

# Evaluation du dépistage du cancer du sein en Wallonie, années de dépistage 2021-2024

## CALCUL D'INDICATEURS D'ÉVALUATION



# AVIQ



# CCRef

Centre de Coordination et de Référence  
pour le dépistage des cancers



## TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction.....	3
2.	Incidence et mortalité du cancer du sein .....	4
3.	Population cible, participation au dépistage, couverture et surdépistage .....	8
3.1	Population cible éligible .....	8
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 de 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 le stade au moment du diagnostic.....	14
4.4	Caractéristiques des cancers dépistés .....	16
5	Indicateurs d’évaluation concernant le suivi et le traitement .....	18
5.1	Taux de suivi après un mammothest positif.....	18
5.2	Délai entre un mammothest 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 1 <sup>er</sup> 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 en Wallonie**

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 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.

Le CCRef invite les femmes âgées de 50 à 69 ans ayant un numéro de Registre national belge et habitant en Wallonie tous les deux ans par une lettre personnelle. Cette lettre d'invitation fait office de prescription. Une femme peut également réaliser un mammothest 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. Le médecin est invité à renvoyer le talon-réponse au CCRef afin de l'informer de la prise en charge de la patiente. En l'absence de réception de ce talon-réponse, un courrier est adressé à la patiente 15 jours après le courrier envoyé au médecin pour lui demander de prendre contact avec son médecin.

Afin d'organiser le dépistage de manière plus efficiente, le CCRef 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 CCRef.

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

## 2. Incidence et mortalité du cancer du sein

En Wallonie, 3.748 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 (700 décès par cancer du sein en Wallonie en 2022). 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 médian au moment du diagnostic de 64 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 en Wallonie 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	3172 (191,1)	1572 (415,7)	694 (41,0)	244 (66,0)	316 (19,5)	178 (47,5)
2005	3050 (181,4)	1432 (374,4)	736 (42,5)	266 (69,5)	323 (19,6)	181 (47,2)
2006	3071 (182,1)	1479 (381,1)	704 (40,2)	231 (60,7)	364 (22,0)	213 (54,9)
2007	3094 (180,1)	1445 (363,3)	732 (40,9)	227 (57,5)	334 (19,8)	181 (45,0)
2008	3228 (185,8)	1535 (378,5)	779 (43,2)	255 (64,1)	382 (22,5)	214 (52,4)
2009	3152 (180,4)	1519 (367,3)	741 (41,0)	252 (62,4)	328 (19,0)	184 (43,9)
2010	3259 (184,5)	1638 (386,7)	691 (37,6)	239 (58,0)	369 (21,2)	208 (49,3)
2011	3505 (196,6)	1740 (404,6)	784 (41,9)	280 (65,7)	405 (23,2)	239 (55,4)
2012	3536 (196,1)	1737 (394,8)	755 (39,2)	244 (56,2)	403 (22,8)	245 (54,9)
2013	3552 (195,4)	1775 (393,8)	767 (40,0)	261 (58,1)	438 (24,4)	267 (59,2)
2014	3485 (191,4)	1744 (377,7)	702 (36,5)	231 (50,2)	427 (23,9)	248 (53,7)
2015	3364 (183,3)	1651 (351,1)	730 (36,7)	252 (53,6)	349 (19,2)	201 (42,8)
2016	3530 (191,0)	1737 (363,4)	745 (37,6)	226 (47,2)	370 (20,3)	227 (47,6)
2017	3465 (185,9)	1674 (349,3)	748 (36,9)	254 (52,9)	338 (18,3)	190 (39,8)
2018	3615 (191,7)	1717 (357,8)	716 (35,4)	240 (49,7)	355 (19,1)	206 (43,1)
2019	3555 (187,1)	1644 (342,1)	662 (31,9)	192 (39,8)	376 (20,2)	219 (45,6)
2020	3276 (171,7)	1523 (315,5)	674 (32,7)	228 (46,8)	321 (17,2)	175 (36,3)
2021	3512 (183,0)	1593 (329,2)	694 (33,6)	189 (38,8)	389 (20,7)	209 (43,3)
2022	3581 (185,2)	1619 (332,6)	700 (33,4)	200 (40,6)	377 (19,9)	186 (38,1)
2023	3748 (192,5)	1683 (343,7)	-	-	462 (24,3)	251 (51,4)

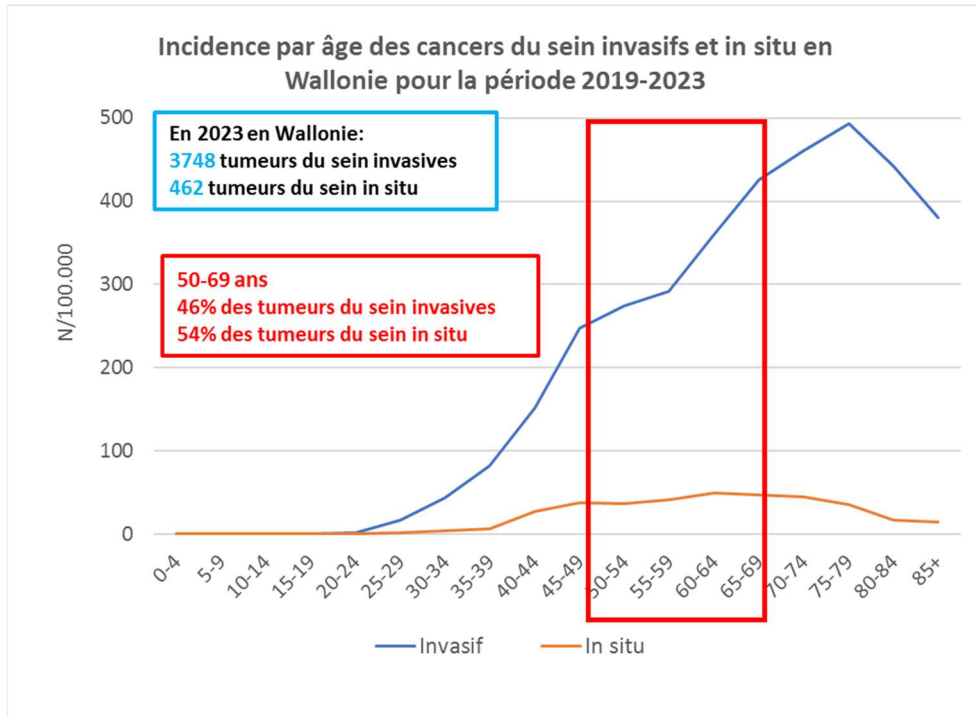
N : nombre

\*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)

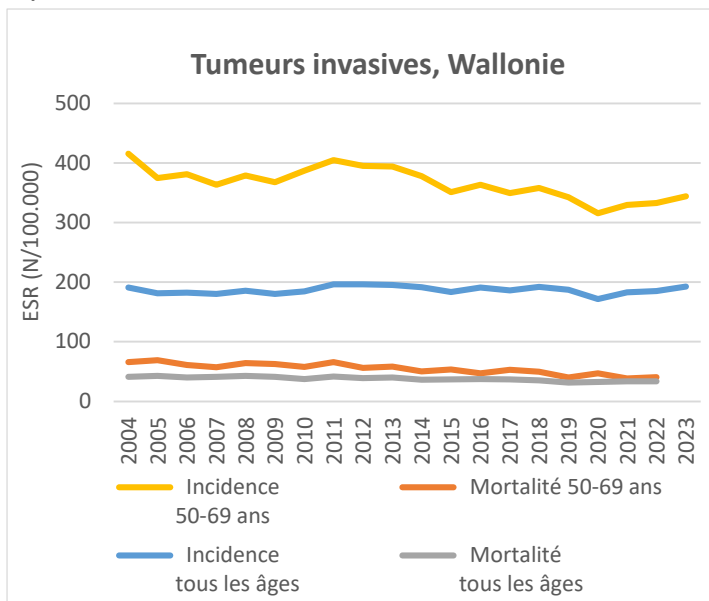
- données pas encore disponibles au moment des analyses de ce rapport

