

DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN

Programme national de dépistage organisé

En partenariat avec



Quels sont les objectifs de ce diaporama?

Rappeler les principales données épidémiologiques des cancers du sein et l'enjeu de santé publique associé à son dépistage

Présenter les principales évolutions du programme de dépistage

Présenter les bénéfices et les risques du dépistage organisé des cancers du sein

Rappeler le rôle essentiel des différents acteurs et aborder les leviers et outils à leur disposition

Pour quelles cibles?



Médecins généralistes

Radiologues

Gynécologues

Sages-femmes

Autres professionnels de santé
(médecins du travail, pharmacien, etc.)

Acteurs médico-sociaux

Sommaire

1. Les cancers du sein (CS) :
un enjeu de santé publique

2. Les différents types de
cancers du sein

3. Le programme de
dépistage organisé des
cancers du sein DOCS

4. Le dépistage organisé en
pratique

5. Evaluation du DOCS en
France

6. DOCS : quels avantages ?
Quels inconvénients ?

7. Dépistage des personnes
à risques élevé et très élevé

8. . Informer le grand public,
les femmes et les
professionnels de santé

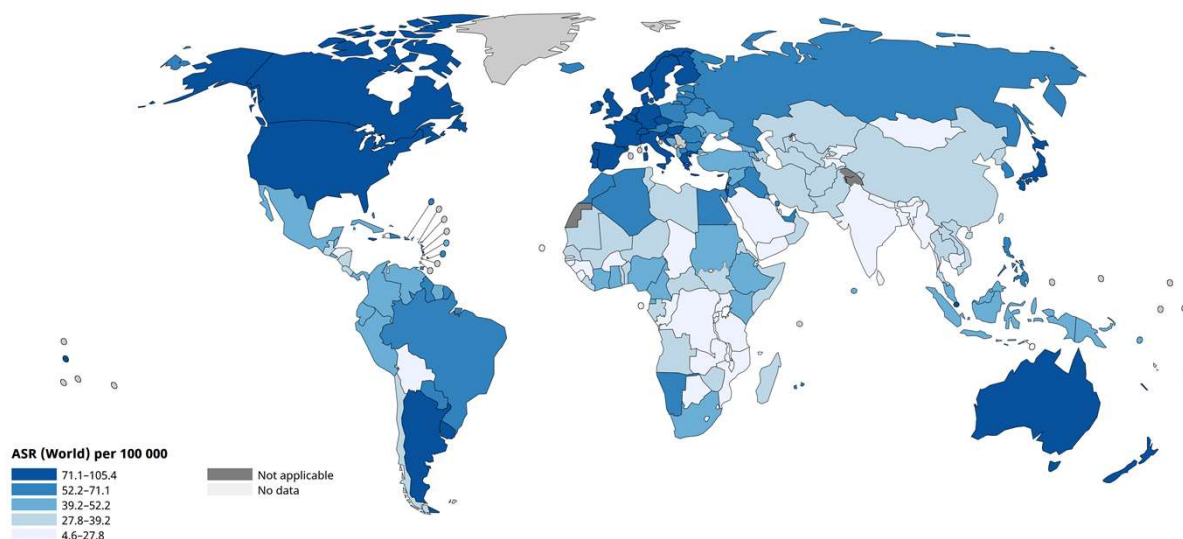
9. Quelles innovations ?
Quelles perspectives ?

10. Conclusion

1. Les cancers du sein : un enjeu de santé publique

Le cancer du sein dans le monde

Incidence en 2022 au niveau mondial*



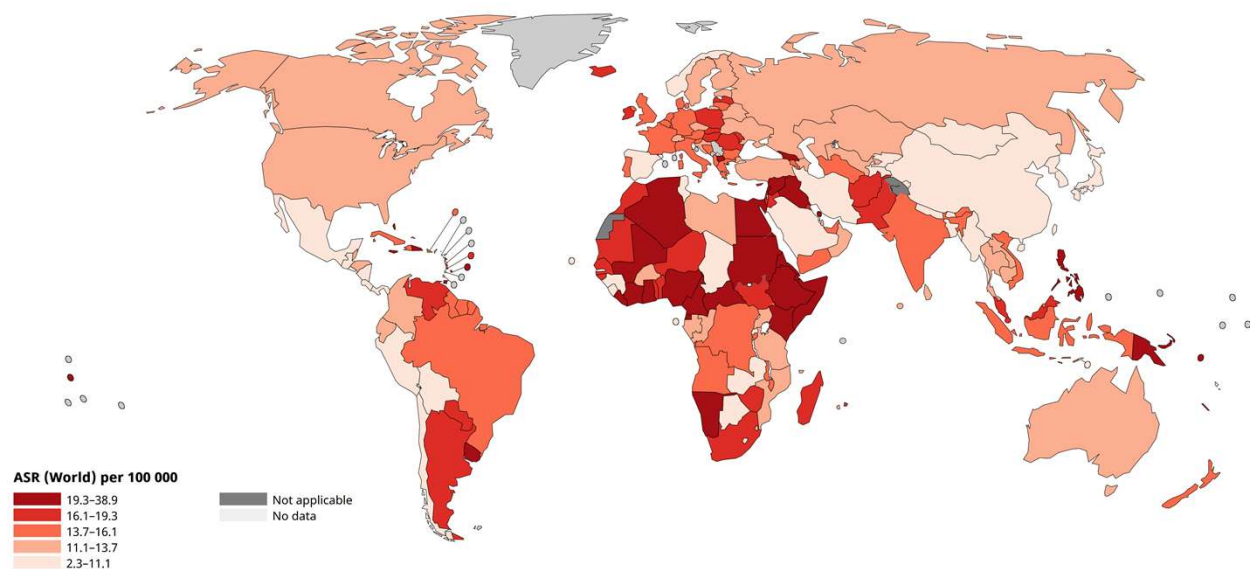
2 296 840
nouveaux cas
par an,
dans le monde

*Standardisé sur l'âge

Source : GLOBOCAN 2022

Le cancer du sein dans le monde

Mortalité par cancer du sein, chez les femmes, en 2022*



666 103
décès par an,
chez les femmes
dans le monde

1ère
cause de mortalité par
cancer chez les femmes

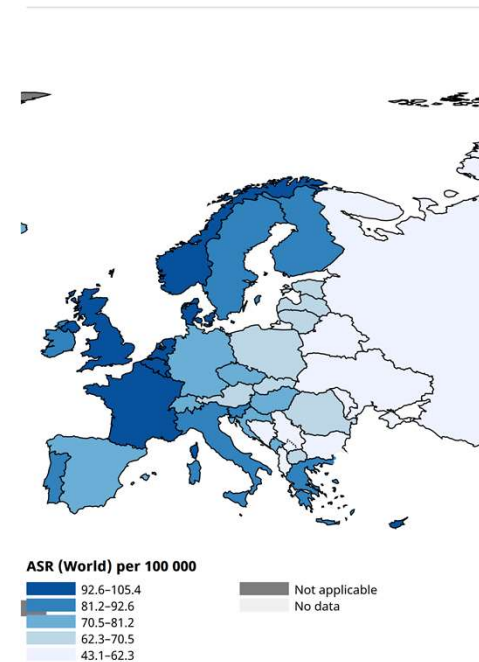
*Standardisé sur l'âge

Source : GLOBOCAN 2022

Le cancer du sein en Europe ...

Estimation de l'incidence par pays, chez les femmes en Europe*, en 2022, tout âge confondu.

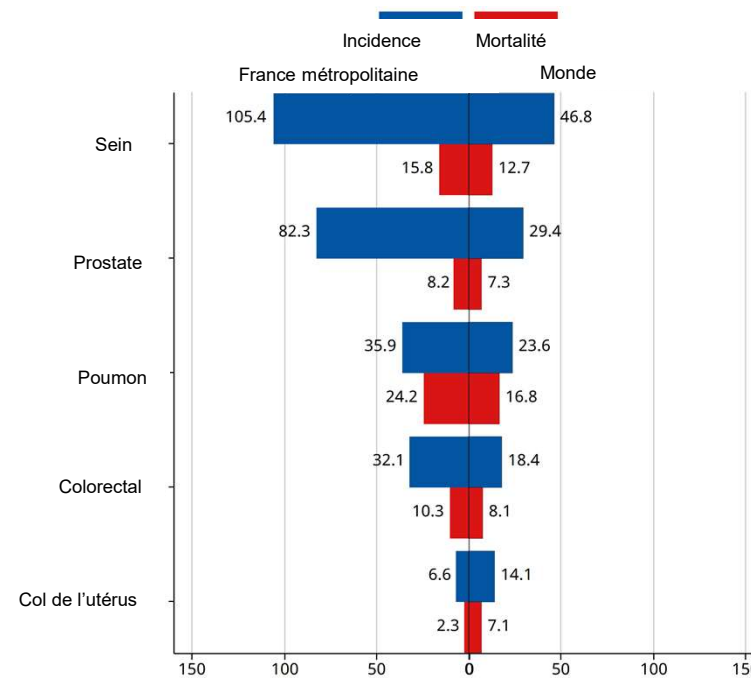
La France se situe au **1er rang** parmi les pays ayant le **plus haut niveau d'incidence**, et au **14^{ème} rang** parmi les pays ayant les **taux de mortalité les plus élevés**.



Source : GLOBOCAN 2022

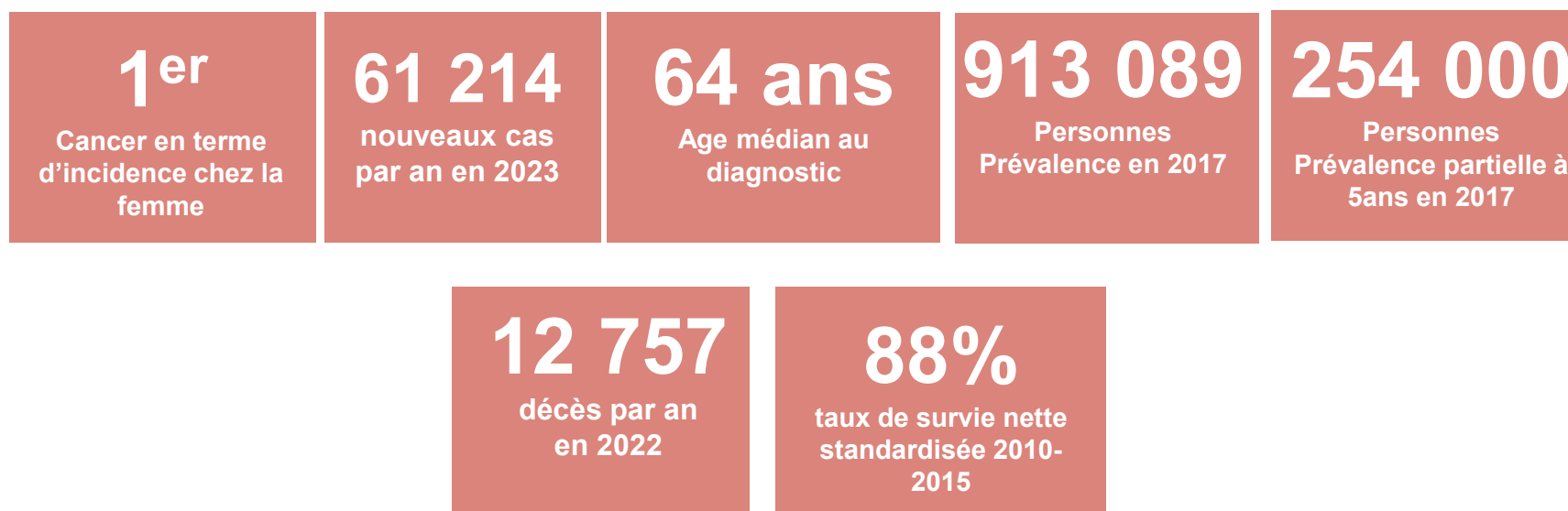
L'incidence et la mortalité des cancers du sein en France Métropolitaine vs Monde

Taux d'incidence et de mortalité standardisés sur l'âge (population mondiale), en 2022, pour 100 000, hommes et femmes,



Source : GLOBOCAN 2022

En France, le cancer du sein c'est...



