPC = +1,6* [+0,5 ; +2,7], mais pas pour l'âge 50-69.

Les cancers in situ ne montrent pas de tendance significative pour cette période.

En général, le % « stade inconnu » diminue durant la période 2004-2023 (AAPC = -8,9* [-10,6 ; -7,2]).

Pour plus de renseignements épidémiologiques, reportez-vous à notre site internet : https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/

3. Population étudiée, participation au dépistage, couverture et surdépistage

Les différents résultats décrits ci-dessous sont présentés dans le tableau 2.

3.1. Population cible éligible

La population cible éligible pour le dépistage du cancer du sein est sélectionnée à partir de la population cible complète, définie ci-dessous, et de critères expliqués ci-dessous.

La population cible complète est la population envoyée par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) à Bruprev qui organise le programme de dépistage du cancer du sein. Elle est composée des femmes âgées de 50 à 69 ans au cours de l'année 20XX sur base de la date de naissance et du lieu de résidence à Bruxelles au 01/01/20XX. Un filtre d'assurabilité est ajouté et est nécessaire à la prise en charge du mammotest (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 cible complète – les femmes non-éligibles = **la population cible éligible au dépistage**. Toutefois, certaines **femmes ne sont pas invitées en 20XX**, en raison du mammotest (MMT) réalisé en 20XX-1 (recommandation d'un dépistage tous les 2 ans).

Remarque : à Bruxelles, les femmes ayant réalisé une mammographie bilatérale hors programme en 20XX et 20XX-1 sont invitées dans l'idée qu'à l'avenir elles effectuent leur test dans le cadre du programme. Ce qui n'est pas le cas en Flandre ou en Wallonie où ces femmes ne sont pas invitées au programme.

3.2. 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.

3.3. Femmes n'ayant jamais été dépistées

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

3.4. Surdépistage

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. L'intervalle recommandé entre deux mammotests est en effet de 2 ans.

Tableau 2 : Population cible complète, population cible éligible, nombre de femmes non-invitées, taux de couverture, femmes jamais dépistées, surdépistage

	2021		2022		2023*		2024*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Population cible complète	**123.560**	**100**	**124.775**	**100**	**124.051**	**100**	**125.484**	**100**
Femmes non-éligibles pour raisons médicales	**3.511**	**2,8**	**3.581**	**2,9**	**3.476**	**2,8**	**3.431**	**2,7**
Définitivement (mastectomies bilatérales)	201	5,7	207	5,8	212	6,1	221	6,4
Provisoirement (cancers du sein = 10 ans)	3.310	94,3	3.374	94,2	3.264	93,9	3.210	93,6
Population cible éligible	**120.049**		**121.194**		**120.575**		**122.053**	
50-54 ans	33.485		34.080		33.737		34.287	
55-59 ans	30.554		30.717		30.934		31.638	
60-64 ans	29.780		29.999		29.322		29.153	
65-69 ans	26.230		26.398		26.582		26.975	
Femmes non-invitées en 20XX en raison de								
MMT en 20XX-1	3.852	3,2	5.507	4,5	4.570	3,8	5.408	4,4
Population cible éligible – femmes non-invitées	**116.197**		**115.687**		**116.005**		**116.645**	

Taux de couverture totale	50.786	**42,3**	53.743	**44,3**	54.624	**45,3**	56.122	**46,0**
50-54 ans	15.078	**45,0**	16.006	**47,0**	16.290	**48,3**	16.670	**48,6**
55-59 ans	13.196	**43,2**	13.990	**45,5**	14.365	**46,4**	14.893	**47,1**
60-64 ans	12.072	**40,5**	12.897	**43,0**	12.818	**43,7**	12.962	**44,5**
65-69 ans	10.440	**39,8**	10.850	**41,1**	11.151	**41,9**	11.597	**43,0**
Taux de couverture dans le programme	**9.723**	**8,1**	**10.442**	**8,6**	**10.502**	**8,7**	**10.942**	**9,0**
50-54 ans	2.150	6,4	2.282	6,7	2.414	7,2	2.605	7,6
55-59 ans	2.691	8,8	2.856	9,3	2.830	9,1	2.874	9,1
60-64 ans	2.522	8,5	2.817	9,4	2.725	9,3	2.814	9,7
65-69 ans	2.360	9,0	2.487	9,4	2.533	9,5	2.649	9,8
Taux de couverture hors programme	**41.063**	**34,2**	**43.301**	**35,7**	**44.122**	**36,6**	**45.180**	**37,0**
50-54 ans	12.928	38,6	13.724	40,3	13.876	41,1	14.065	41,0
55-59 ans	10.505	34,4	11.134	36,2	11.535	37,3	12.019	38,0
60-64 ans	9.550	32,1	10.080	33,6	10.093	34,4	10.148	34,8
65-69 ans	8.080	30,8	8.363	31,7	8.618	32,4	8.948	33,2
Femmes n'ayant jamais été dépistées	**24.886**	**20,7**	**24.614**	**20,3**	**23.630**	**19,6**	**24.782**	**20,3**
50-54 ans	8.557	25,6	8.543	25,1	8.140	24,1	8.676	25,3
55-59 ans	6.057	19,8	5.973	19,4	5.878	19,0	6.331	20,0
60-64 ans	5.558	18,7	5.424	18,1	5.034	17,2	5.117	17,6
65-69 ans	4.714	18,0	4.674	17,7	4.578	17,2	4.658	17,3
Surdépistage chez les participantes								
Un nouveau MMT ≤ 20 mois après une **mammographie diagnostique bilatérale** hors programme	508	8,7	608	12,3	635	10,7	624	11,3
Un nouveau MMT ≤ 20 mois après le **MMT** précédant	50	0,9	33	0,7	33	0,6	50	0,9

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

Conclusion :

La **population-cible complète** du dépistage du cancer du sein est composée de **125.484** femmes âgées de 50-69 ans en 2024, résidant à Bruxelles au 01/01/2024. Après exclusion des femmes avec une mastectomie bilatérale et/ou un diagnostic de cancer du sein dans les 10 dernières années il restait **122.053** femmes éligibles parmi lesquelles 5.408 (4,4%) ne sont pas invitées car elles ont réalisé un MMT l'année précédente. Il restait **116.645** femmes de la population cible éligible pour le dépistage de l'année 2024, c'est-à-dire 93,0% de la population-cible complète.