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

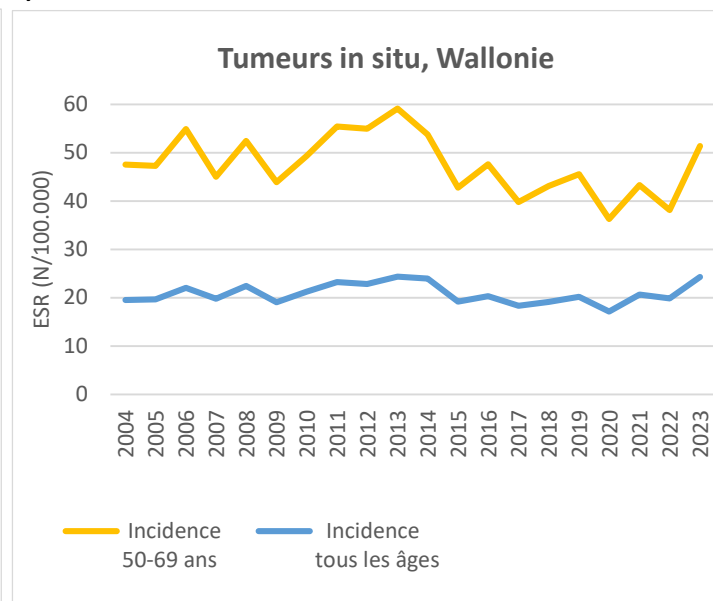


**Figures 2 : Évolution de l'incidence et de la mortalité à tous les âges et pour le groupe cible d'âge 50-69 ans, en Wallonie, 2004-2023**

**A) Cancers du sein invasifs**



**B) Cancers du sein in situ**



**Conclusion :**

La figure 1 montre l'incidence par âge en Wallonie, tant pour le cancer du sein invasif que in situ. En 2023 3.748 nouvelles tumeurs invasives et 462 nouvelles tumeurs in situ ont été diagnostiquées en Wallonie, dont respectivement 46% et 54% 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, l'incidence semble stable pour la période 2004-2023 pour tous les âges AAPC 2004-2023 = 0,0 (-0,3 ; 0,3) tandis que dans le groupe des 50-69 ans, elle diminue de manière significative AAPC 2004-2023 = -0,9\* (-1,3 ; -0,6) et de manière plus prononcée à partir de 2011. Il y a une diminution passant de 404,6 (en 2011) à 343,7/100.000 (en 2023). Entre 2014 et 2023 l'AAPC est -1,2\* (-2,2 ; -0,3).

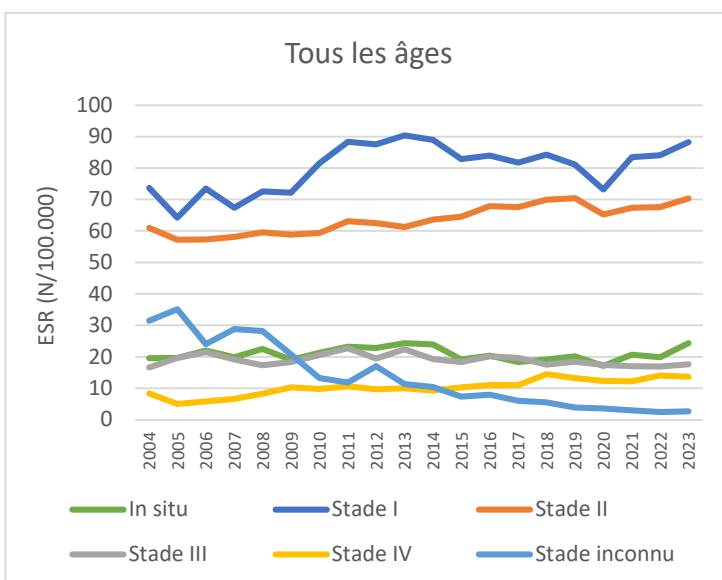
La mortalité liée aux cancers du sein invasifs diminue significativement entre 2004 et 2022, pour tous les âges AAPC 2004-2022 = -1,5\* (-2,0 ; -0,9) et de manière plus prononcée encore pour le groupe d'âge 50-69 ans AAPC 2004-2022 = -2,8\* (-3,6 ; -2,0).

Concernant les tumeurs in situ, nous observons au cours de la période 2004-2023 une diminution non significative de l'incidence pour la tranche d'âge 50-69 ans (AAPC 2004-2023 = -1,0 [-2,0 ; 0,0] et AAPC 2014-2023 = -1,1 [-4,3 ; 2,1]). Pour tous les âges, l'incidence reste stable pour la période 2004-2023 (AAPC 2004-2023 = -0,1 [-1,0 ; 0,7]). Pour la tranche d'âge 50-69 ans, de 2009 à 2013, il y a eu une augmentation de l'incidence qui précède une diminution. Cette tendance s'observe également pour les cancers de stade I (cf. figure 3B). Elle pourrait, entre autres, être associée à l'évolution du dépistage (opportuniste et organisé), notamment par l'amélioration des techniques d'imagerie (mammographie digitale), du contrôle des machines, de la qualité des clichés et de la double lecture. Pour tous les âges, il n'y a pas de tendance significative de l'incidence.

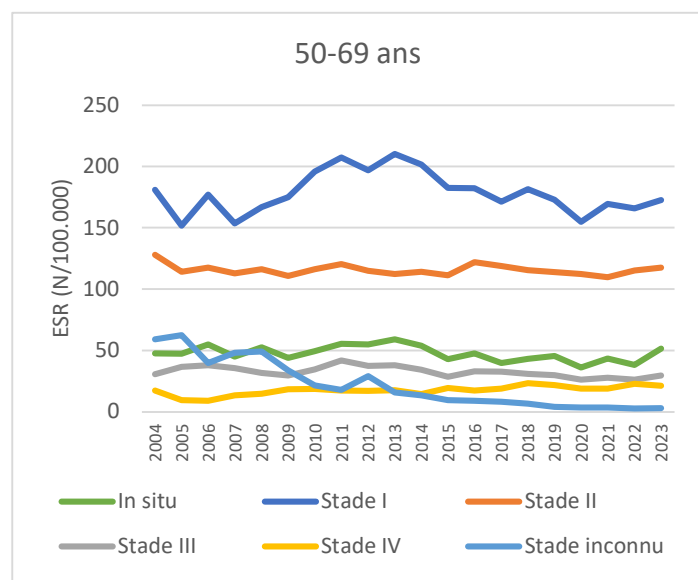
En 2020, à la suite de la pandémie du COVID, il y a eu une légère diminution de l'incidence des tumeurs invasives et in situ, suivie d'une augmentation en 2021.