Source : Panorama des cancers en France – Édition 2025, Institut National du Cancer

1 cancer du sein sur 10 diagnostiqué à un stade avancé

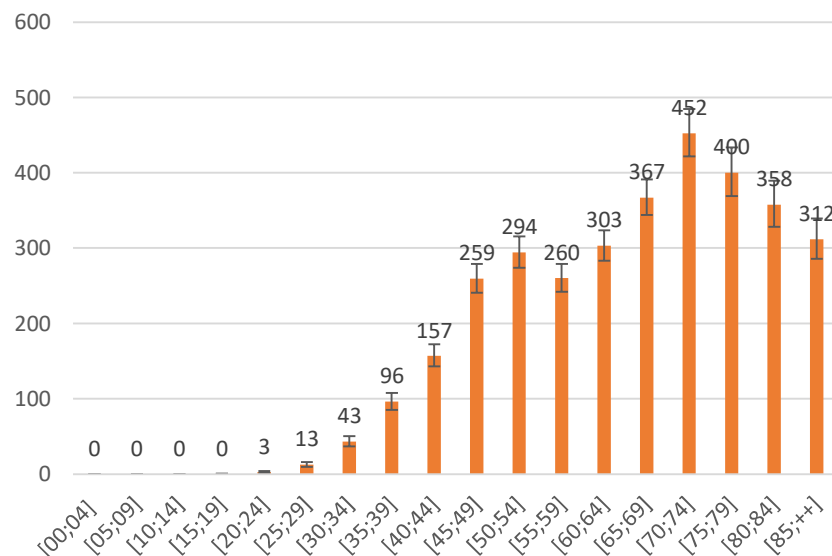
Données des registres des cancers (chiffres stables de 2009 à 2012)

- 6 cancers du sein sur 10 sont diagnostiqués à un stade précoce (extension locale limitée),
- 3 sur 10 à un stade intermédiaire (extension régionale),
- 1 sur 10 à un stade avancé.

Cancers précoces diagnostiqués plus fréquemment chez les femmes de 50-74 ans (65%) contre 59 % chez les moins de 50 ans et 42 % chez les plus de 74 ans.

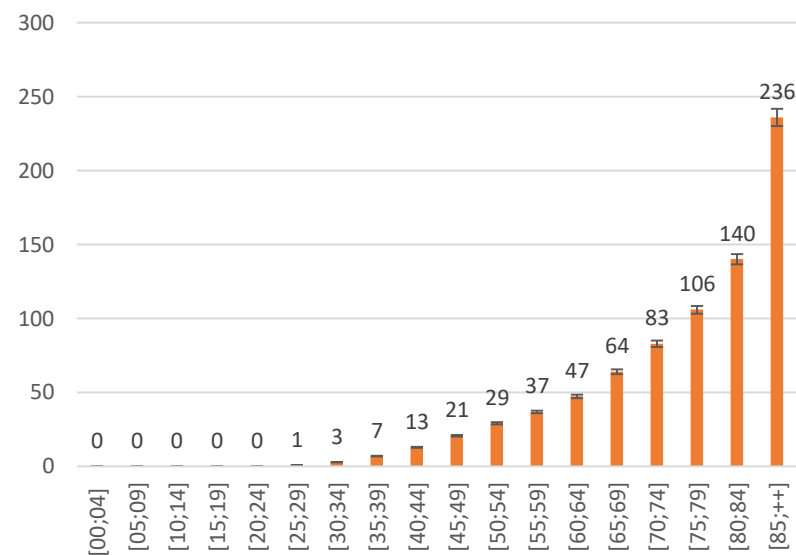
En France, le cancer du sein c'est...

Estimation du taux d'incidence en 2023



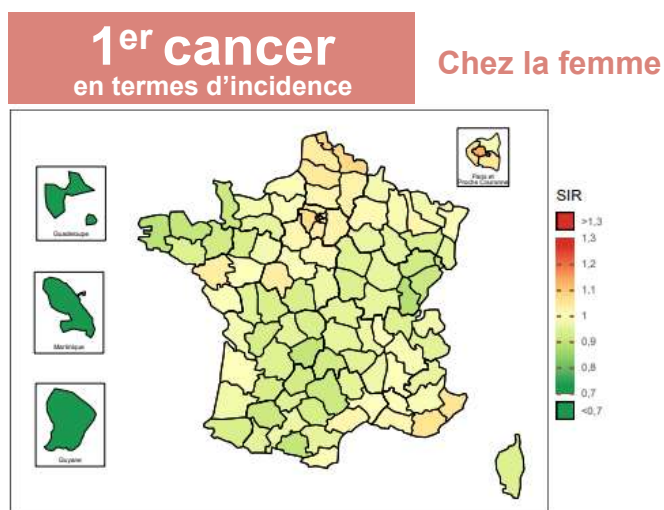
Taux et IC pour 100,000 personne-années (PA)

Estimation du taux mortalité en 2018

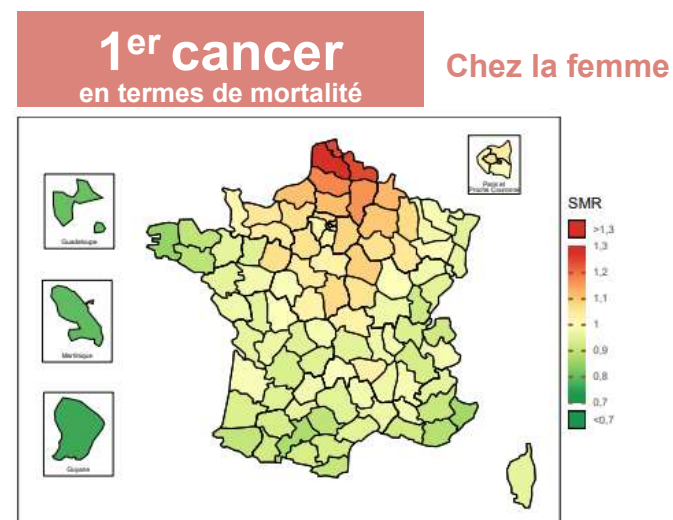


Sources : Incidence : INCa/ SpF/HCL/Francim, Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018

En France, une répartition hétérogène des cancers du sein



Incidence lissée 2007-2016, départements de France hexagonale ;
incidence observée, Guadeloupe : 2008-2014,
Martinique : 2007-2014, Guyane : 2010-2014



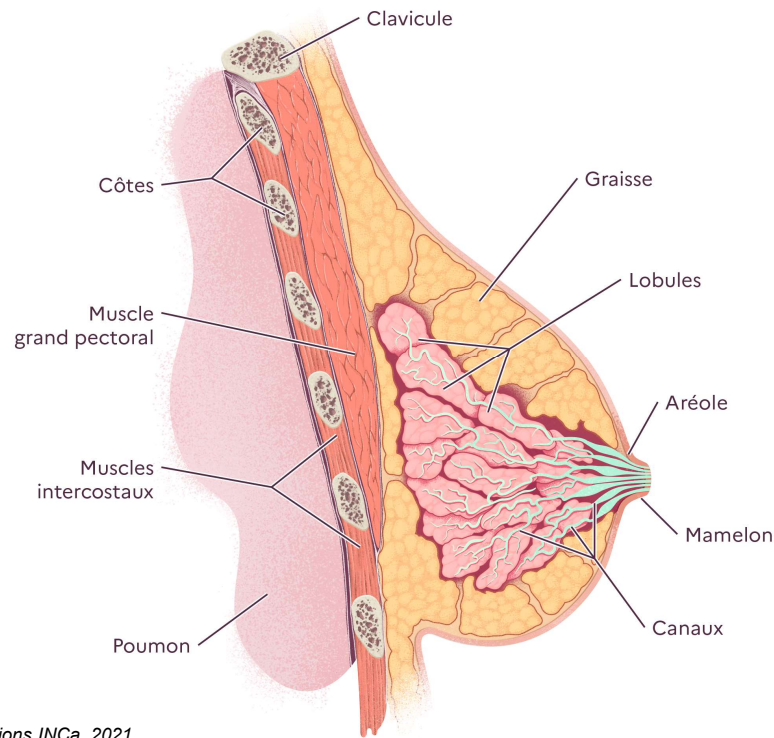
Mortalité lissée 2007-2014, départements de France hexagonale ;
mortalité observée, 2007-2014 : Guadeloupe, Martinique, Guyane

Note : la référence est la France hexagonale (SIR et SMR=1).

Source : Estimations régionales et départementales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France, 2007-2016, Santé Publique France

2. Les différents types de cancers du sein

Cancers invasifs ou *in situ*?



Illustrations INCa, 2021

Les cancers du sein les plus fréquents sont des adénocarcinomes (95 %), c'est-à-dire, qu'ils **se développent** à partir des **cellules épithéliales** (= **carcinome**) de la **glande mammaire** (= **adéno**).

Il existe d'autres types rares de cancers du sein.

Les adénocarcinomes naissent le plus souvent à partir des **cellules des canaux** (*adénocarcinomes canaux*) **et plus rarement** à partir des **cellules des lobules** (*adénocarcinomes lobulaires*).

On distingue les cancers in situ et les cancers infiltrants ou invasifs.

Cancers invasifs ou *in situ*?