En 2024, le **taux de couverture dans le programme** est de **9,0%**. **Le taux de couverture hors programme** est de **37,0% en 2024.** Le taux de couverture augmente légèrement à la fois dans le programme et hors programme.
Pour **2024**, **le taux de couverture total** est ainsi de **46,0%**.
Le taux de couverture dans le programme augmente avec l'âge, avec une moins bonne couverture pour les femmes les plus jeunes, de 50 à 54 ans. A l'inverse, le taux de couverture hors programme diminue avec l'âge, avec une couverture inférieure pour le dépistage hors programme pour les femmes de 65-69 ans.

Le pourcentage de femmes de la population cible éligible lors de l'année 20XX, qui n'ont **jamais été dépistées** (dans le programme ou en dehors du programme de dépistage) est en **2024** de **20,3%**, soit 24.782 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 2023 et 2024 sont toutefois provisoires.

Il y a environ 9 à 12% des femmes qui **réalisent un nouveau MMT ≤20 mois** après avoir réalisé une mammographie bilatérale hors programme. Le pourcentage qui a fait un MMT ≤ 20 mois après le MMT précédent reste inférieur à 1%. L'invitation reçue pour réaliser un dépistage étant valable plusieurs mois, il est possible que les femmes attendent avant de le réaliser et donc l'intervalle entre deux dépistages peut être réduit.

4. Indicateurs d'évaluation concernant le diagnostic des cancers

4.1. Taux de rappel

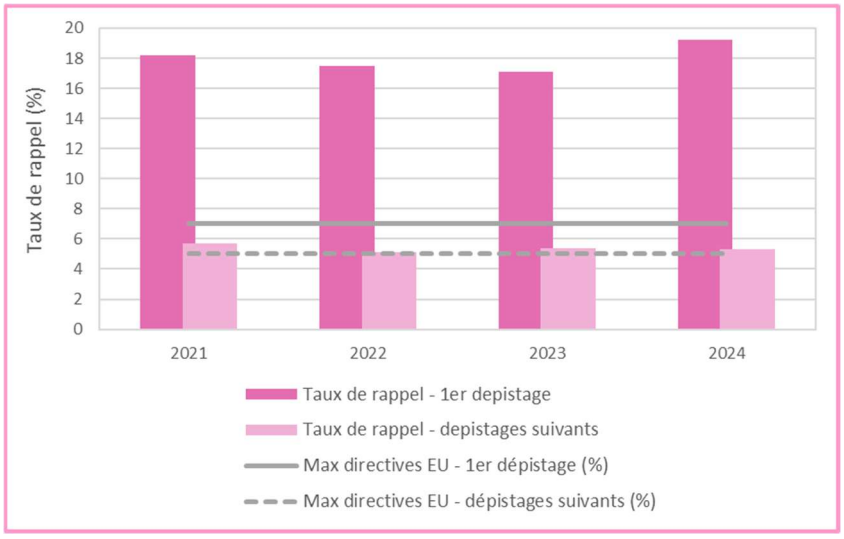
Tableau 3 : Taux de rappel, stratifié par premier dépistage et dépistages suivants

	2021	2022	2023	2024
1er dépistage				
Nombre de mammotests	2.422	2.137	2.625	2.519
Nombre de mammotests positifs (Taux de rappel) ; N (%) Recommandation UE : <7% (<5% souhaitable)	442 **(18,2)**	374 **(17,5)**	449 **(17,1)**	483 **(19,2)**
50-54 ans	213 (19,3)	155 (15,5)	223 (17,5)	248 (20,1)
55-59 ans	109 (17,5)	98 (18,8)	101 (16,3)	98 (16,6)
60-64 ans	69 (17,3)	77 (21,6)	74 (17,6)	73 (19,7)
65-69 ans	51 (17,3)	44 (17,0)	51 (16,2)	64 (19,8)
Dépistages suivants				
Nombre de mammotests	3.449	2.798	3.307	3.015
Nombre de mammotests positifs (Taux de rappel) ; N (%) Recommandation UE : <5% (<3% souhaitable)	198 **(5,7)**	144 **(5,1)**	177 **(5,4)**	160 **(5,3)**
50-54 ans	20 (6,8)	6 (3,0)	14 (6,1)	12 (5,7)
55-59 ans	59 (6,1)	37 (4,7)	40 (4,3)	39 (4,9)
60-64 ans	62 (5,6)	56 (6,0)	66 (6,3)	53 (5,2)
65-69 ans	57 (5,2)	45 (5,1)	57 (5,2)	56 (5,6)

Tous les mammotests réalisés en 2024 ont été pris en compte.

Les chiffres jaunes sont les recommandations européennes. Si la valeur d'un indicateur particulier est inférieure ou supérieure à ces directives, elle est marquée en rouge.

Figure 4 : Taux de rappel



Conclusion :

Le taux de rappel est trop élevé par rapport aux recommandations européennes [1] en particulier pour le premier dépistage. Le taux de rappel pour le premier dépistage a augmenté et s'établit à 19,2% en 2024. Pour les dépistages suivants, le taux de rappel reste stable. En 2024, le pourcentage pour les dépistages suivants est de 5,3% et se situe juste au-dessus de la recommandation.

Il n'y a pas de différence claire entre les catégories d'âge. Cet indicateur de qualité est une mesure indirecte de la fausse positivité. Les recommandations 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 recommandations entrainant un éventuel biais de sélection parmi les femmes participantes au dépistage.

4.2. Taux de détection du cancer du sein, taux des cancers d'intervalle, valeur prédictive positive, sensibilité et spécificité du test de dépistage

Définitions :

Un cancer dépisté est défini comme un cancer du sein diagnostiqué dans les 24 mois suivant un mammotest positif.

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.