**Figures 3 : 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 2004-2023**

**A) Tous les âges**



**B) 50-69 ans**



**Conclusion :**

Dans la période 2004-2023, la majorité des cancers sont des cancers de stade I (42% et 49%) ou II (34% et 32%) au moment du diagnostic pour tous les âges et pour l'âge 50-69 ans respectivement.

Pour tous les âges, les stades I AAPC = 1,0\* (0,3 ; 1,7), les stades II AAPC = 1,1\* (0,8 ; 1,3) et les stades IV AAPC = 4,3\* (3,0 ; 5,5) ont augmenté de manière significative dans la période 2004-2023 (Figure 3A). L'augmentation des stades I dans la période 2004-2023 est significative, mais avec une augmentation plus marquée entre 2004 et 2013. Pour les stades II, l'augmentation est plus marquée entre 2004 et 2018.

Pour l'âge 50-69 ans, les cancers de stades III ont diminué de manière significative dans la période 2004-2023 (AAPC 2004-2023 = -1,3\* [-2,2 ; -0,5]) (Figure 3B). La baisse est plus prononcée pour la tranche d'âge 50-69 ans que pour tous les âges confondus (AAPC 2004-2023 = -0,5 [-1,3 ; 0,2] pour tous les âges). Les stades IV augmentent (AAPC 2004-2023 = 3,1\* [1,7 ; 4,6]), mais moins que pour tous les âges confondus. Nous retrouvons pour les stades I une augmentation avant 2011 puis une diminution de l'incidence de 2011 à 2023 mais pas de manière significative.

En général, le % de cancers de stade inconnu diminue durant la période AAPC 2004-2023 = -13,6\* (-14,7 ; -12,4) pour tous les âges.

Pour plus de renseignements épidémiologiques, reportez-vous à notre site internet : [https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data\\_app/](https://belgian-cancer-registry.shinyapps.io/data_app/)

### 3. Population cible, 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 certains critères.

**La population cible complète** 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 cours de l'année 20XX sur base de la date de naissance et du lieu de résidence en Wallonie au 01/01/20XX. Un filtre d'assurabilité est ajouté et est nécessaire à la prise en charge du mammothest (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 ; à l'exception des LCIS [D05.0]) 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 des critères suivants :

- Mammothest (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)

#### 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 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 (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  $\leq 20$  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	%
<b>Population cible complète BCSS **</b>	<b>495.836</b>	<b>100</b>	<b>497.361</b>	<b>100</b>	<b>497.684</b>	<b>100</b>	<b>497.129</b>	<b>100</b>
<b>Femmes non-éligibles pour raisons médicales</b>	<b>15.034</b>	<b>3,0</b>	<b>14.700</b>	<b>3,0</b>	<b>14.762</b>	<b>3,0</b>	<b>14.845</b>	<b>3,0</b>
Définitivement (mastectomies bilatérales)	924	6,1	1.004	6,8	1.083	7,3	1.145	7,7
Provisoirement (cancers du sein = 10 ans)	14.110	93,9	13.696	93,2	13.679	92,6	13.700	89,6
<b>Population cible éligible</b>	<b>480.802</b>		<b>482.661</b>		<b>482.922</b>		<b>482.284</b>	
50-54 ans	123.094		123.957		123.976		123.009	
55-59 ans	126.078		125.142		123.332		121.390	
60-64 ans	122.102		122.606		123.068		123.416	
65-69 ans	109.528		110.956		112.546		114.469	
<b>Femmes non-invitées en 20XX en raison de</b>	<b>79.799</b>	<b>16,6</b>	<b>97.021</b>	<b>20,1</b>	<b>92.862</b>	<b>19,2</b>	<b>98.867</b>	<b>20,5</b>
MMT en 20XX-1	7.470	1,6	10.173	2,1	8.737	1,8	10.088	2,1
Mammographie bilatérale hors programme en 20XX-1	72.329	15,0	86.848	18,0	84.125	17,4	88.779	18,4
Population cible éligible - femmes non-invitées	401.003		385.640		390.060		383.417	
<b>Taux de couverture totale</b>	<b>216.007</b>	<b>44,9</b>	<b>229.805</b>	<b>47,6</b>	<b>233.672</b>	<b>48,4</b>	<b>242.405</b>	<b>50,3</b>
50-54 ans	58.955	47,9	62.343	50,3	62.987	50,8	64.990	52,8
55-59 ans	57.373	45,5	60.833	48,6	60.858	49,3	62.248	51,3
60-64 ans	54.003	44,2	57.293	46,7	58.634	47,6	60.898	49,3
65-69 ans	45.676	41,7	49.336	44,5	51.193	45,5	54.269	47,4
<b>Taux de couverture dans le programme</b>	<b>18.279</b>	<b>3,8</b>	<b>19.486</b>	<b>4,0</b>	<b>19.417</b>	<b>4,0</b>	<b>21.187</b>	<b>4,4</b>
50-54 ans	3.487	2,8	3.792	3,1	3.976	3,2	4.585	3,7
55-59 ans	4.754	3,8	4.976	4,0	4.835	3,9	5.217	4,3
60-64 ans	4.958	4,1	5.213	4,3	5.187	4,2	5.657	4,6
65-69 ans	5.080	4,6	5.505	5,0	5.419	4,8	5.728	5,0
<b>Taux de couverture hors programme</b>	<b>197.728</b>	<b>41,1</b>	<b>210.319</b>	<b>43,6</b>	<b>214.255</b>	<b>44,4</b>	<b>221.218</b>	<b>45,9</b>
50-54 ans	55.468	45,1	58.551	47,2	59.011	47,6	60.405	49,1
55-59 ans	52.619	41,7	55.857	44,6	56.023	45,4	57.031	47,0
60-64 ans	49.045	40,2	52.080	42,5	53.447	43,4	55.241	44,8

65-69 ans	40.596	37,1	43.831	39,5	45.774	40,7	48.541	42,4
<b>Femmes n'ayant jamais été dépistées</b>	<b>84.461</b>	<b>17,6</b>	<b>83.948</b>	<b>17,4</b>	<b>82.235</b>	<b>17</b>	<b>79.954</b>	<b>16,6</b>
50-54 ans	27.764	22,6	27.854	22,5	27.330	22,0	26.227	21,3
55-59 ans	21.835	17,3	21.564	17,2	20.980	17,0	20.371	16,8
60-64 ans	18.620	15,2	18.445	15,0	18.100	14,7	17.705	14,3
65-69 ans	16.242	14,8	16.085	14,5	15.825	14,1	15.651	13,7
<b>Surdépistage chez les participantes</b>								
Un nouveau MMT ≤ 20 mois après une <b>mammographie diagnostique bilatérale</b> hors programme	696	6,4	800	8,6	894	8,4	903	8,1
Un nouveau MMT ≤ 20 mois après le <b>MMT</b> précédant	144	1,3	25	0,3	101	0,9	44	0,4

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

\*\* A partir de ce rapport, les années de naissance considérées ont été adaptées. Cela a pour conséquence une augmentation de cette population et un éventuel impact sur le résultat de certains indicateurs, en comparaison avec les rapports précédents.

### Conclusion :

La **population-cible complète** du dépistage du cancer du sein est composée de **497.129** femmes âgées de 50-69 ans en 2024, résidant en Wallonie 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 **482.284** femmes éligibles parmi lesquelles **98.867** (20,5%) ne sont pas invitées car elles ont réalisé un MMT (N=10.088) et/ou une mammographie bilatérale diagnostique (N=88.779) l'année précédente. Il restait 383.417 femmes de la population éligible pour le dépistage de l'année 2024, c'est-à-dire 77% de la population-cible complète.