Les cancers *in situ*

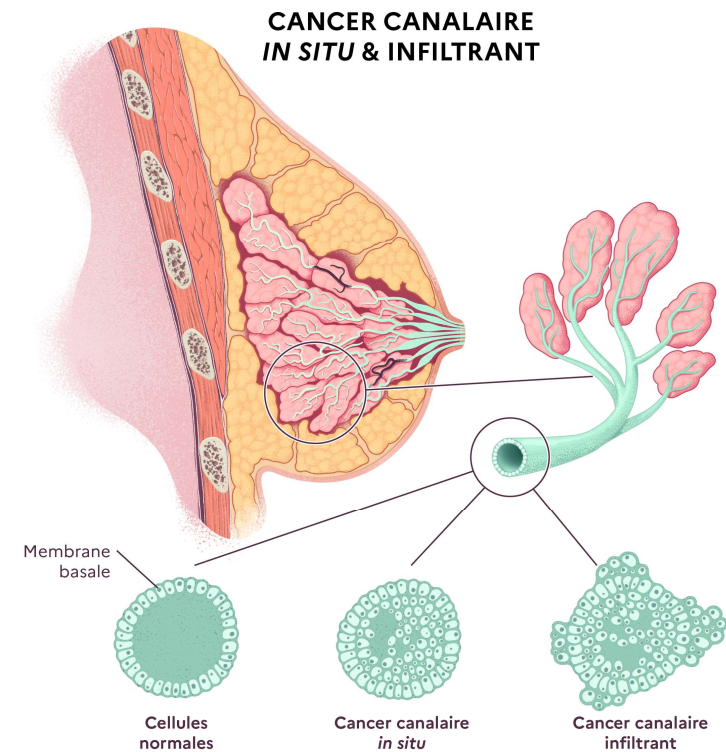
Prolifération tumorale maligne épithéliale limitée à cet épithélium

- Pas de franchissement de la membrane basale, ($\neq$ carcinome infiltrant)
 - Pas de risque métastatique, théoriquement
 - Pour les cancers canaux : risque d'évolution à terme vers une tumeur infiltrante
- Les cancers *in situ* représentent environ **10 à 15% de l'ensemble des cancers**
- **Carcinome canalaire *in situ* : 80 à 90% des cancers *in situ***
- Carcinome lobulaire *in situ* : considéré plutôt comme un facteur de risque qu'une lésion réellement maligne, une surveillance simple est préconisée

Les cancers *invasifs* ou *infiltrants*

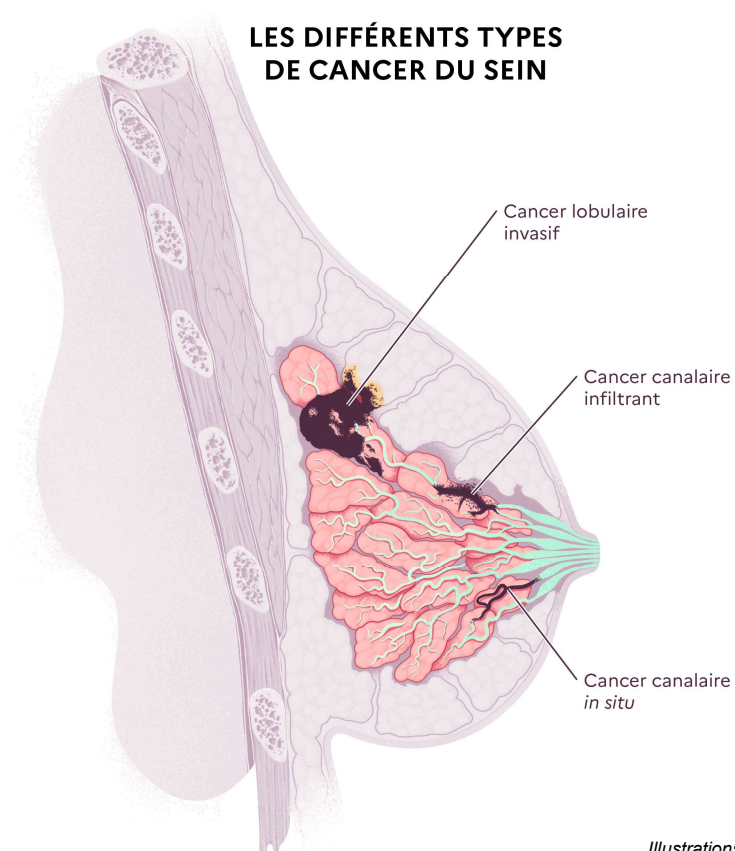
La tumeur a franchi la membrane basale

- Cancer canalaire infiltrant : **85%** des cas
- Cancer lobulaire infiltrant : **15%** des cas



Illustrations INCa, 2021

Cancers invasifs vs in situ



Illustrations INCa, 2021

Les formes rares de carcinomes



Le **carcinome médullaire** représente 1% des cancers du sein infiltrants.



Le **carcinome mucineux** est rare, il représente environ 2 % de tous les cancers du sein infiltrants. Il est aussi appelé carcinome colloïde.



Le **carcinome tubuleux** est un autre type de cancer assez peu commun qui représente de 1 à 2 % de tous les cancers du sein infiltrants.

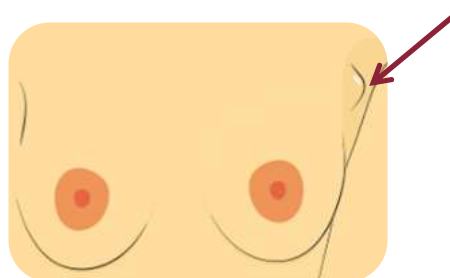


Le **carcinome papillaire** peut être infiltrant ou non. Lorsqu'il est infiltrant, il ne représente pas plus de 1 à 2 % de tous les cancers du sein infiltrants.

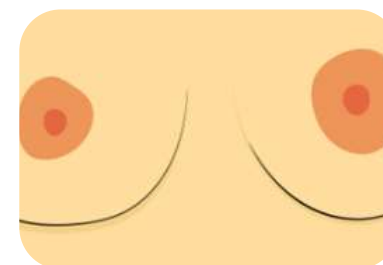
Quels signes cliniques évocateurs de cancer du sein ?



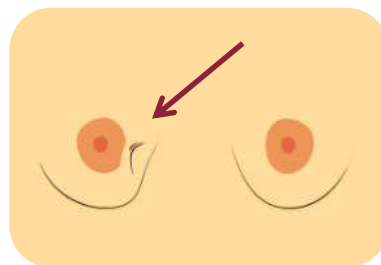
Une tuméfaction dans le sein



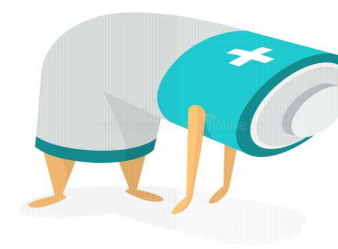
Des ganglions durs au niveau de l'aisselle



Un changement de la taille ou forme du sein



Des modifications de la peau du sein et du mamelon :
rétraction, rougeur, œdème, suintement, écoulement,
changement de coloration, etc...



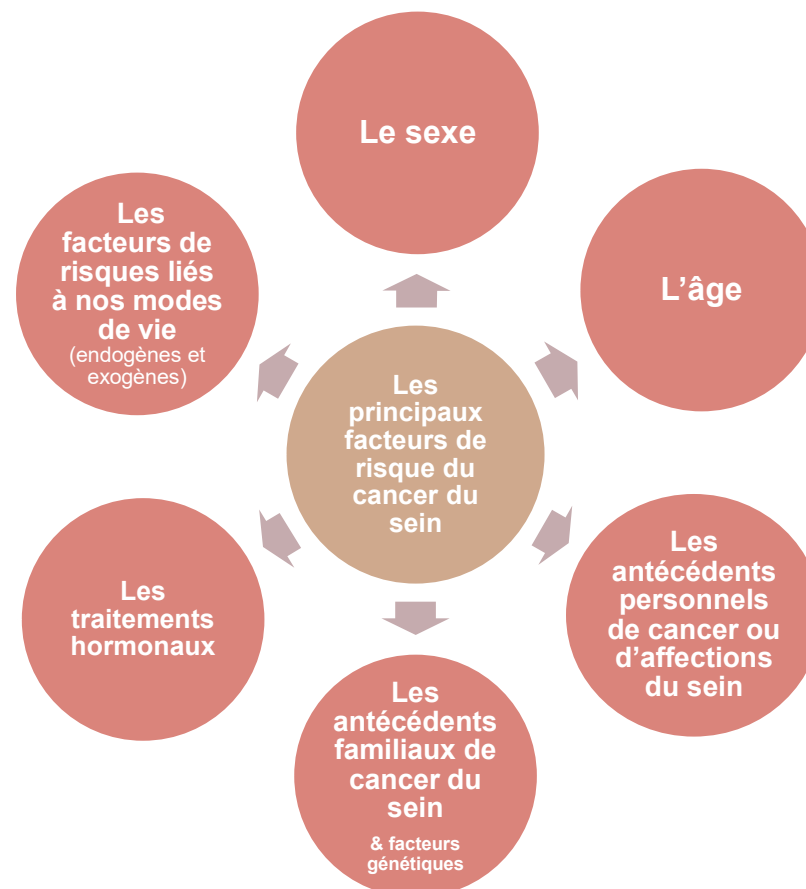
Les autres symptômes, plus tardifs : douleurs osseuses,
nausées, perte d'appétit, perte de poids, jaunisse,
essoufflement, toux, épanchement pleural, maux de tête,
vision double, etc.

Source : e-cancer.fr

Les principaux facteurs de risque des cancers du sein

Facteurs de risques comportementaux:

- L'alcool
- le surpoids et l'obésité
- un traitement hormonal
- le tabac
- l'alimentation
- le manque d'activité physique



Source : e-cancer.fr

Les cancers du sein chez l'homme

Moins de 1 % de tous les cancers du sein affectent les hommes

La plupart des hommes atteints d'un cancer du sein ont un ***carcinome canalaire infiltrant***

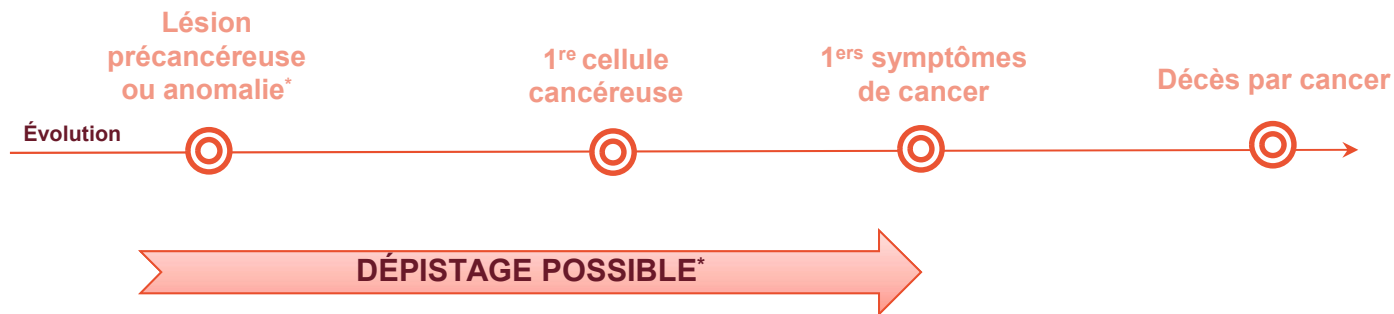
Certains facteurs de risque peuvent augmenter le risque de survenue d'un cancer du sein chez l'homme

Source : e-cancer.fr

3. Le programme de dépistage organisé des cancers du sein (DOCS)

Le dépistage : les principes

- Agir de manière précoce pour optimiser les chances de guérison



AVANTAGES DU DÉPISTAGE

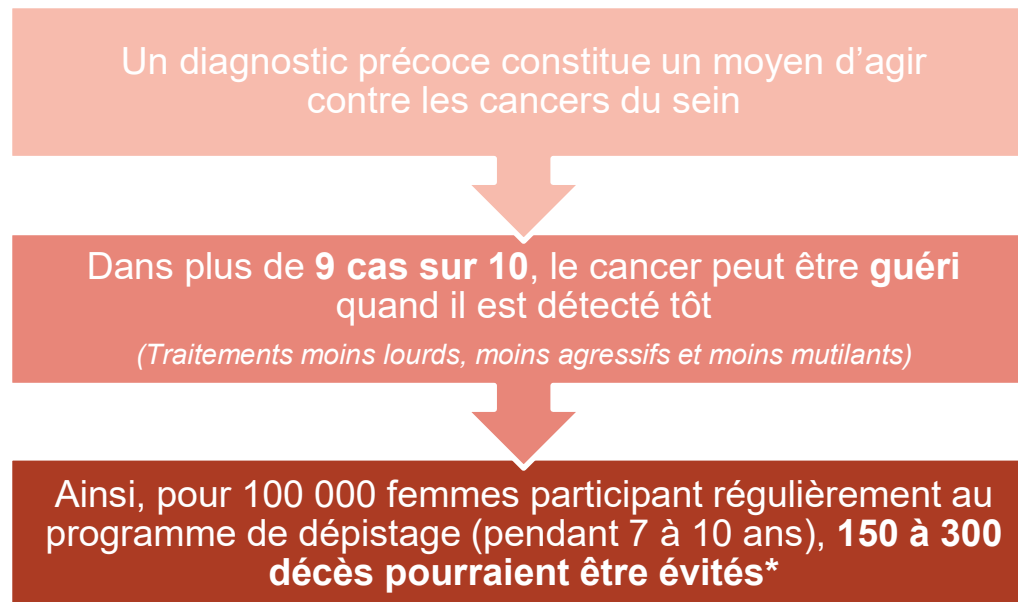
- Traitements moins lourds et plus efficaces
- Séquelles moindres
- Qualité de vie préservée
- Décès évités

« Le dépistage, c'est faire la distinction entre les personnes apparemment en bonne santé mais probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. »

- OMS -

...