Tableau 4 : Taux de détection des cancers invasifs, des cancers in situ, cancers d'intervalle, valeur prédictive positive, sensibilité et spécificité

	2021	2022*	2023*	2024*,**
Taux de détection global (N/1000)	**8,5**	**5,9**	**7,4**	**7,1**
Premier dépistage – WSR (N/1000) Recommandation UE : >3xBIR (≥6,9/1.000)	10,6	6,4	8,5	9,1
Premier dépistage (N/1000)	9,1	6,6	6,5	7,6
Dépistages suivants – WSR (N/1000) Recommandation UE : >3xBIR (≥3,5/1.000)	8,6	4,0	8,2	6,6
Dépistages suivants (N/1000)	8,1	5,4	8,2	6,7
Taux de détection des cancers invasifs (N/1000)	**7,0**	**5,1**	**6,9**	**5,9**
Taux de détection des cancers in situ (N/1000)	**1,5**	**0,8**	**0,5**	**1,2**
	2021	**2022***	**2023***	
Taux de cancers d'intervalle (N/1000)	**2,2**	**2,2**	**1,9**	
Après mammotest négatif (N/1000)	1,5	1,6	1,9	
Après mammotest positif et un examen de suivi négatif (N/1000)	0,7	0,6	0,0	
	2021	**2022***	**2023***	**2024*, ****
VPP globale (%)	7,8	5,6	7,0	6,3
Premier dépistage (%)	5,0	3,7	3,8	4,1
Dépistages suivants (%)	14,1	10,4	15,3	12,7
	2021	**2022***	**2023***	
Sensibilité globale (%)	79,4	72,5	80,0	
Premier dépistage (%)	78,6	77,8	70,8	
Dépistages suivants (%)	80,0	68,2	87,1	

Cancers in situ (%)	81,8	100	100	
Cancers invasifs (%)	78,8	69,4	78,8	
Spécificité globale (%)	**89,9**	**90,1**	**90,1**	
Premier dépistage (%)	82,5	83,1	83,4	
Dépistages suivants (%)	95,1	95,4	95,4	

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. Les chiffres (après couplage avec la base de données CIB 2023) du taux de détection du cancer du sein et du taux de cancer d'intervalle sont définitifs jusqu'à l'année de dépistage 2021 et quasi définitive pour l'année de dépistage 2022 basée sur le CHP. La plupart des cancers d'intervalle n'étant détectés que la 2ème année après la mammographie de dépistage, le taux de cancer d'intervalle n'est calculé que jusqu'à l'année de dépistage 2023. La base de données AIM est encore incomplète pour2023 et 2024.
**Participantes au programme de dépistage de janvier à septembre 2024 inclus
Les chiffres jaunes sont les normes européennes. Si la valeur d'un indicateur particulier ne répond pas à ces directives, elle est marquée en rouge.

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 et de l'incomplétude du suivi pour 2023 et 2024. La recommandation européenne relative au taux de détection du cancer du sein (WSR) est atteinte aussi bien pour le premier dépistage que pour les dépistages suivants, à l'exception de 2022 pour le premier dépistage.
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 https://kankerregister.org/fr/screening

Le taux de cancers d'intervalle après un mammotest négatif reste stable. Sur 1.000 participantes, moins 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 mammotest positif et un examen de suivi négatif, est moins de 1 femme sur 1.000.

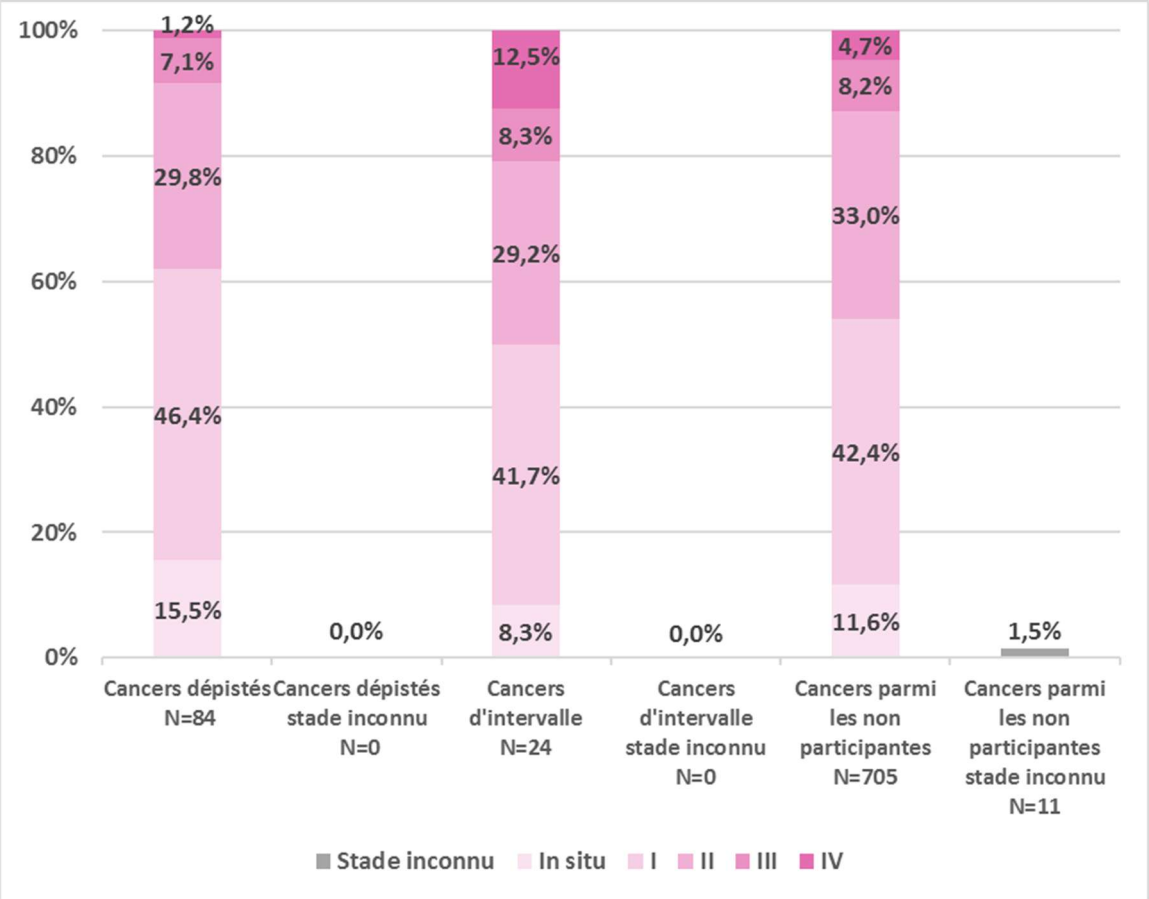
La valeur prédictive positive (VPP) est faible pour le premier dépistage. Cette faible VPP peut être liée au taux de rappel élevé. La VPP est généralement plus élevée pour les dépistages suivants que pour le premier dépistage. Les imageries des dépistages suivants peuvent en effet être comparées à celles du dépistage précédent entrainant un taux de rappel plus faible. La VPP pour les dépistages suivants se situe dans la moyenne des pays européens (11,4% [range 5,2 – 35,4]) [5].