Le **taux de couverture dans le programme** varie entre 3,8 et **4,4% entre 2021 et 2024**.

Le **taux de couverture hors programme** est plus de 40% et a augmenté de 41,1% en 2021 à **45,9% en 2024**.

Le **taux de couverture totale** est de **44,9% en 2021** et a augmenté jusque **50,3% en 2024**.

Le taux de couverture dans le programme augmente avec l'âge, avec une moins bonne couverture pour les femmes jeunes de 50 à 54 ans. A l'inverse, le taux de couverture hors programme diminue avec l'âge, avec une couverture inférieure du 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 **16,6%**, soit 79.954 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.

Environ 6 à 9% des femmes **réalisent un nouveau MMT ≤20 mois** après avoir réalisé une mammographie bilatérale hors programme. Le pourcentage de femmes qui ont fait un MMT ≤ 20 mois après le MMT précédent va de 0,3 à 1,3% sur la période 2021-2024. 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

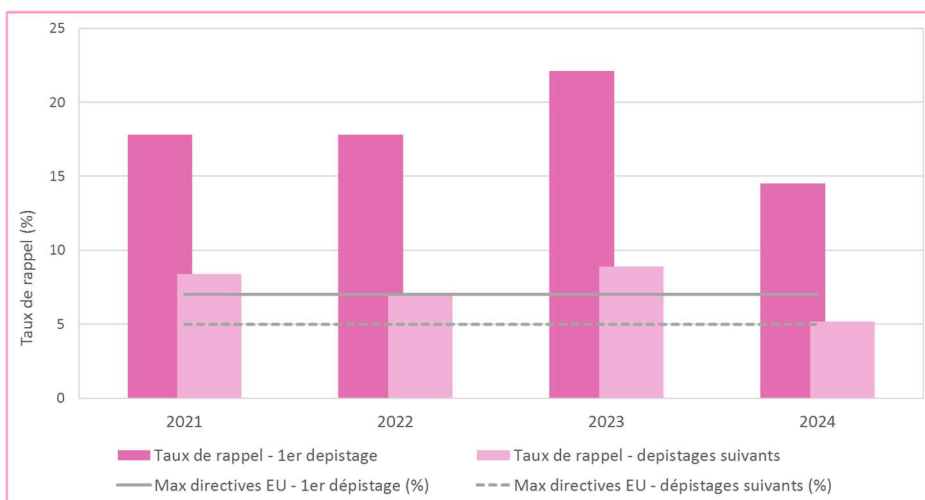
**Tableau 3 : Taux de rappel, stratifié par premier dépistage et dépistages suivants**

	2021	2022	2023	2024
<b>1<sup>er</sup> dépistage</b>				
Nombre de mammothests	4.239	3.624	4.172	5.228
Nombre de mammothests positifs (Taux de rappel) ; N (%) <i>Recommandation UE : &lt;7% (&lt;5% souhaitable)</i>	753 (17,8)	644 (17,8)	922 (22,1)	757 (14,5)
50-54 ans	352 (18,6)	325 (19,2)	449 (22,8)	303 (13,4)
55-59 ans	205 (18,3)	125 (14,9)	218 (22,1)	188 (14,4)
60-64 ans	115 (16,0)	115 (19,8)	148 (21,4)	146 (15,7)
65-69 ans	81 (15,8)	79 (15,5)	107 (20,3)	120 (16,4)
<b>Dépistages suivants</b>				
Nombre de mammothests	6.570	5.689	6.508	5.871
Nombre de mammothests positifs (Taux de rappel) ; N (%) <i>Recommandation UE : &lt;5% (&lt;3% souhaitable)</i>	550 (8,4)	405 (7,1)	578 (8,9)	305 (5,2)
50-54 ans	40 (9,9)	24 (7,9)	37 (9,0)	22 (5,0)
55-59 ans	149 (8,8)	111 (7,7)	136 (8,1)	61 (4,7)
60-64 ans	180 (8,5)	120 (6,5)	179 (8,4)	102 (5,2)
65-69 ans	181 (7,7)	150 (7,1)	226 (9,9)	120 (5,6)

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

Les chiffres jaunes sont les recommandations européennes. Si la valeur d'un indicateur particulier ne répond pas 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. En 2024, le taux de rappel est plus bas que les années précédentes, 14,5% pour les premiers dépistages et 5,2% pour les dépistages suivants. Cela doit être suivi mais il s'agit déjà d'une évolution positive et pour les dépistages suivants, la norme européenne est presque atteinte. Une formation est offerte régulièrement pour aider les radiologues à améliorer leur taux de rappel. 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 entraînant un éventuel biais de sélection parmi les femmes participantes au dépistage.

Il n'y a pas de différence claire entre les catégories d'âge.

#### 4.2 Taux de détection du cancer du sein, taux de 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 mammothest positif.

Un cancer d'intervalle est défini comme un cancer du sein diagnostiqué après un mammothest négatif ou un mammothest positif avec un examen de suivi négatif, avant que le prochain mammothest 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*,**
<b>Taux de détection global (N/1000)</b>	<b>6,5</b>	<b>6,4</b>	<b>8,0</b>	<b>5,1</b>
Premier dépistage – WSR (N/1000) Recommandation UE : >3xBR (>6,9/1000)	7,0	9,2	10,8	7,4
Premier dépistage (N/1000)	6,6	8,3	10,1	5,5
Dépistages suivants – WSR (N/1000) Recommandation UE : >3xBR (>3,5/1000)	5,2	4,0	5,2	<b>3,2</b>
Dépistages suivants (N/1000)	6,4	5,3	6,6	4,8
<b>Taux de détection des cancers invasifs (N/1000)</b>	<b>5,7</b>	<b>5,6</b>	<b>6,4</b>	<b>4,4</b>
<b>Taux de détection des cancers in situ (N/1000)</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>	<b>1,6</b>	<b>0,7</b>
	<b>2021</b>	<b>2022*</b>	<b>2023*</b>	
<b>Taux de cancers d'intervalle [N (N/1000)]</b>	<b>20 (1,9)</b>	<b>24 (2,6)</b>	<b>24 (2,2)</b>	
Après mammothest négatif [N (N/1000)]	15 (1,4)	16 (1,7)	13 (1,2)	
Après mammothest positif et un examen de suivi négatif [N (N/1000)]	5 (0,5)	8 (0,9)	11 (1,0)	
	<b>2021</b>	<b>2022*</b>	<b>2023*</b>	<b>2024*,**</b>
<b>VPP globale (%)</b>	<b>5,4</b>	<b>5,7</b>	<b>5,7</b>	<b>5,4</b>
Premier dépistage (%)	3,7	4,7	4,6	3,8

Dépistages suivants (%)	7,6	7,4	7,4	9,2
	<b>2021</b>	<b>2022*</b>	<b>2023*</b>	
<b>Sensibilité globale (%)</b>	77,8	71,4	78,0	
Premier dépistage (%)	70,0	76,9	82,4	
Dépistages suivants (%)	84,0	66,7	74,1	
Cancers in situ (%)	100	88,9	100	
Cancers invasifs (%)	75,6	69,3	73,9	
<b>Spécificité globale (%)</b>	<b>88,5</b>	<b>89,4</b>	<b>86,7</b>	
Premier dépistage (%)	82,8	83,0	78,8	
Dépistages suivants (%)	92,2	93,4	91,8	

\*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 cancers 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 2<sup>ème</sup> année après la mammographie de dépistage, le taux de cancers d'intervalle n'est calculé que jusqu'à l'année de dépistage 2023. La base de données AIM est encore incomplète pour 2023 et 2024.