Pourquoi se faire dépister ?



* Source : Bénéfices et limites du programme DOCS : quels éléments en 2013 ? INCa

Quand peut-on mettre en œuvre un dépistage ?

Critères de l'OMS pour la mise en œuvre d'un dépistage

Gravité/ fréquence de la
pathologie

L'existence d'une
période où la maladie
est asymptomatique

Une population à risque
bien définie

La nécessité de
pouvoir détecter le
cancer le plus tôt
possible

L'existence d'un test
de dépistage adapté,
Simple à mettre
en œuvre, fiable,
reproductible
et valide

Source : D'après J. M. G. Wilson, G. Jungner, Principes et pratique du dépistage des maladies, OMS, 2020

Critères multiples définissant les modalités d'un programme de dépistage des cancers

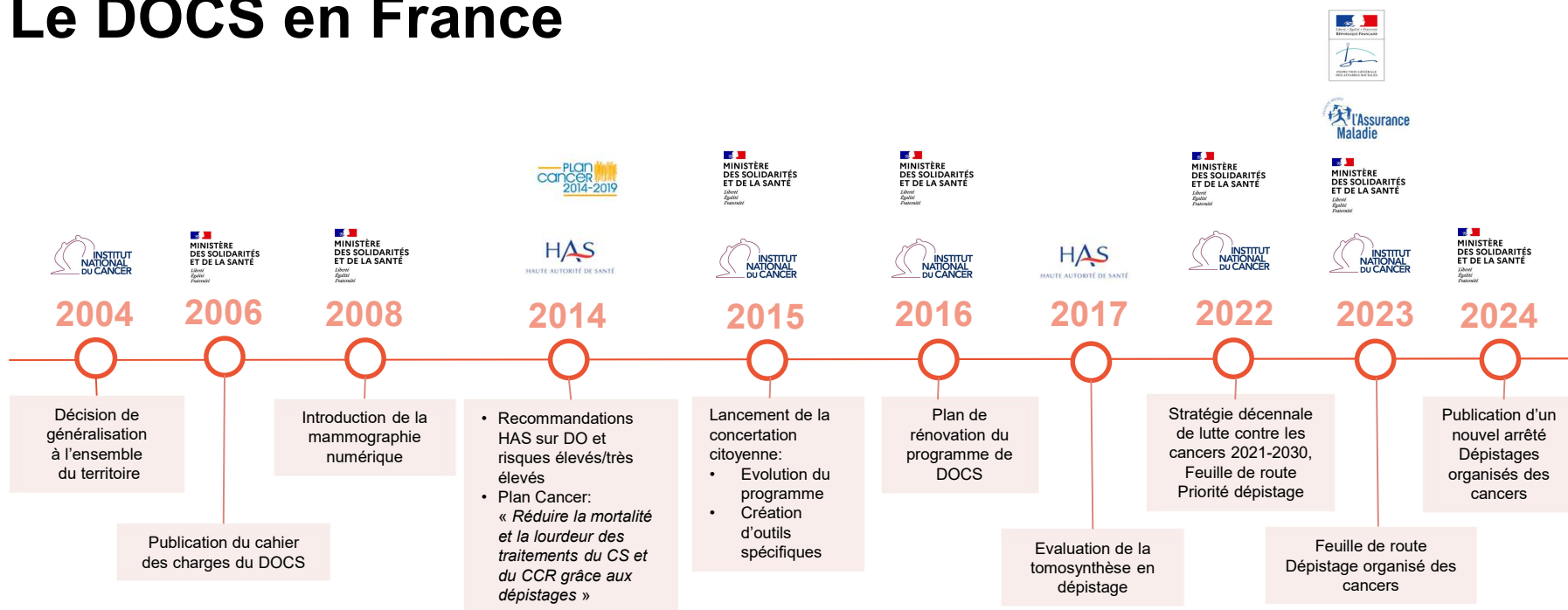
- Impact en santé publique élevé
- Tests de dépistage performant
- Programme cliniquement efficace
- Qualité, sécurité pérenne
- Balance bénéfice/risque
- Efficience
- Acceptation de la population cible/professionnels de soin
- Faisabilité en pratique
- Dépistage respectant l'éthique, l'équité



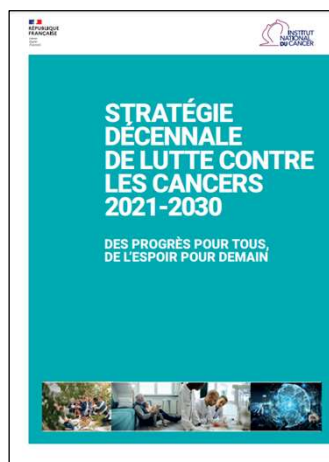
Garantir à chaque
personne de la population
cible un accès égal au
dépistage
sur l'ensemble du
territoire, un dépistage
pérenne, et avec un
niveau de qualité élevé

Source : méthodologie du Guide HAS « Comment évaluer a priori un programme de dépistage », 2004

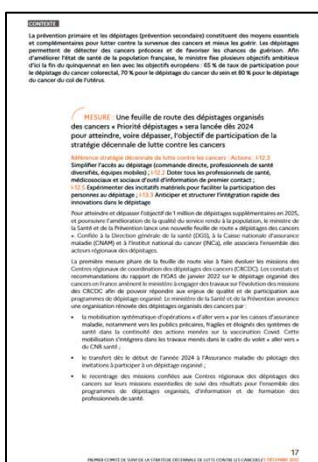
Le DOCS en France



Rénovation de l'organisation des dépistages organisés des cancers



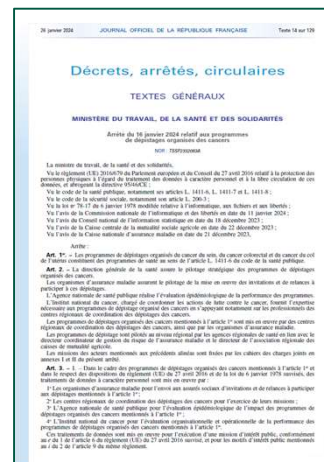
Stratégie décennale
de lutte contre les
cancers,
2021



Feuille de route
Priorité dépistage,
2022



Feuille de route
Dépistages organisés
des cancers,
2023



Arrêté Dépistages
organisés des
cancers, 2024

- Invitation
- Suivi
- Actions d'aller-vers
- Evaluation

La concertation citoyenne de 2015-2016

Objectif

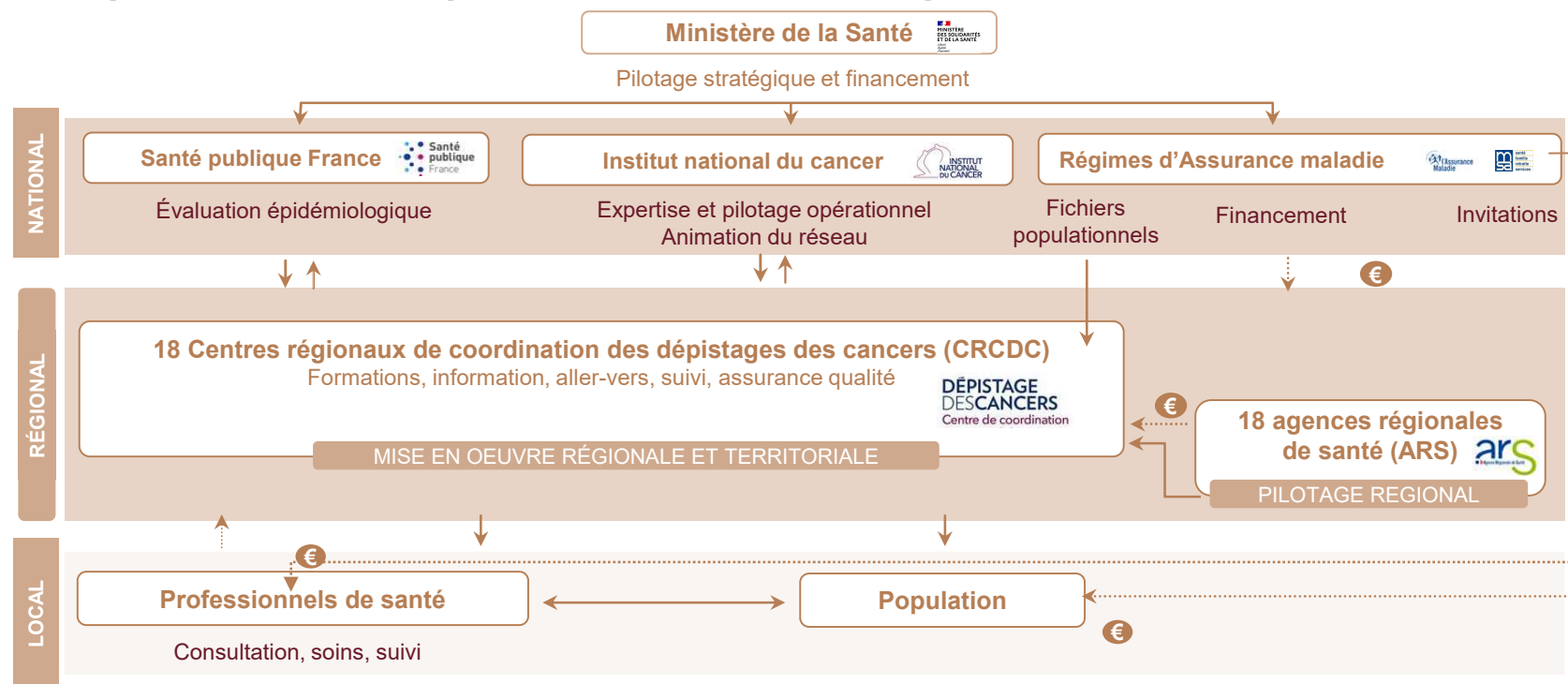
- Engager une **réflexion collective** sur l'évolution de ce dépistage, en **recueillant les avis et les attentes** des **femmes, des professionnels, des associations et des institutions concernés**, afin d'en accroître la pertinence, l'utilité et la qualité.