La sensibilité globale du programme a diminué en 2022 mais reste au-dessus de 70% (résultat presque définitif pour 2022), ce qui est lié à la diminution de la sensibilité pour les dépistages suivants. Environ 1/4 à 1/5 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 mammotest était positif mais dont la mise au point diagnostique n'a révélé aucun cancer). La sensibilité est plus élevée pour les dépistages suivants que pour le premier dépistage (à l'exception de 2022).

La spécificité globale du programme est de 90% dans les années de dépistage 2021-2023. 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.

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

Figure 5 : Stade au moment du diagnostic des cancers dépistés, des cancers d'intervalle et des cancers parmi les non participantes pour les années de dépistage 2020-2021 (N=824).



Conclusion :

Pour la période de dépistage 2020-2021, 86,9% (716/824) des cancers du sein dans la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non participantes (N total=824). Ceci peut s'expliquer par un faible taux de participation au programme de dépistage. Les cancers dépistés et les cancers d'intervalle représentent respectivement 10,2% et 2,9% des cancers diagnostiqués dans la population cible (N = 84 et N = 24 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 61,9% des cancers du sein dépistés avec stade connu sont des cancers in situ ou ont stade I au moment du diagnostic. Environ 46,0% 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 12,9% de stade III+ (4,7% de stade IV). Pour les cancers dépistés et d'intervalle – avec stade connu – le pourcentage III+ est de 8,3% et 20,8% respectivement, avec 1,2% et 12,5% stade IV.

Un éventuel biais de sélection parmi les personnes participant au dépistage ne peut être exclu (statut socio-économique, âge, personnes avec des risques élevés et des symptômes qui participent tout de même au programme,…). Des études supplémentaires seraient utiles. Le nombre de cancers d'intervalle est faible, ce

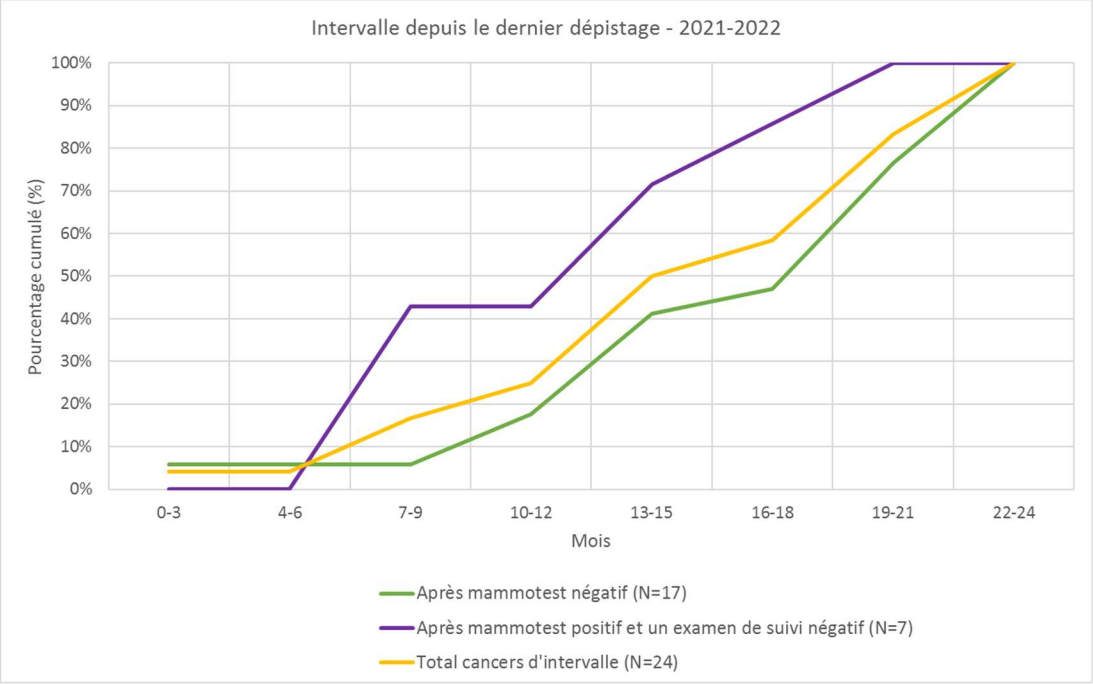
qui peut avoir un effet sur les pourcentages des stades. De plus, pour les années de dépistage 2020-2021, un impact possible de la pandémie de COVID-19 ne peut être exclu.