\*\*Participant 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 des dépistages suivants de 2024).

On observe un taux de détection plus élevé pour les cancers invasifs que pour 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** a légèrement augmenté en 2022 après une diminution en 2021, aussi bien après un MMT négatif, qu'après un MMT positif avec un examen de suivi négatif. Sur 1.000 participantes, 2 femmes se verront diagnostiquer un cancer du sein après un résultat de dépistage négatif en 2022 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 de moins de 1 femme sur 1.000 en 2022.

**La valeur prédictive positive (VPP)** reste très faible. 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, entraînant un taux de rappel plus faible. Cependant, 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]. Cette faible VPP peut être liée au taux de rappel élevé.

**La sensibilité globale** du mammothest fluctue d'une année à l'autre mais reste supérieure à 70%. Ce qui signifie qu'environ 1/4 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). En 2022, la sensibilité pour les dépistages suivants a diminué.

**La spécificité** globale du mammothest est de 87-89% 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 le 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=3 121).**



#### Conclusion :

Pour la période de dépistage 2020-2021, 94,6% (2.952/3.121) des cancers du sein dans la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non participantes (N total=3.121). Ceci peut s'expliquer par un faible taux de participation au programme de dépistage. Les cancers dépistés et les cancers d'intervalle représentent respectivement 3,9% et 1,5% des cancers diagnostiqués dans la population cible (N = 123 et N = 46 respectivement).

Les cancers du sein dépistés sont plus fréquemment diagnostiqués à un stade précoce, en comparaison avec les cancers d'intervalle et les cancers parmi les non participantes. Environ 63,5% des cancers du sein dépistés,

avec stade connu, sont des cancers in situ ou de stade I au moment du diagnostic. 47,5% 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 14,8% de stade III+ (6,4% stade IV). Pour les cancers dépistés et d'intervalle, avec stade connu, le pourcentage de stade III+ est de 4,1% et 15,2% respectivement, avec 0% et 2,2% 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.

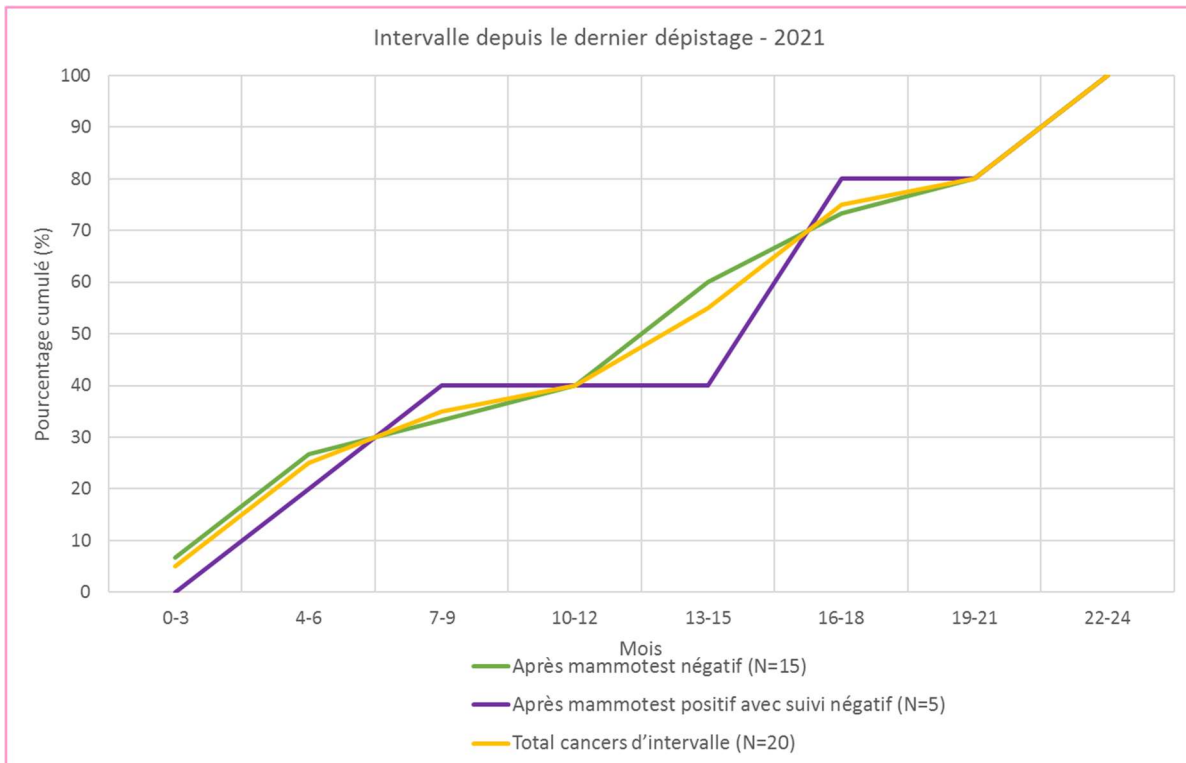
Pour augmenter l'impact du dépistage sur la morbidité et la mortalité liées à la maladie, une augmentation de la participation au programme de dépistage est recommandée.

**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 mammothest négatif			Après mammothest positif avec suivi négatif			Total cancers d'intervalle		
	N	%	Cum%	N	%	Cum%	N	%	Cum%
<b>Intervalle (mois)</b>	<b>2021</b>								
0-3	1	6,7	6,7	0	0	0	1	5,0	5,0
4-6	3	20,0	26,7	1	20,0	20,0	4	20,0	25,0
7-9	1	6,7	33,3	1	20,0	40,0	2	10,0	35,0
10-12	1	6,7	40,0	0	0	40,0	1	5,0	40,0
13-15	3	20,0	60,0	0	0	40,0	3	15,0	55,0
16-18	2	13,3	73,3	2	40,0	80,0	4	20,0	75,0
19-21	1	6,7	80,0	0	0	80,0	1	5,0	80,0
22-24	3	20,0	100	1	20,0	100	4	20,0	100
<b>Total 0-24</b>	<b>15</b>			<b>5</b>			<b>20</b>		
	<b>2022*</b>								
0-3	3	18,8	18,8	0	0	0	3	12,5	12,5
4-6	1	6,3	25,0	0	0	0	1	4,2	16,7
7-9	2	12,5	37,5	2	25,0	25,0	4	16,7	33,3
10-12	2	12,5	50,0	1	12,5	37,5	3	12,5	45,8
13-15	1	6,3	56,3	4	50,0	87,5	5	20,8	66,7
16-18	1	6,3	62,5	1	12,5	100	2	8,3	75,0
19-21	3	18,8	81,3	0	0	100	3	12,5	87,5
22-24	3	18,8	100	0	0	100	3	12,5	100,0
<b>Total 0-24</b>	<b>16</b>			<b>8</b>			<b>24</b>		
	<b>2023*</b>								
0-3	1	7,7	7,7	0	0	0	1	4,2	4,2
4-6	2	15,4	23,1	2	18,2	18,2	4	16,7	20,8
7-9	2	15,4	38,5	2	18,2	36,4	4	16,7	37,5
10-12	2	15,4	53,8	2	18,2	54,5	4	16,7	54,2
13-15	2	15,4	69,2	3	27,3	81,8	5	20,8	75,0
16-18	2	15,4	84,6	1	9,1	90,9	3	12,5	87,5
19-21	1	7,7	92,3	1	9,1	100	2	8,3	95,8
22-24	1	7,7	100	0	0	100	1	4,2	100,0
<b>Total 0-24</b>	<b>13</b>			<b>11</b>			<b>24</b>		

\*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 donnés et donc des résultats provisoires pour l'année de dépistage 2022 et 2023.