Recommandations

- Prise en considération de la controverse dans **l'information fournie aux femmes** et dans **l'information et la formation** (initiale et continue) **des professionnels** en la matière.
- L'amélioration des **connaissances scientifiques** sur le cancer du sein et la réalisation d'une **évaluation ambitieuse des stratégies** en place ou à venir.
- L'intégration des stratégies de dépistage du cancer du sein dans une **démarche plus globale de prévention** et de dépistage par la mise en place **d'une consultation dédiée**.
- Le développement d'une stratégie de dépistage du cancer du sein et de suivi toujours plus **hiérarchisée en fonction du niveau de risques**.

L'organisation générale du programme



Les recommandations pour le DO CS en France



Après une évaluation du niveau de risque

Pour les femmes de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un cancer du sein (asymptomatique et sans antécédents de CS) :
Tous les 2 ans : Réalisation d'une mammographie numérique 2D + examen clinique par le radiologue et examens complémentaires (échographie mammaire* et IRM) sur avis du radiologue

* En cas de masse visible et/ou de densité mammaire augmentée

Recommandations HAS 2015

4. Le dépistage organisé en pratique

Le DOCS : qui est concernée ?

Toutes les femmes éligibles
de 50 à 74 ans

Invitées par courriers (papier ou numérique) ou adressées sur ordonnance par un médecin
à participer au dépistage

Y compris:

- Les femmes pour qui une mutation du gène BRCA 1 ou BRCA 2 a été identifiée au sein de la famille mais non retrouvée chez la femme ayant accepté de réaliser un test
- Les femmes ayant eu un diagnostic de cancer lobulaire in situ et n'étant plus en ALD en lien avec cette pathologie

Le DOCS : qui n'est pas concernée ?

• Femmes à risque élevé

- Antécédent personnel de cancer du sein et de carcinome canalaire in situ
- ATCD d'irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin)
- ATCD familial de CS avec Score Eisinger ≥ 3 , sans identification de BRCA1-2 dans la famille (2)



Suivi spécifique
En fonction des
antécédents

• Femmes à risque très élevé

- Mutation de type BRCA 1 ou 2 identifiée
- Cancer du sein actuel ou chez leurs apparentées de 1^{er} degré



**Consultation
d'oncogénétique**



Suivi spécifique
Selon recommandations HAS
en vigueur et résultats au calcul
du score d'Eisinger

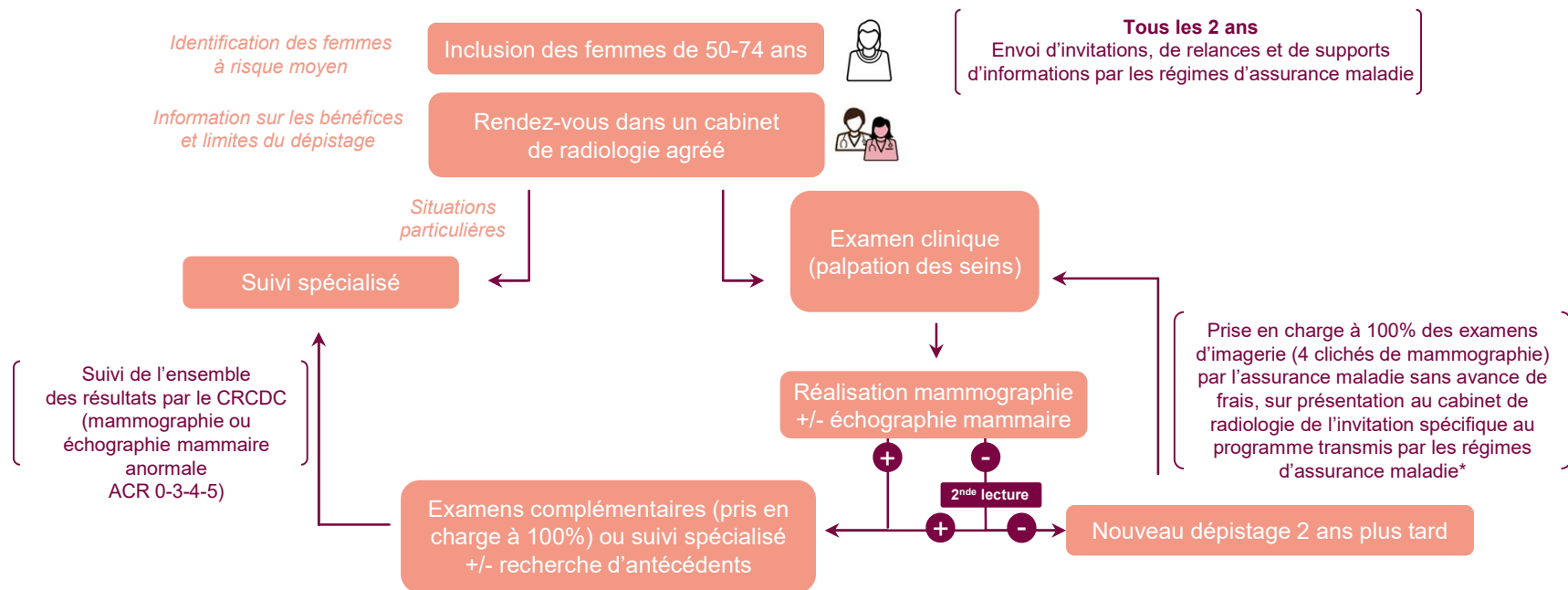
Le DOCS : quelle prise en charge?

Le coût du dépistage comprend la réalisation de la mammographie.

Femmes invitées à participer par les régimes d'assurance maladie

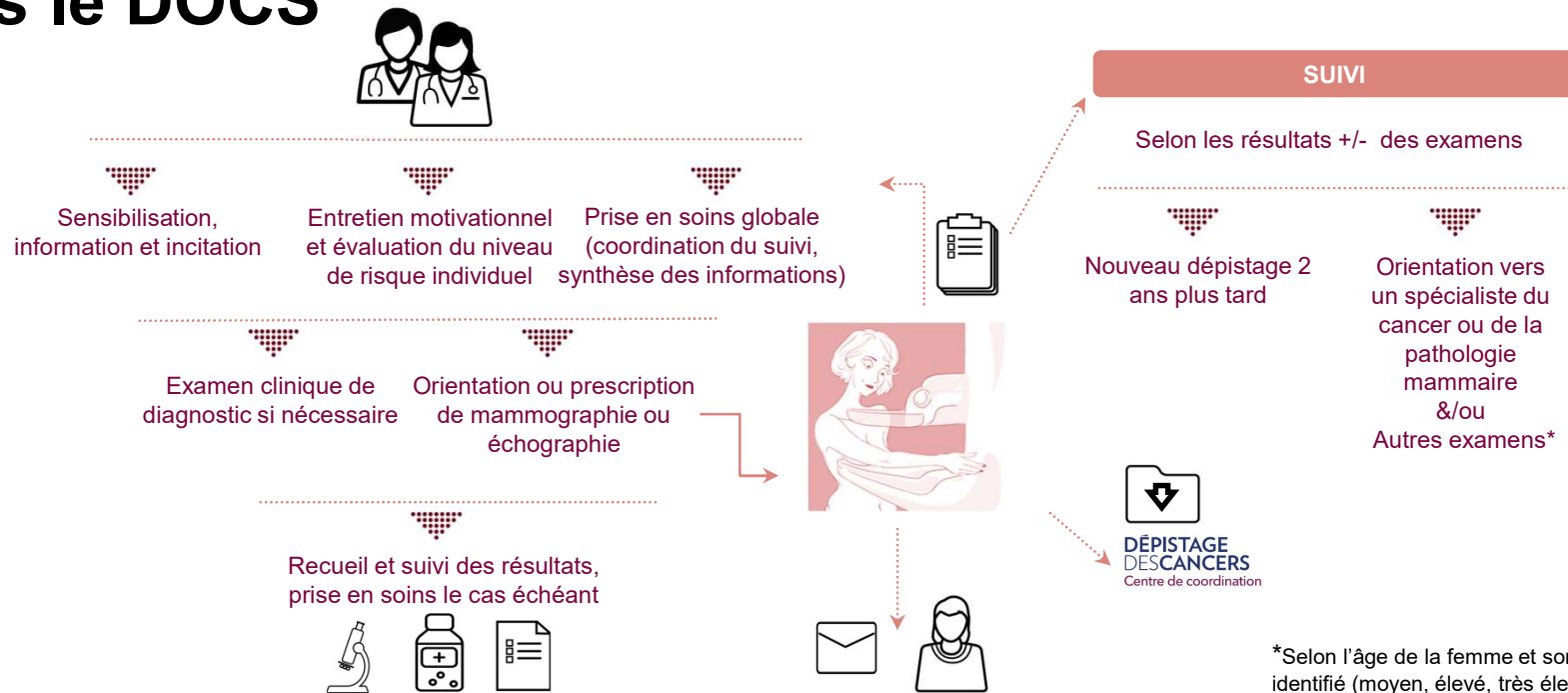
- Prise en charge en intégralité sans avance de frais de la mammographie (4 clichés) par le régime d'assurance maladie.
- Prise en charge de droit commun (reste à charge) des examens complémentaires (dont échographie mammaire).
- Prise en charge intégrale de la mammographie sans avance de frais et sans dépassement d'honoraires pour les femmes bénéficiant de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médical d'état.

Les femmes dans le DO CS



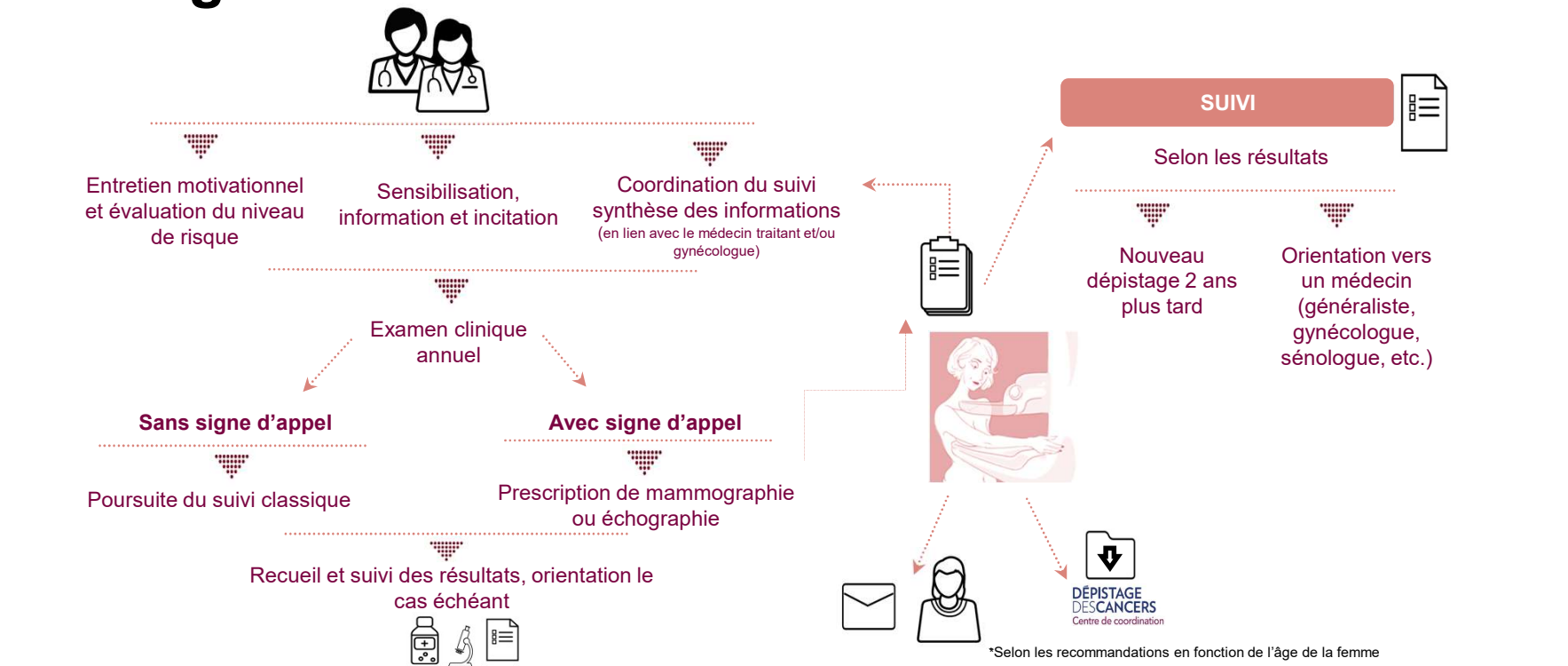
*L'échographie éventuelle est prise en charge dans les conditions habituelles de remboursement et non pas à 100 %.