Tableau 5 : Répartition des cancers d'intervalle selon le délai depuis le dernier MMT (après MMT négatif ou après MMT positif avec un examen de suivi négatif)

Cancers d'intervalle	Après mammotest négatif		Après mammotest positif avec suivi négatif		Total cancers d'intervalle	
Intervalle (mois)	2021-2022					
	%	Cum%	%	Cum%	%	Cum%
0-3	5,9	5,9	0	0	4,2	4,2
4-6	0	5,9	0	0	0	4,2
7-9	0	5,9	42,9	42,9	12,5	16,7
10-12	11,8	17,6	0	42,9	8,3	25,0
13-15	23,5	41,2	28,6	71,4	25,0	50,0
16-18	5,9	47,1	14,3	85,7	8,3	58,3
19-21	29,4	76,5	14,3	100,0	25,0	83,3
22-24	23,5	100,0	0	100,0	16,7	100,0
Total 0-24 (N)	**17**		**7**		**24**	

*La base de données d'enregistrement des cancers est complète jusqu'à l'année d'incidence 2023 et un suivi de 24 mois est nécessaire pour enregistrer les cancers d'intervalle, les résultats définitifs peuvent être calculés jusqu'à et y compris l'année de dépistage 2021. Sur base du CHP sein, des chiffres provisoires d'incidence pour 2024 peuvent être données et donc des résultats provisoires pour l'année de dépistage 2022

Figure 6 : Répartition cumulative des cancers d'intervalle - Année de dépistage 2021-2022



Conclusion:

La courbe des cancers d'intervalle après un MMT négatif augmente progressivement avec une forte augmentation entre 13 et 15 mois après le dépistage. Pour les cancers d'intervalle après un MMT positif et un examen de suivi négatif, il faut être prudent dans l'interprétation étant donné les très petits nombres ; il y a une forte augmentation 7-9 mois et 13-15 mois après le dépistage. Au total, environ 75% des cancers d'intervalle sont diagnostiqués après 12 mois.

4.4. 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 1er dépistage, les recommandations européennes préconisent 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 ≤10mm. Selon les recommandations européennes, il est souhaitable que ≥25% des cancers dépistés lors du 1er dépistage soient ≤10mm. Pour les dépistages suivants, ≥25% est acceptable et ≥30% est souhaitable. Ce pourcentage est calculé pour les cancers dépistés invasifs.

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

Tableau 6 : Caractéristiques des cancers dépistés.

Caractéristiques des cancers dépistés: 2014-2023*		
	Total cancers dépistés ** N	**N (%)**
Stade II+		
Premier dépistage Recommandation UE : <30%	157	55 (**35,0**)
Dépistages suivants Recommandation UE : ≤ 25%	197	46 (**23,4**)
% ≤10mm		
Premier dépistage Recommandation UE : ≥25%	143	Oui: 33 (**23,1**) Inconnu: 23 (16,1)
Dépistages suivants Recommandation UE : ≥25%, ≥30% est souhaitable	180	Oui: 61 (**33,9**) Inconnu: 19 (10,6)
% ganglions lymphatiques négatifs		
Premier dépistage Recommandation UE : >70%	143	Oui: 93 (**65,0**) Inconnu: 10 (7,0)
Dépistages suivants Recommandation UE : ≥75%	180	Oui : 138 (**76,7**) Inconnu : 6 (3,3)

* Les caractéristiques de la tumeur ne sont disponibles que via la base de données CIB. Cette base de données est complète jusqu'à l'année d'incidence 2023 incluse. Par conséquent, les caractéristiques des cancers dépistés des années de dépistage 2014-2023 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.
Les chiffres jaunes sont les normes européennes. Si la valeur d'un indicateur particulier ne répond pas à ces directives, elle est marquée en rouge.

Conclusion :

Pour les années de dépistage 2014-2023, le pourcentage de cancers dépistés de stade II+ n'atteint pas la recommandation européenne pour le 1er dépistage, mais répond à la norme pour les dépistages suivants. Le pourcentage de cancers dépistés invasifs de ≤10 mm est d'au moins 23,1% et 33,9% pour le 1er dépistage et le dépistage suivant respectivement et répond aux recommandations européennes pour les dépistages suivants [1, 2]. Pour le premier dépistage, si tous les cas « inconnus » étaient également de taille ≤10 mm, ce pourcentage augmenterait jusqu'à 39,2% et la norme serait alors atteinte. Le pourcentage de cancers dépistés avec un statut ganglionnaire négatif est de 65,0% pour le 1er dépistage et de 76,7% pour les dépistages suivants. Cela est inférieur à la norme européenne pour le 1er dépistage. Si tous les cas « inconnus » présentaient également un statut ganglionnaire négatif, ce pourcentage augmenterait alors jusqu'à 72,0% pour 1er dépistage et, alors la norme européenne et la norme européenne serait atteinte.
Lors de dépistages suivants, la norme relative à ces 3 caractéristiques est toujours atteinte.

5. Indicateurs d'évaluation concernant le suivi et le traitement

5.1. Taux de suivi après un mammotest positif

Tableau 7: Indicateurs de suivi après un mammotest positif

	2021		2022		2023*		2024*,**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre de femmes avec un mammotest positif	**640**		**518**		**626**		**460**	
Nombre de femmes avec un suivi connu endéans 1 mois	**324**	**50,6**	**234**	**45,2**	**337**	**53,8**	**225**	**48,9**
Nombre de femmes avec un suivi connu endéans les 12 mois	**614**	**95,9**	**487**	**94,0**	**595**	**95,0**	**423**	**92,0**
Parmi ces femmes, N et % de types de suivi								
Imageries								
Mammographie diagnostique	435	70,8	340	69,8	424	71,3	292	69,0
Echographie	592	96,4	473	97,1	569	95,6	409	96,7
Mammographie diagnostique + échographie	416	67,8	326	66,9	403	67,7	282	66,7
IRM	59	9,6	38	7,8	54	9,1	32	7,6
Prélèvement	**106**	**17,3**	**78**	**16,0**	**94**	**15,8**	**71**	**16,8**
Biopsies (fermées)	90	14,7	59	12,1	81	13,6	60	14,2

Chirurgie	**53**	**8,6**	**29**	**6,0**	**44**	**7,4**	**28**	**6,6**
Tumorectomie	48	7,8	23	4,7	37	6,2	24	5,7
Mastetomie	6	1,0	7	1,4	8	1,3	6	1,4
Aucun suivi connu endéans les 12 mois	**26**	**4,1**	**31**	**6,0**	**31**	**5,0**	**37**	**8,0**
Biopsies et tumorectomies endéans les 24 mois								
Lésions parmi biopsie fermée	103		78		88		65	
Lésions bénignes	51	49,5	49	62,8	48	54,5	38	58,5
Lésions malignes	52	50,5	29	37,2	40	45,5	27	41,5
Lésions parmi biopsie ouverte (tumorectomie)	59		31		37			
Lésions bénignes (B)	13	22,0	7	22,6	7	18,9	<5	12,5
Lésions malignes (M)	46	78,0	24	77,4	30	81,1	21	87,5
Ratio B/M Recommandation UE: ≤1:2 (souhaitable : ≤1:4)		0,28		0,29		0,23		0,14

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.
**Participantes au programme de dépistage de janvier à septembre 2024 inclus
Les différents types de suivi sont calculés sans priorités.
Les chiffres jaunes sont les normes européennes. Si la valeur d'un indicateur particulier ne répond pas à ces directives, elle est marquée en rouge.