**Figure 6 : Répartition cumulative des cancers d'intervalle – année de dépistage 2021**



### Conclusion :

Il y a une forte augmentation du nombre et de la proportion de cancers d'intervalle endéans les 4-à 6 mois après le mammotest, puis la courbe augmente plus progressivement. Le nombre de cancers d'intervalle après un MMT positif et un examen de suivi négatif est plus faible mais la proportion augmente également endéans les 7 à 9 mois, avec une forte augmentation entre 15 mois et 18 mois pour rejoindre le pourcentage cumulé de cancers d'intervalle après MMT négatif après 19-21 mois. Plus de 50% des cancers d'intervalle sont diagnostiqués après 12 mois.

Les nombres étant fort petits, il faut interpréter ces résultats avec prudence.

#### 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 1<sup>er</sup> 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  $\leq 10$ mm. Selon les recommandations européennes, il est souhaitable que  $\geq 25\%$  des cancers dépistés lors du 1<sup>er</sup> dépistage soient  $\leq 10$ 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 recommandations européennes indiquent que dans  $>70\%$  des cancers invasifs détectés lors du 1<sup>er</sup> 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 6 : Caractéristiques des cancers dépistés**

Caractéristiques des cancers dépistés: 2014-2023*		
	Total cancers dépistés ** N	N (%)
<b>Stade II+</b>		
Premier dépistage Recommandation UE : $< 30\%$	379	126 (33,2)
Dépistages suivants Recommandation UE : $\geq 25\%$	441	124 (28,1)
<b>% <math>\leq 10</math>mm</b>		
Premier dépistage Recommandation UE : $\geq 25\%$	356	Oui: 98 (27,5) Inconnu: 38 (10,7)
Dépistages suivants Recommandation UE : $\geq 25\%$ , $\geq 30\%$ est souhaitable	393	Oui: 124 (31,6) Inconnu: 34 (8,7)
<b>% ganglions lymphatiques négatifs</b>		
Premier dépistage Recommandation UE : $> 70\%$	356	Oui: 254 (71,3) Inconnu: 16 (4,5)
Dépistages suivants Recommandation UE : $\geq 75\%$	393	Oui : 285 (72,5) Inconnu : 21 (5,3)

\* 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) ; %  $\leq 10$ mm 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, à la fois pour le 1<sup>er</sup> dépistage et les dépistages suivants. Le pourcentage de cancers dépistés invasifs de  $\leq 10$  mm est d'au moins 27,5% et 31,6% pour le 1<sup>er</sup> dépistage et le dépistage suivant respectivement et répond ainsi aux recommandations européennes [1, 2]. Le pourcentage de cancers dépistés avec un statut ganglionnaire négatif est de 71,3% pour le 1<sup>er</sup> dépistage et de 72,5% pour les dépistages suivants. Cela a augmenté légèrement mais reste encore inférieur à la recommandation pour les dépistages suivants. Si tous les cas « inconnus » avaient également un statut ganglionnaire négatif, ce pourcentage augmenterait jusqu'à 75,8% pour le 1<sup>er</sup> dépistage et 77,9% pour les dépistages suivants. La norme européenne serait alors atteinte.

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

### 5.1 Taux de suivi après un mammothest positif

**Tableau 7 : Indicateurs de suivi après un mammothest positif**

	2021		2022		2023*		2024*,**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Nombre de femmes avec un mammothest positif</b>	<b>1.303</b>		<b>1.049</b>		<b>1.500</b>		<b>1.062</b>	
<b>Nombre de femmes avec un suivi connu endéans 1 mois</b>	<b>697</b>	<b>53,5</b>	<b>508</b>	<b>48,4</b>	<b>762</b>	<b>50,8</b>	<b>399</b>	<b>51,0</b>
<b>Nombre de femmes avec un suivi connu endéans les 12 mois</b>	<b>1.234</b>	<b>94,7</b>	<b>977</b>	<b>93,1</b>	<b>1.404</b>	<b>93,6</b>	<b>709</b>	<b>90,5</b>
<b>Parmi ces femmes, N et % de types de suivi</b>								
<b>Imageries</b>								
Mammographie diagnostique	835	67,7	672	68,8	967	68,9	537	75,7
Echographie	1169	94,7	917	93,9	1339	95,4	669	94,4
Mammographie diagnostique + échographie	785	63,6	623	63,8	917	65,3	499	70,4
IRM	101	8,2	96	9,8	119	8,5	73	10,3
<b>Prélèvement</b>	<b>231</b>	<b>18,7</b>	<b>181</b>	<b>18,5</b>	<b>244</b>	<b>17,4</b>	<b>135</b>	<b>19,0</b>
Biopsies (fermées)	154	12,5	115	11,8	159	11,3	91	12,8
<b>Chirurgie</b>	<b>71</b>	<b>5,8</b>	<b>63</b>	<b>6,4</b>	<b>88</b>	<b>6,3</b>	<b>44</b>	<b>6,2</b>
Tumorectomie	57	4,6	50	5,1	78	5,6	34	4,8
Mastectomie	17	1,4	18	1,8	13	0,9	11	1,6
<b>Aucun suivi connu endéans les 12 mois</b>	<b>69</b>	<b>5,3</b>	<b>72</b>	<b>6,9</b>	<b>96</b>	<b>6,4</b>	<b>74</b>	<b>9,5</b>
<b>Biopsies et tumorectomies endéans les 24 mois</b>								
<b>Lésions parmi biopsie fermée</b>	<b>176</b>		<b>126</b>		<b>179</b>		<b>96</b>	
Lésions bénignes	103	58,5	70	55,6	97	54,2	54	56,2
Lésions malignes	73	41,5	56	44,4	82	45,8	42	43,8
<b>Lésions parmi biopsie ouverte (tumorectomie)</b>	<b>68</b>		<b>55</b>		<b>76</b>		<b>31</b>	
Lésions bénignes (B)	14	20,6	9	16,4	8	10,5	3	9,7
Lésions malignes (M)	54	79,4	46	83,6	68	89,5	28	90,3
Ratio B/M		0,26		0,2		0,12		0,11
<b>Recommandation UE: ≤1:2 (souhaitable : ≤1:4)</b>								

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

\*\*Participant 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 presque 95% des mammothests positifs dont environ 50% dès le premier mois après le mammothest (2021-2023). 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 ayant 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 mammographie avec échographie ou seulement une échographie. Un prélèvement est effectué pour presque 20% des mammotests positifs avec un suivi connu endéans les 12 mois. La proportion de chirurgie mammaire (tumorectomie ou mastectomie) après un mammotest positif avec un suivi connu est d'environ 6% pour 2020-2024. Pour rappel, les données de suivi des années de dépistage 2023 et 2024 ne sont pas encore complètes.

**Fréquence des biopsies (fermées):** Le pourcentage de biopsies endéans les 12 mois après un mammotest positif (avec un examen de suivi connu) est d'environ 11-13%.