Les médecins généralistes & gynécologues dans le DOCS

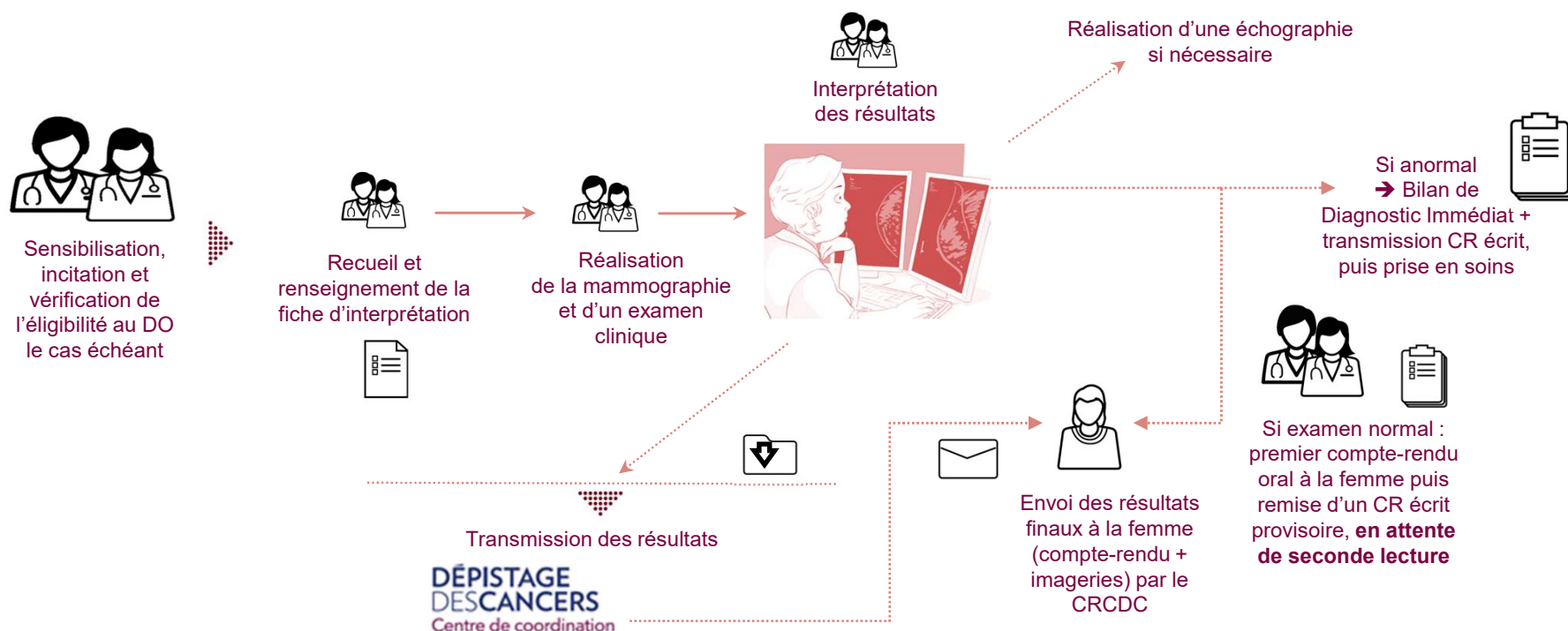


*Selon l'âge de la femme et son risque identifié (moyen, élevé, très élevé)

Les sages-femmes dans le DOCS



Les radiologues dans le DOCS



Le CRCDC dans le DOCS

**DÉPISTAGE
DES CANCERS**
Centre de coordination

CENTRE RÉGIONAL DE COORDINATION DES DÉPISTAGES DES CANCERS

- Mobilisation des populations et lutte contre les inégalités



- Expérimentations et recherche, propositions d'amélioration du programme



- Mobilisation et formation des professionnels de santé impliqués dans le dépistage
- Retour d'information vers les professionnels de santé
- Transmission des données d'évaluation à Santé Publique France
- Suivi qualité et contribution à l'évaluation du programme

- Recueil de l'ensemble des résultats (mammographie, échographie, examen clinique, fiche d'interprétation)
- Suivi de l'ensemble des résultats positifs, CTI et/ou échographie suspecte
- Organisation et réalisation de la seconde lecture
- Suivi de la qualité des pratiques et du programme en région
- Gestion des bases de données du programme



Points clés pour la pratique

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

GYNÉCOLOGUES

SAGES-FEMMES

- Sensibilisation, transfert d'informations, aide à la décision partagée
- Examen clinique (palpation des seins) systématique en présence de symptômes, ou annuel en l'absence de symptômes
- Prise en charge à 100% des examens d'imagerie par l'assurance maladie sans avance de frais, sur présentation de l'invitation spécifique au programme, dans un cabinet de radiologie avec radiologue agréé
- Appui du centre régional de coordination des dépistages des cancers (retours d'informations personnalisées, qualité des pratiques, formation, e-learning, suivi des examens anormaux, outils d'information, e-cancer)
- Coordination de la phase pré-cancer et du parcours de soins le cas échéant (pour les MG et gynécologues)
- Suivi des résultats et synthèse des informations
- Prise en charge globale « centrée patientes »

Points clés pour la pratique

RADIOLOGUES

- Réalisation de la mammographie et +/- de l'échographie mammaire
- Utilisation de la fiche d'interprétation comme document principal de recueil des informations de la patiente et de la 1^{ère} et 2^e lecture
- En cas d'examen normal : premier compte-rendu oral et remise d'un compte-rendu écrit provisoire à la patiente dans l'attente de la double lecture et de la transmission des résultats finaux par le CRCDC
- En cas de résultat anormal : Réalisation d'un bilan de diagnostic immédiat (après la L1) **ou** d'un bilan de diagnostic différé (après la L2)
- Pour le cas des Clichés Techniquement Insuffisants qui ne peuvent aboutir à un résultat interprétable, les clichés doivent être refaits puis repasser en L2
- Transmission des résultats au CRCDC
- Transmission des résultats des examens de suivi en cas de dépistage positifs
- Réalisation, dans le CRCDC, de la seconde lecture par les radiologues agréés
- Amélioration de la qualité des pratiques (retour d'informations du CRCDC, référentiel, documents standardisés, convention avec la CPAM, etc.)

Interprétation des mammographies

via l'utilisation du système BIRADS (American College of Radiology ACR)

L'INTERPRÉTATION DES CLICHÉS

- **ACR 1** : mammographie **normale**
- **ACR 2** : il existe des anomalies bénignes (c'est-à-dire **sans gravité**) qui ne nécessitent ni surveillance ni examen complémentaire
- **ACR 3** : il existe une anomalie probablement bénigne, une **surveillance** à court terme (3 ou 6 mois) est conseillée
- **ACR 4** : il existe une anomalie indéterminée ou suspecte qui nécessite une vérification histologique
- **ACR 5** : il existe une anomalie **évocatrice d'un cancer**
- **ACR 0** : **classification d'attente**, quand des investigations complémentaires sont nécessaires

La fiche d'interprétation

Un document essentiel et obligatoire pour tout examen réalisé dans le cadre du DO :

→ la Fiche d'interprétation

Elle permet de :

- Recenser toutes les informations nécessaires (patientes, radiologues, médecins traitant, matériel utilisé, ATCD, etc.)
- Assurer le suivi tout au long du processus de DO (de l'examen à la 2nde lecture)

[illegible]

INTERPRÉTATION DU PREMIER EXAMEN
(joindre le compte rendu et les derniers dictés antérieurs)

Examen clinique : <i>(noter au moins un de ces items)</i> ☐ Défilé ☐ Anomalie ☐ Névrose ☐ Asymétrie mammaire ☐ Suspensif → Noter un bilan de diagnostic complet	Date de l'examen : _____ / _____ / _____ Situer, sur le schéma, Cochine / Narcox / Annexe x Préciser : _____ 
---	---

Résumé (MCI) suspecté : *(selon observations, symptômes, etc... sur page suivante ou à la demande du médecin)*

☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser : _____

Type de première lecture : _____	☐ Sur films	☐ Sur console d'interprétation
---	------------------------------------	---

Interprétation des clichés annexes disponibles : ☐ OUI ☐ NON **Revoir éventuellement :** ☐ C2 ☐ C3 ☐ C4 ☐ C5

CAS N°1 : MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE NORMALE/BÉNIGNE ET EXAMEN CLINIQUE NON SUSPECT

Résultat de la lecture	Droite	Gauche	Cochine	BUT	Faire
Normal BI-RADS AC R1	☐	☐		O	
Bénin BI-RADS AC R2	☐	☐		O	
Clichés(s) complémentaires(s) Si oui, préciser le site du bilan comparatif :	☐ Oui ☐ Non				

Léchographie ☐ Oui ☐ Non	Résultat de l'échographie (Mammographie AC R1 ou 2) <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 15%;">ACR Léchographie</th> <th style="width: 15%;">Droite</th> <th style="width: 15%;">Gauche</th> </tr> <tr> <td>AC R1</td> <td align="center">☐</td> <td align="center">☐</td> </tr> <tr> <td>AC R2</td> <td align="center">☐</td> <td align="center">☐</td> </tr> <tr> <td>AC R3</td> <td align="center">☐</td> <td align="center">☐</td> </tr> <tr> <td>AC R4</td> <td align="center">☐</td> <td align="center">☐</td> </tr> <tr> <td>AC R5</td> <td align="center">☐</td> <td align="center">☐</td> </tr> </table>	ACR Léchographie	Droite	Gauche	AC R1	☐	☐	AC R2	☐	☐	AC R3	☐	☐	AC R4	☐	☐	AC R5	☐	☐
ACR Léchographie	Droite	Gauche																	
AC R1	☐	☐																	
AC R2	☐	☐																	
AC R3	☐	☐																	
AC R4	☐	☐																	
AC R5	☐	☐																	

(1) ICR de cette mammographie ne doit pas modifier le classement AC R de votre mammographie. Ne doit modifier le site en charge de la patiente.