Conclusion :

Taux de suivi et délai de suivi : Un suivi endéans les 12 mois est effectué pour 92,0-95,9% des mammotests positifs dont ≥45% dès le premier mois après le mammotest (le suivi n'est pas complet pour les années de dépistage 2023 et 2024). Les recommandations européennes indiquent qu'une mise au point diagnostique doit avoir lieu endéans les 3 semaines pour au moins 90% des mammotests positifs, pour femmes avec des symptômes et des signes suggérant fortement un cancer du sein.

Fréquence par type d'examen de suivi après un mammotest positif : L'examen de suivi le plus courant après un mammotest positif est une imagerie supplémentaire, généralement sous la forme d'une échographie ou d'une mammographie avec échographie. Un prélèvement est également effectué pour environ 16-17% des mammotests positifs. La proportion de chirurgie mammaire (tumorectomie ou mastectomie) après un mammotest positif est de 6 à 9% pour 2021-2024. Pour rappel, les données de suivi des années de dépistage 2023 et 2024 ne sont pas encore complètes.

Fréquence des biopsies (biopsies fermées) : Le pourcentage de biopsies endéans les 12 mois après un mammotest positif (avec un examen de suivi connu) est d'environ de 12-15%.

Probabilité de retrouver une lésion maligne parmi les biopsies et les tumorectomies : Lors d'une biopsie réalisée endéans les 24 mois après un mammotest positif en 2021 et 2022, un cancer a été diagnostiqué dans 50,5% et 37,2% des cas respectivement. Lors d'une tumorectomie endéans les 24 mois, la probabilité de retrouver une lésion maligne était de 78,0% et 77,4% respectivement pour 2021 et 2022. Les chiffres de 2023 et 2024 restent encore provisoires.

Ratio B/M parmi les biopsies ouvertes (les tumorectomies) : Le ratio B/M pour les tumorectomies endéans les 24 mois après un mammotest positif répond aux recommandations européennes acceptables. Les tumorectomies sont donc moins souvent réalisées pour des lésions bénignes.

5.2. Délai entre un mammotest positif et l'examen de suivi

Tableau 8 : Pourcentage cumulé de suivi à différents moments après un mammotest positif, pour tous les MMT positifs, par année de dépistage

Suivi après un mammotest positif	Intervalle	2021	2022	2023*	2024*,**
Taux de suivi après un mammotest positif (Cum %)	0-3 mois	94,5	93,5	93,7	93,6
	4-6 mois	97,7	96,8	97,2	98,1
	7-9	98,2	98,0	99,0	99,1
	10-12	99,0	98,6	99,2	100,0
	13-15	99,2	99,2	99,3	100,0
	16-18	99,4	99,4	99,5	100,0
	19-21	99,5	99,4	99,8	100,0
	22-24	99,7	99,4	99,8	100,0
	>24	100,0	100,0	100,0	100,0
Pas de suivi connu (%)		3,0	4,4	4,2	7,6
Taux de suivi après le mammotest positif parmi les cancers dépistés (%)	≤ 1 semaine	10,0	6,9	4,5	13,8
	>1 semaine - ≤ 1	52,0	69,0	70,5	69,0
	>1 mois - ≤ 2 mois	32,0	10,3	15,9	13,8
	>2 mois - ≤ 3 mois	6,0	3,4	0	3,4
	> 3 mois	0	10,3	9,1	0

*Les chiffres pour ces années sont provisoires. La base de données AIM est encore incomplète pour ces années.
**Données de participation au programme de dépistage de janvier à septembre 2024 inclus.

Conclusion :

<u>Délai de suivi après un mammotest positif</u>

Le suivi après un MMT positif a lieu pour 94 à 95% dans les 3 mois et d'environ 99 à 100% dans les 12 mois. Le pourcentage de suivi n'augmente pas beaucoup entre 12 mois et 24 mois. ≤1% du suivi après un MMT positifs a lieu après 24 mois. Pour 2021-2023, environ 3 à 4% des MMT positifs n'ont aucun suivi connu. Les résultats pour 2023 et 2024 sont encore incomplets.

<u>Délai de suivi</u> (la première mise au point diagnostique) <u>après le mammotest positif parmi les cancers dépistés</u> : Un suivi est effectué pour plus de 80% des cancers dépistés endéans les 2 mois après le mammotest positif en 2021-2024 dont plus de 60% se déroulent dans le premier mois. Les résultats de 2023 et 2024 sont encore provisoires. Les recommandations européennes indiquent qu'une mise au point diagnostique doit avoir lieu endéans les 3 semaines pour au moins 90% des mammotests positifs, pour les femmes avec des symptômes et des signes suggérant fortement un cancer du sein.

5.3. Traitement

Tableau 9: Traitement chirurgical pour les cancers dépistés par stade et par tranches d'âge pour les cancers invasifs et in situ (2014-2023)

Cancers dépistés 2014-2023	≤ 12 mois				> 12 mois	Inconnu ou pas effectué
	Tumorectomie + ganglion sentinelle	Tumorectomie + curage ganglionnaire axillaire	Mastectomie + ganglion sentinelle	Mastectomie + curage ganglionnaire axillaire		
	%	%	%	%	%	%
Stade N=278						
In situ	57,1	9,5	21,4	7,1	0	4,8
I	82,0	5,8	7,9	4,3	0	0
II	56,8	20,3	13,5	8,1	1,4	0
III	9,1	27,3	4,5	59,1	0	0
IV	0	0	0	0	100	0
Invasifs N=262						
50-54	56,1	16,7	10,6	16,7	0	0
55-59	53,8	15,4	13,5	9,6	3,8	3,8
60-64	74,6	15,5	2,8	5,6	0	1,4
65-69	67,1	5,5	12,3	12,3	1,4	1,4
In situ N=35						
50-54	41,7	0	41,7	8,3	0	8,3
55-59	87,5	0	0	0	0	12,5
60-64	62,5	0	37,5	0	0	0
65-69	57,1	0	14,3	0	0	28,6

Les données AIM des années de prestation 2023 et 2024 sont incomplètes.