**Probabilité de retrouver une lésion maligne parmi les biopsies et les tumorectomies :** Lors d'une biopsie fermée réalisée endéans les 24 mois après un mammotest positif en 2021 et 2022, un cancer a été diagnostiqué dans 41,5% et 44,4% des cas, respectivement. Les chiffres de 2023 et 2024 restent encore provisoires. Lors d'une tumorectomie endéans les 24 mois, la probabilité de retrouver une lésion maligne était de 79,4% et 83,6% respectivement pour 2021 et 2022.

**Ratio B/M parmi les biopsies ouvertes :** Le ratio B/M pour les tumorectomies endéans les 24 mois après un mammotest positif répond aux recommandations européennes. 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*,**	
		N = 1.303		N = 1.049		N = 1.500		N = 1.062	
	Mois	N	Cum%	N	Cum%	N	Cum%	N	Cum%
Taux de suivi après un mammotest positif	0-3	1211	96,4	952	96,2	1375	97,3	691	97,5
	4-6	15	97,6	18	98,0	21	98,8	12	99,2
	7-9	3	97,9	6	98,6	3	99,0	4	99,7
	10-12	7	98,4	3	98,9	6	99,4	2	100
	13-15	3	98,6	3	99,1	4	99,7	0	100
	16-18	2	98,8	2	99,3	2	99,9	0	100
	19-21	6	99,3	3	99,6	2	100	0	100
	22-24	2	99,4	1	99,7	0	100	0	100
	>24	7	100	3	100	0	100	0	100
Pas de suivi connu		47	3,6	59	5,6	87	5,8	74	9,5
Taux de suivi après le mammotest positif	Semaine - Mois	N=70	%	N = 60	%	N = 84	%	N = 46	%
	≤ 1 semaine	6	8,6	0	0	6	7,1	2	4,3

<b>parmi les cancers dépistés</b>	>1 semaine - ≤ 1 mois	42	<b>60,0</b>	37	<b>61,7</b>	39	<b>46,4</b>	31	<b>67,4</b>
	>1 mois - ≤ 2 mois	18	<b>25,7</b>	14	<b>23,3</b>	26	<b>31,0</b>	13	<b>28,3</b>
	>2 mois - ≤ 3 mois	3	<b>4,3</b>	7	<b>11,7</b>	7	<b>8,3</b>	0	<b>0</b>
	> 3 mois	1	<b>1,4</b>	2	<b>3,3</b>	6	<b>7,1</b>	0	<b>0</b>

\*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 :

### Délai de suivi après un mammothest positif

Le taux de suivi après un MMT positif est élevé. Le pourcentage de femmes qui ont un suivi dans les 3 mois est de plus de 96% et dans les 12 mois d'environ 98-99%. ≤1% de tous les MMT positifs ont un suivi après 24 mois. Environ 5% des MMT positifs n'ont aucun suivi connu. Les résultats pour 2023 et 2024 sont encore incomplets.

### Délai de suivi (la première mise au point diagnostique) après le mammothest positif parmi les cancers dépistés

: Un suivi après le mammothest positif est effectué endéans les 2 mois pour ≥85% des cancers dépistés en 2021-2024 dont plus de 60% ou plus se déroulent dans le premier mois après le mammothest positif (2021 et 2022). Les recommandations européennes indiquent qu'une mise au point diagnostique doit avoir lieu endéans les 3 semaines pour au moins 90% des mammothests positifs, pour 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 2014-2022	≤ 12 mois								> 12 mois		Inconnu ou pas effectué		Total
	Tumorectomie + ganglion sentinelle		Tumorectomie + curage ganglionnaire axillaire		Mastectomie + ganglion sentinelle		Mastectomie + curage ganglionnaire axillaire						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Stade</b>	341		80		61		67		0		16		565
In situ	52	66,7	4	5,1	16	20,5	2	2,6	0	0	4	5,1	78
I	232	77,6	27	9,0	20	6,7	13	4,3	0	0	7	2,3	299
II	53	33,5	38	24,1	24	15,2	39	24,7	0	0	4	2,5	158
III	3	10,3	11	37,9	1	3,4	13	44,8	0	0	1	3,4	29
IV	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Invasifs</b>	309		83		46		70		4		19		531
50-54	59	53,6	18	16,4	15	13,6	16	14,5	0	0	2	1,8	110
55-59	64	57,7	22	19,8	10	9,0	7	6,3	1	0,9	7	6,3	111
60-64	75	54,7	23	16,8	13	9,5	22	16,1	1	0,7	3	2,2	137
65-69	111	64,2	20	11,6	8	4,6	25	14,5	2	1,2	7	4,0	173
<b>In situ</b>	51		0		17		1		0		3		72
50-54	11	68,8	0	0	5	31,2	0	0	0	0	0	0	16

55-59	12	80,0	0	0	3	20,0	0	0	0	0	0	0	15
60-64	12	66,7	0	0	4	22,2	0	0	0	0	2	11,1	18
65-69	16	69,6	0	0	5	21,7	1	4,3	0	0	1	4,3	23

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 le traitement le plus fréquent pour les cancers dépistés in situ (71,8,4%) et au stade I (86,6%). 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].

A partir des cancers de stade II, le nombre de curages ganglionnaires axillaires augmente et se produit dans la majorité des cas. Pour respectivement 39,9% et 48,2% 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.

**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 70,0% et 77,5%). La proportion de femmes traitées par tumorectomie est plus élevée à partir de 55 ans. Une mastectomie est effectuée plus souvent chez les plus jeunes femmes (28,1% pour 50-54 ans).

Pour les cancers in situ, ce sera une tumorectomie qui sera réalisée le plus fréquemment avec des variations selon la tranche d'âge (66,7-80,0%). Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation car les nombres de cancers in situ par groupe d'âge sont petits.

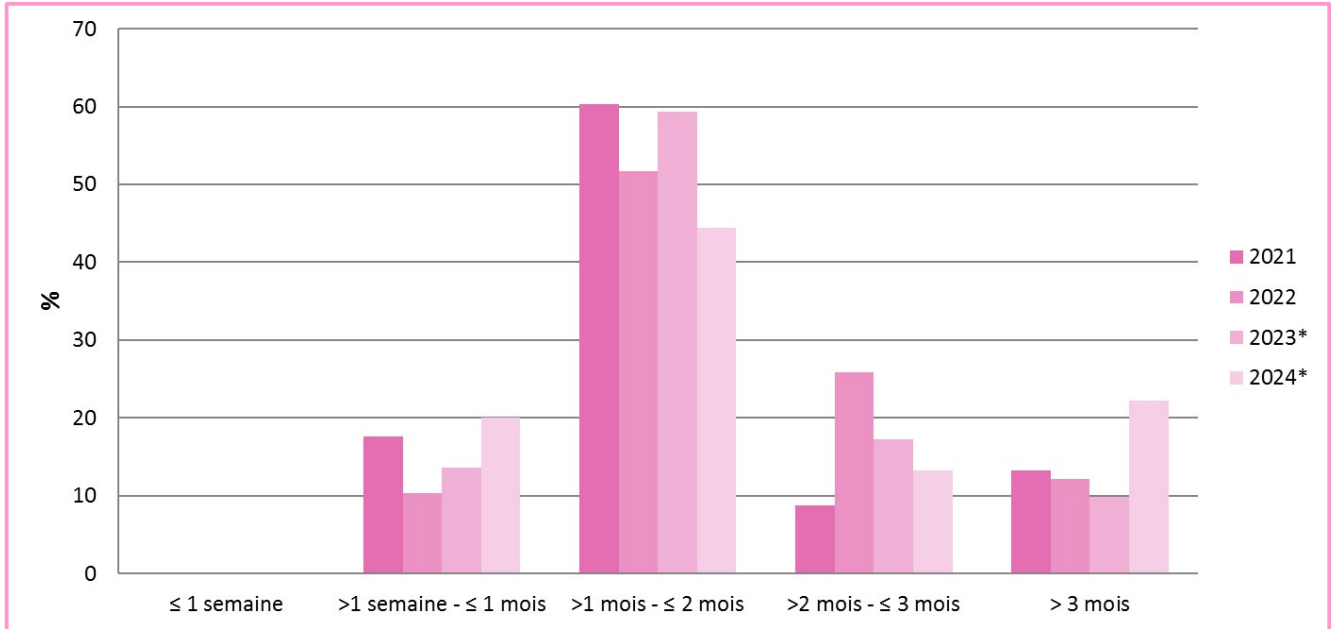
## 5.4 Proportion d'interventions chirurgicales effectuées pour les cancers dépistés en fonction du délai après le 1<sup>er</sup> examen de suivi