(2) Noter : mastectomie bilatérale ; antécédent de cancer ; autre

Constaté ailleurs : ☐ Drogues ☐ Traitement (anticoagulant, insuline) ☐ Tabac ☐ Autre	Si fait suspecté, si vouloir préciser : • la fréquence du contrôle mois • l'examen demandé :
--	--

CAS N°2 : MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE ANORMALE OU EXAMEN CLINIQUE SUSPECT

Résultat de la lecture	Droite	Gauche	Cochine	BUT	Faire
Anormal BI-RADS AC (3, 4 ou 5)†	☐	☐		O	

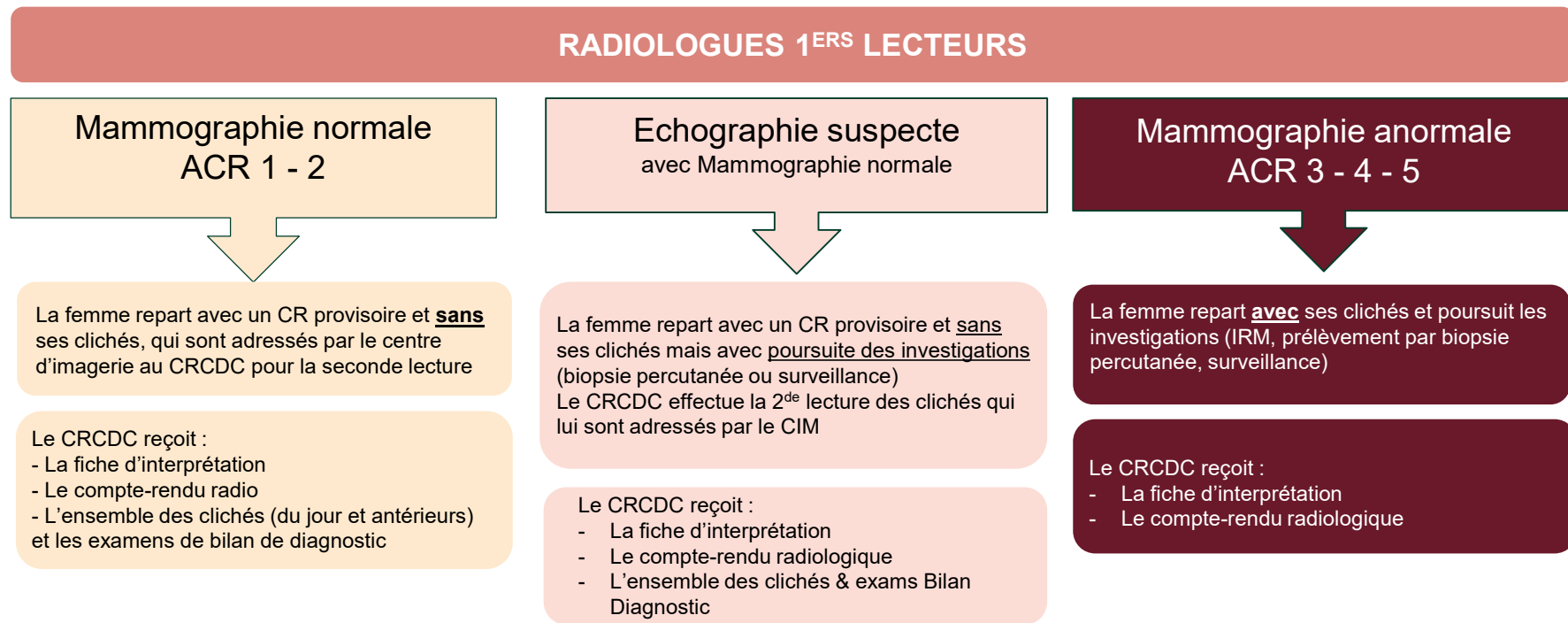
**Classement : préciser dans bilan*

Observer sur schéma : décrire et localiser le ou les anomalies citées ci-dessus en dessinant et légendant sur photo

Masse (paraconsistite ou non) Calcifications Masse + Calcifications Distorsion architecturale Asymétrie locale de densité	Droite ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Gauche ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
---	--	--

(Observations Annexes annexes disponibles)

Les conduites à tenir



Les conduites à tenir

RADIOLOGUES 1^{ERS} LECTEURS

Mammographie anormale
ACR 3 - 4 - 5



Le radiologue remet à la patiente et/ ou à son médecin les mammographies, le compte-rendu et éventuellement un courrier précisant la conduite à tenir.

Le radiologue oriente la patiente, en concertation avec ses médecins, pour une prise en charge selon les recommandations en vigueur.

La spécificité de la seconde lecture

RADIOLOGUES

- Centralisée par le CRCDC
- Formation des radiologues seconds lecteurs
- Relecture des clichés s'effectue sur négatoscope
- Contrôle qualité des négatoscopes tous les 6 mois
- Contrôle qualité des clichés



Uniquement pour les ACR 1 – 2
sans anomalies cliniques



Environ **6% des cancers détectés** dans le cadre du DO le sont grâce à la seconde lecture



Environ **0,7% à 0,8%** des clichés sont détectés comme techniquement insuffisants (**CTI**)

Source : e-cancer.fr

Après la seconde lecture

RADIOLOGUES

Concordance

Retour des clichés à la
femme par le CRCDC



Nouvelle invitation
dans deux ans

Divergence

Retour des clichés par le
CRCDC au radiologue L1



Réalisation du Bilan de
Diagnostic Différé (BDD)
selon décision du L1

Cliché Techniquement Insuffisant (CTI)

Retour des clichés par le
CRCDC au radiologue L1

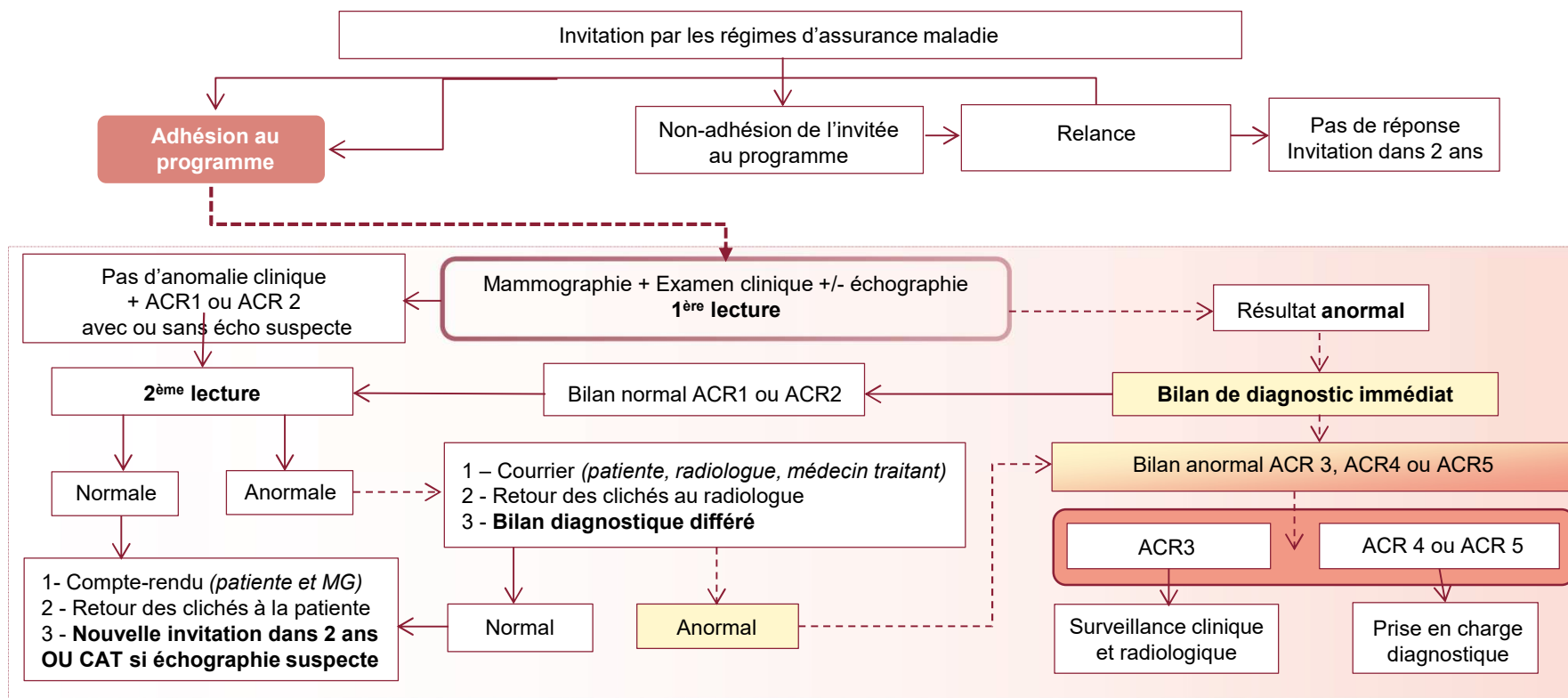


Réalisation de
nouveaux clichés



Nouvelle 2nde lecture

Le circuit DOCS en France



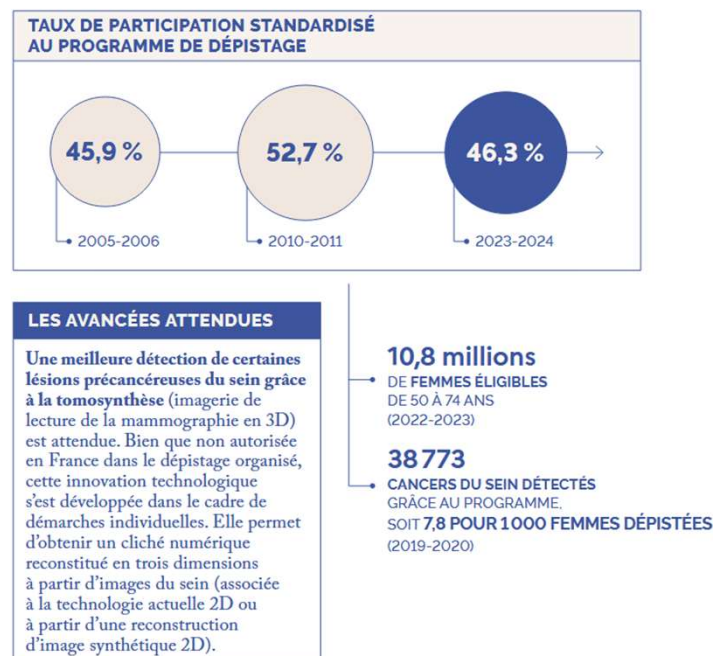
5. Evaluation du DOCS en France

Programme de dépistage du cancer du sein à l'international

Pays	Australie	Norvège	Italie	Canada	Suède
Date de début du programme	1991	1996	1990	1988	1986
Bornes d'âge	50-69	50-69	50-69	50-69	50-69
Intervalle	2 ans	2 ans	2 ans	2 ans : 50 à 69 ans 1 an : < 50 ans	18 mois : 40 à 54 ans 24 mois : 55 à 74 ans
Double lecture Cas négatifs	non	non	non	non	non
Taux de participation	55%	77%	55%	70%	74%

Source: HAS, Evaluation de l'introduction de la mammographie par Tomosynthèse dans le dépistage du cancer du sein, Volet 1, 2019.