Conclusion :

Traitement chirurgical par stade parmi les cancers dépistés : 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 (66,6%) et au stade I (87,8%). Cela est conforme approximativement aux recommandations 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 [1, 2].

Pour 63,6% des cancers dépistés au stade III, une mastectomie est réalisée. Le nombre de cancers dépistés au stade IV pour qui un traitement chirurgical a eu lieu est très faible ; par conséquent, aucune conclusion ne peut être tirée pour ce stade.

Traitement chirurgical par tranches d'âge pour les cancers dépistés : Pour les cancers invasifs, la tumorectomie est le traitement chirurgical le plus pratiqué quelle que soit la tranche d'âge (entre 69,2% et 90,1%). Une mastectomie est effectuée plus souvent chez les plus jeunes femmes (27,3% pour 50-54 ans).

Pour les cancers in situ, ce sera également une tumorectomie qui sera réalisée le plus fréquemment avec des variations selon la tranche d'âge (41,7-87,5%). Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation car les nombres de cancers in situ par groupe d'âge sont petits.

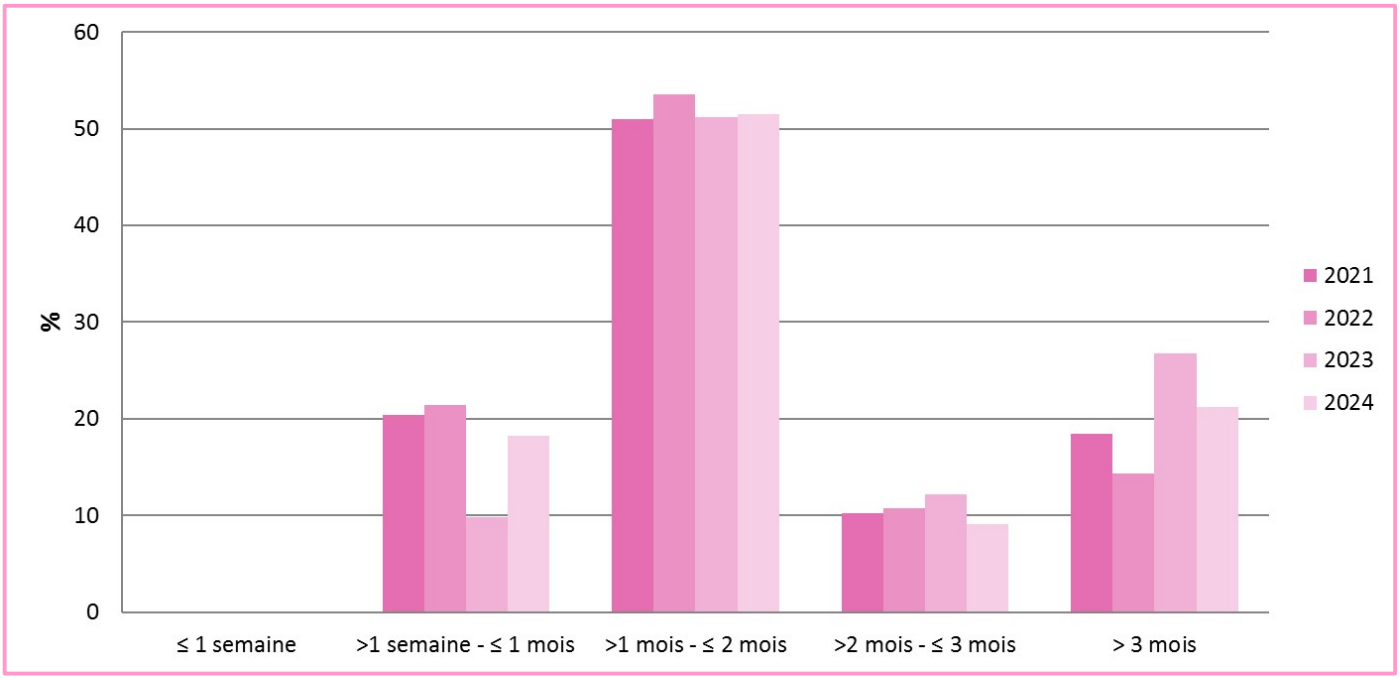
5.4. Proportion d'interventions chirurgicales effectuées pour les cancers dépistés en fonction du délai après le 1er examen de suivi

Tableau 10 : Délais entre le 1er examen de suivi et l'intervention chirurgicale pour les cancers dépistés

	2021	2022	2023*	2024*
% d'interventions chirurgicales	**%**	**%**	**%**	**%**
≤ 1 semaine	0	0	0	0
>1 semaine - ≤ 1 mois	20,4	21,4	9,8	18,2
>1 mois - ≤ 2 mois	51,0	53,6	51,2	51,5
>2 mois - ≤ 3 mois	10,2	10,7	12,2	9,1
> 3 mois	18,4	14,3	26,8	21,2
Nombre total	**49**	**28**	**41**	**33**

* Chiffres provisoires : les données AIM de suivi des années de prestation 2023 et 2024 ne sont pas encore complètes. Pour l'année de dépistage 2024, seuls les mammotests réalisés de janvier à septembre 2024 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

Figure 7 : Délais entre 1er examen de suivi et l'intervention chirurgicale pour les cancers dépistés



Les données AIM de suivi des années de prestation 2023 et 2024 ne sont pas encore complètes Pour l'année de dépistage 2024, seuls les mammotests réalisés de janvier à septembre 2024 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

Conclusion :

Les recommandations européennes préconisent que 90% des interventions chirurgicales doivent se dérouler dans 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 2021-2022, environ 20% des femmes avec un cancer dépisté subissent une intervention chirurgicale endéans les 4 semaines après le premier examen de suivi et environ 71-75% endéans les 8 semaines.