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

	2021	2022	2023*	2024*
<b>% d'interventions chirurgicales</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
≤ 1 semaine	0	0	0	0
>1 semaine - ≤ 1 mois	17,6	10,3	13,6	20,0
>1 mois - ≤ 2 mois	60,3	51,7	59,3	44,4
>2 mois - ≤ 3 mois	8,8	25,9	17,3	13,3
> 3 mois	13,2	12,1	9,9	22,2
<b>Nombre total</b>	<b>68</b>	<b>58</b>	<b>81</b>	<b>45</b>

\* 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 mammothèses réalisés de janvier à septembre 2024 inclus ont été pris en compte dans l'analyse.

**Figure 7 : Délais entre 1<sup>er</sup> 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 10-18% des femmes avec un cancer dépisté subissent une intervention chirurgicale endéans les 4 semaines après le premier examen de suivi et environ 62-78% endéans les 8 semaines. Le pourcentage endéans les 4 semaines et endéans les 8 semaines a diminué en 2022.

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, 3.748 nouveaux cancers du sein invasifs et 462 nouveaux cancers du sein in situ ont été diagnostiqués en Wallonie, dont respectivement 45% et 54% dans la tranche d'âge de 50 à 69 ans. Pour la tranche d'âge **50-69 ans, l'incidence des tumeurs invasives diminue** de manière significative à partir de 2011. Il y a une diminution passant de 404,6 (en 2011) à 343,7/100.000 (en 2023). **La mortalité** liée aux cancers du sein invasifs **diminue significativement** entre 2004 et 2022, pour tous les âges (passant de 41,0 à 33,4/100.000) et de manière plus prononcée encore pour le groupe d'âge 50-69 ans (passant de 66,0 à 40,6/100.000).

### Population cible et taux de couverture

En 2024, la **population cible complète** au dépistage du cancer du sein en Wallonie est de **497.129** femmes. De cette population, 3,0% des femmes ne sont pas éligibles pour raisons médicales et 20,5% ne sont pas invitées en raison d'une couverture dans ou hors programme. En **2024, le taux de couverture totale** a augmenté et est de **50,3%**. Le taux de couverture **dans le programme** compte pour **4,4%**.

### 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) reste stable et est de **16,6%** en 2024.

**Surdépistage** : Moins de 9% des femmes réalisent un nouveau MMT  $\leq 20$  mois après avoir réalisé une mammographie bilatérale hors programme. Le pourcentage de femmes qui ont  $\leq 20$  mois entre leur MMT est très faible (de 0,3 à 1,3%).

### Résultats du dépistage

- Le **taux de rappel** est trop élevé par rapport aux recommandations européennes et tant pour le 1<sup>er</sup> dépistage que pour les dépistages suivants. Entre 2014 et 2023 le taux de rappel montre une augmentation significative (voir le rapport précédent, années de dépistage 2020-2023). En 2024, le taux de rappel est plus bas que les années précédentes, 14,5% pour les premiers dépistages et 5,2% pour les dépistages suivants. Il s'agit déjà d'une évolution positive et pour les dépistages suivants, la norme européenne est presque atteinte. Cet indicateur est suivi et les radiologues sont aidés à améliorer leur taux de rappel.
- **Le taux de détection** du dépistage du sein correspond aux recommandations européennes.
  - cancers in situ fluctue entre 0,7 et 1,6‰ pour la période 2021 à 2024.
  - cancers invasifs entre 4,4 et 6,4‰ pour la période de 2021 à 2024.
- **Le taux de cancers d'intervalle** a légèrement augmenté en 2022 après la diminution en 2021 aussi bien après un MMT négatif, qu'après un MMT positif avec un examen de suivi négatif. Sur 1.000 participantes, moins de 2 femmes se verront diagnostiquer un cancer du sein après un résultat de dépistage négatif en 2022 et avant que le prochain dépistage n'ait lieu.
- Pour la période de dépistage 2020-2021, 94,6% des cancers du sein dans la population cible du programme de dépistage ont été diagnostiqués parmi les non participantes (éventuel dépistage opportuniste). **Environ 63,5% des cancers du sein dépistés avec un stade connu sont détectés à un stade précoce** (in situ ou stade I). Environ 14,8% des cancers du sein diagnostiqués chez les femmes non participantes et 15% des cancers

d'intervalle – avec stade connu – sont de stade III+, avec respectivement 6,4% et 2,2% stade IV. Pour les cancers dépistés – avec stade connu – le pourcentage III+ est de 4,1% et aucun stade IV.

- Pour les années de dépistage 2014-2023, le **pourcentage de cancers dépistés de stade II+** n'atteint pas les recommandations européennes. La norme européenne est atteinte pour les **cancers dépistés invasifs de ≤10 mm** à la fois pour le 1er dépistage et les dépistages suivants. Le pourcentage de cancers dépistés avec **statut ganglionnaire négatif** atteint la norme pour le 1er dépistage mais pas pour les dépistages suivants. Si tous les cancers de stade « inconnu » avaient également un statut ganglionnaire négatif, la norme européenne serait alors atteinte.

### Suivi et traitement

- Un **suivi** endéans les 12 mois est effectué pour presque 95% des mammothests positifs dont environ 50% dès le premier mois après le mammothest et plus de 96% endéans les 3 mois. Pour les cancers dépistés, plus de 60% ont un suivi (la première mise au point diagnostique) dans le premier mois après le mammothest positif, et ≥85% se déroulent endéans les 2 mois. Les recommandations européennes indiquent qu'une mise au point diagnostique doit avoir lieu endéans les 3 semaines pour au moins 90% des mammothests positifs, pour les femmes avec des symptômes et des signes suggérant fortement un cancer du sein.
- Pour les tumorectomies après un mammothest positif, le B/M ratio répond aux recommandations européennes. Les **tumorectomies** 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. Cela est approximativement conforme 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).
- La proportion de femmes traitées par tumorectomie est plus élevée à partir de 55 ans. Une mastectomie sera plus fréquemment réalisée pour la tranche d'âge la plus jeune (50-54 ans) en cas de cancer invasif.

## 7 Bibliographie

1. European Commission, 2006. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis, 4<sup>th</sup> 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](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-Wallonie