Ces résultats sont plus faibles que ceux attendus. Une cause possible peut être l'application d'un éventuel traitement néoadjuvant qui prolonge le délai avant l'intervention chirurgicale. Pour 2023 et 2024, les résultats sont provisoires (les données AIM ne sont pas encore complètes).

6. Conclusion

En 2023, 993 nouveaux cancers du sein invasifs et 137 nouveaux cancers du sein in situ ont été diagnostiquées à Bruxelles, dont respectivement 42% et 44% dans la tranche d'âge de 50 à 69 ans. **L'incidence des tumeurs invasives diminue** sur la période 2004-2023 (passant de 207,9 à 188,0/100.000), et diminue de manière plus prononcée dans le groupe des 50-69 ans (passant de 456,2 en 2004 à 330,2/100.000 en 2023). Concernant les tumeurs in situ, il n'y a pas de tendance significative de l'incidence. **La mortalité** liée aux cancers du sein invasifs **diminue significativement** entre 2004 et 2022 (passant de 45,7 à 30,6/100.000). Il y a une diminution de la mortalité de manière plus prononcée encore pour le groupe d'âge 50-69 ans, avec une forte diminution à partir de 2013 : passant de 64,4 en 2013 à 33,6/100.000 en 2022.

Population cible et taux de couverture

En 2024, la **population cible complète** au dépistage du cancer du sein à Bruxelles est de **125.484** femmes. De cette population, 2,7% des femmes ne sont pas éligibles pour raisons médicales et 4,4% ne sont pas invitées en raison d'une MMT en 2023. Pour **2024**, **le taux de couverture total** est de **46,0%**. Le taux de couverture **dans le programme** compte pour **9,0%**. En 2021-2024, le taux de couverture augmente légèrement à la fois dans le programme et hors programme.

Femmes n'ayant jamais été dépistées et surdépistage

Le pourcentage de femmes de la population cible éligible qui n'ont **jamais réalisé un dépistage du sein** (dans le programme ou en dehors du programme) est de **20,3%** en 2024. Ce pourcentage reste stable.

Surdépistage : Environ 9 à 12% des femmes réalisent un nouveau MMT ≤20 mois après avoir réalisé une mammographie bilatérale hors programme. Le pourcentage de femmes qui ont ≤ 20 mois entre leur MMT est très faible (≤0,9%).

Résultats du dépistage

- Le **taux de rappel** est élevé par rapport aux recommandations européennes en particulier pour le premier dépistage : le taux de rappel augmente en 2024 et est de 19,2%. Pour les dépistages suivants, le taux de rappel reste stable et se situe en 2024 juste au-dessus de la recommandation.
- **Le taux de détection** du dépistage du sein correspond aux recommandations européennes (à l'exception du premier dépistage en 2022).
  - cancers in situ fluctue entre 0,5 et 1,5‰ pour la période 2021-2024.
  - cancers invasifs entre 5,1 et 7,0‰ pour la période de 2021-2024.
- **Le taux de cancers d'intervalle** après un mammotest négatif reste stable en 2022. Sur 1.000 participantes, moins 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.
- Pour la période de dépistage 2020-2021, 86,9% (716/824) des cancers du sein dans la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non participantes (éventuel dépistage opportuniste). **Environ 62% des cancers du sein dépistés avec un stade connu sont détectés à un stade précoce** (in situ ou stade I). Environ 12,9% des cancers du sein – avec stade connu – diagnostiqués chez les femmes non participantes en 2020-2021 sont de stade III+ (avec 4,7% de stade IV). Pour les cancers dépistés et les cancers

d'intervalle – avec stade connu – le pourcentage III+ est de 8,3% et 20,8% respectivement, avec 1,2% et 12,5% stade IV.

- Pour les années de dépistage 2014-2023, le **pourcentage de cancers dépistés de stade II+** n'atteint pas la recommandation européenne pour le 1er dépistage, mais répond à la norme pour les dépistages suivants. Pour le premier dépistage, la norme européenne de **cancers dépistés invasifs de ≤10 mm** et de cancers dépistés avec un **statut ganglionnaire négatif** n'est pas atteinte. Si tous les cancers de stade « inconnus » étaient également de taille ≤10 mm, et présentaient également un statut ganglionnaire négatif, la norme européenne serait alors atteinte. Lors de dépistages suivants, la norme relative à ces 3 caractéristiques est toujours atteinte.

Suivi et traitement

- Un **suivi** endéans les 12 mois est effectué pour 92,0-95,9% des mammotests positifs, dont ≥45% dès le premier mois après le mammotest. Pour des cancers dépistés, plus de 60% ont un suivi (la première mise au point diagnostique) dans le premier mois après le mammotest positif, et plus de 80% se déroulent endéans les 2 mois après le mammotest. Les recommandations européennes indiquent qu'une mise au point diagnostique doit avoir lieu endéans les 3 semaines pour au moins 90% des mammotests positifs, pour femmes avec des symptômes et des signes suggérant fortement un cancer du sein.
- Pour les tumorectomies après un mammotest positif, le B/M ratio répond aux recommandations européennes acceptables. Les **tumorectomies** ne sont donc moins souvent réalisées pour des lésions bénignes.
- Les cancers dépistés moins avancés (in situ et de stade I) pour les années de dépistage 2014-2023 sont traités le plus fréquemment par tumorectomie : 66,6% des cancers in situ et 87,8% des cancers de stade I. Cela est conforme approximativement aux recommandations européennes (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).
- 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).

7. Bibliographie

1. 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
2. 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
3. European Commision, 2022. European Health Union: Commission welcomes adoption of new EU cancer screening recommendations. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7548
4. Belgian Cancer Registry, Brussels, 2026, https://kankerregister.org
5. Cancer Screening in the European Union: Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening (2017).

8. Annexes

1. Méthodologie calcul d'indicateurs d'évaluation dépistage du cancer du sein 2021-2024-Bruxelles