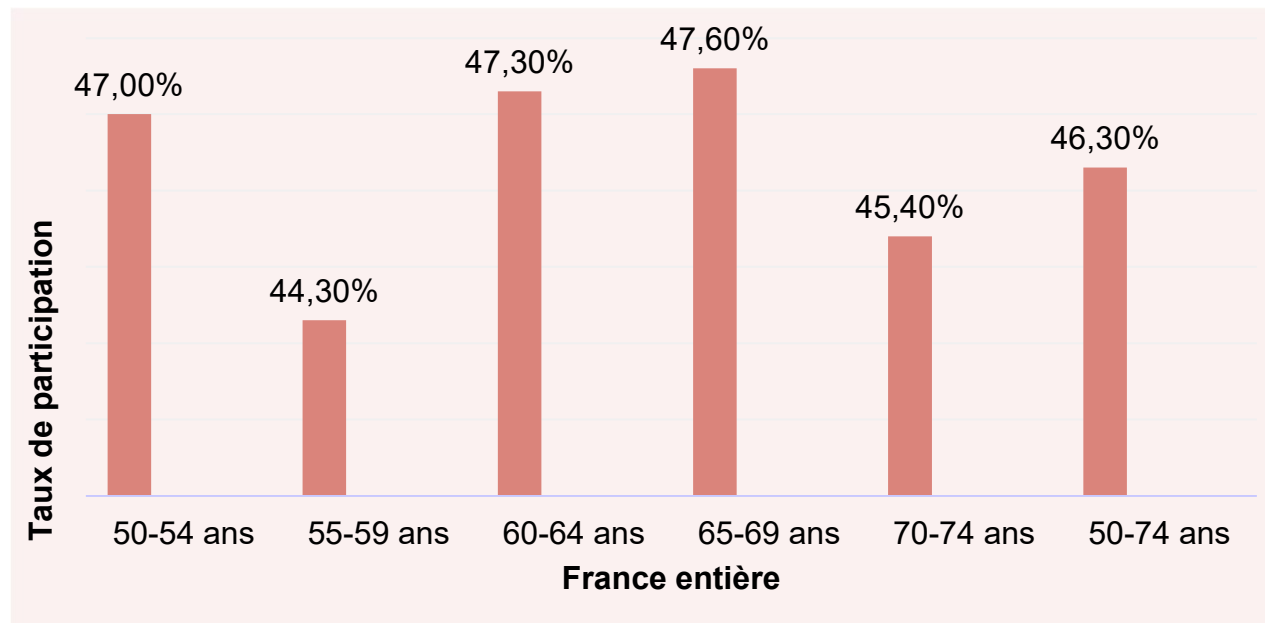
Un taux de participation à nouveau en baisse en 2023-2024, après une progression jusqu'à la campagne de 2010-2011



Source : Panorama des cancers en France – Édition 2025, Institut National du Cancer

Les taux de participation français au DOCS

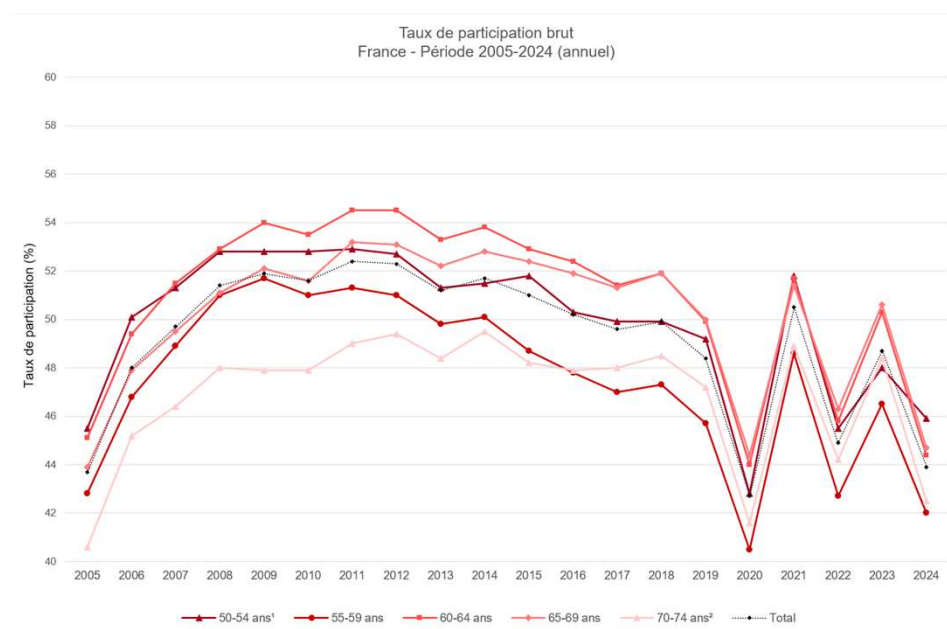
Taux de participation au DOCS en France, 2023-2024



Source : Santé publique France –avril 2025 – Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee

Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, par âge

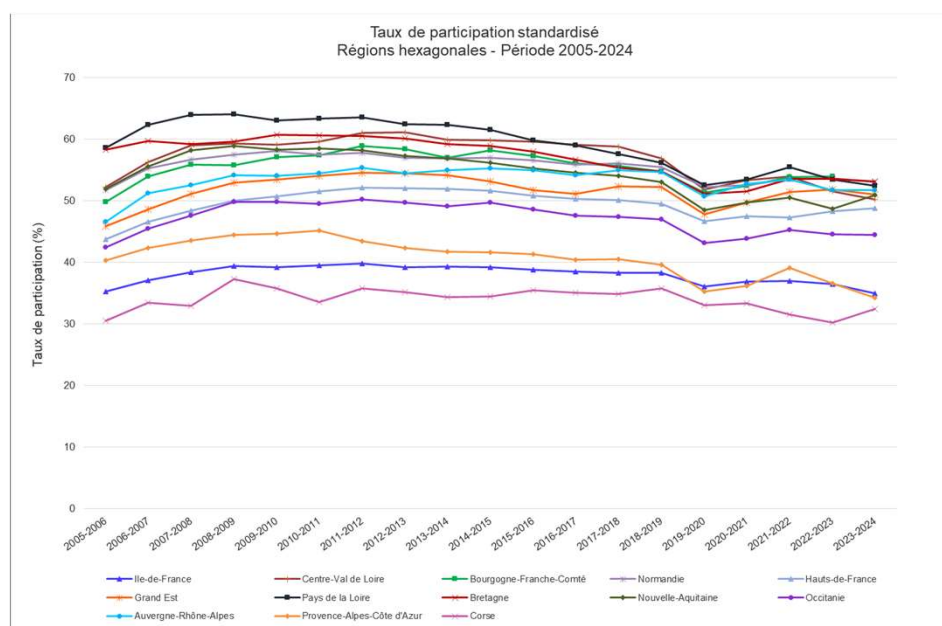
Période 2005 à 2024



Source : Santé publique France – avril 2025 – Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee

Les taux de participation au DOCS en France

Évolution du taux de participation au DOCS, par région, France, 2005 à 2024



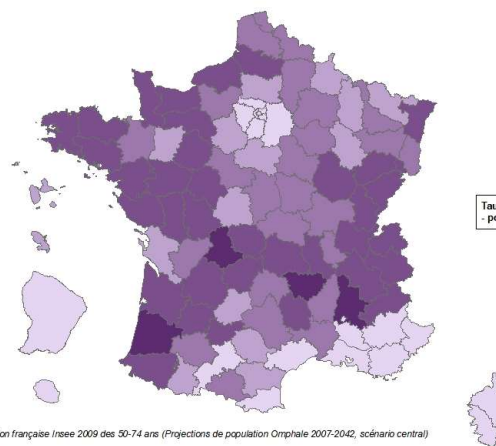
Source : Santé publique France – avril 2025 – Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee

Hétérogénéité des taux de participation au DOCS, par département, France

Programme de dépistage organisé du cancer du sein
Taux de participation départementaux standardisés* 2024

Taux de participation
standardisés (%)

[14-40[
[40-45[
[45-50[
[50-55[
[55-57[



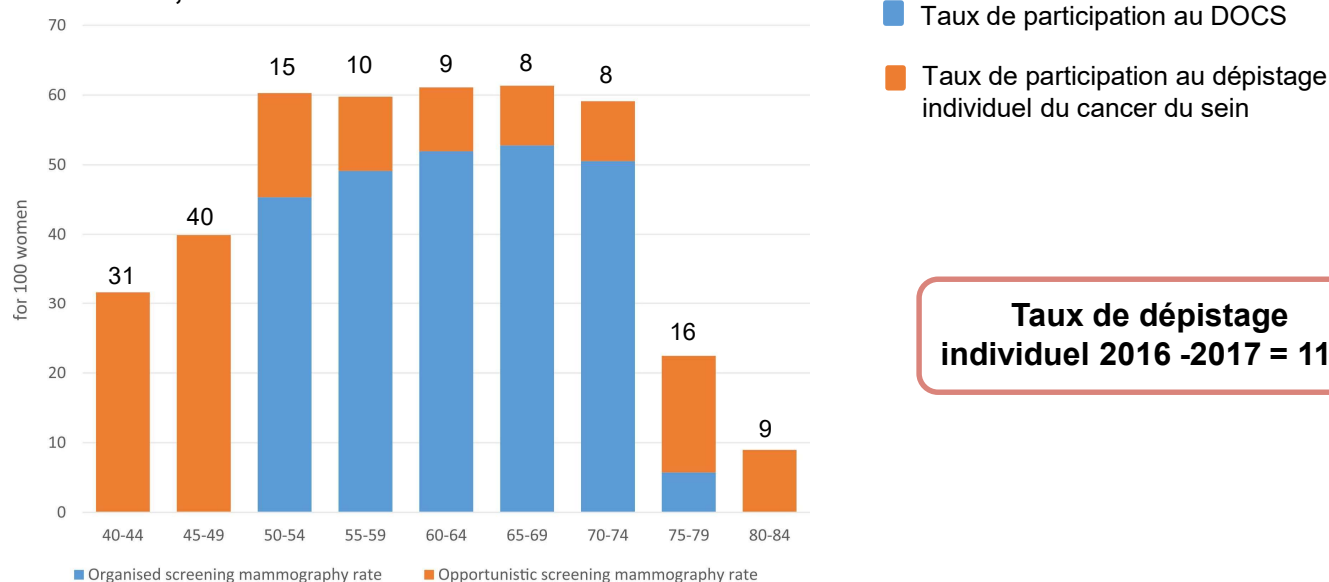
Taux de participation national
- population cible : 44,8 %

* Standardisés sur la population française Insee 2009 des 50-74 ans (Projections de population Orphale 2007-2042, scénario central)

Source : ©IGN/GeoFLA® 2014 ;
©Santé publique France, 04/04/2025
Données issues des CRCDC et ELP de l'Insee

Les taux de participation français au dépistage individuel du cancer du sein

Taux de participation au en France, 2016-2017



**Taux de dépistage
individuel 2016 -2017 = 11%**

Source : Quintin Cécile, Chatignoux Edouard, Plaine Julie, Hamers Françoise F, Rogel Agnès ,Cancer epidemiology, 2022, vol. 81, p. 102270

Performance technique du programme (2019-2020)

Taux de dépistages positifs

- ✓ en première lecture (L1) avant bilan de 6 pour 100 femmes dépistées
- ✓ après bilan diagnostic immédiat (BDI) de 2,8 pour 100 dépistées
- ✓ en prenant en compte la deuxième lecture (L2), avant bilan en L1 et L2 : 7 pour 100 femmes dépistées

cancers détectés grâce à cette double lecture L2 :

1 500

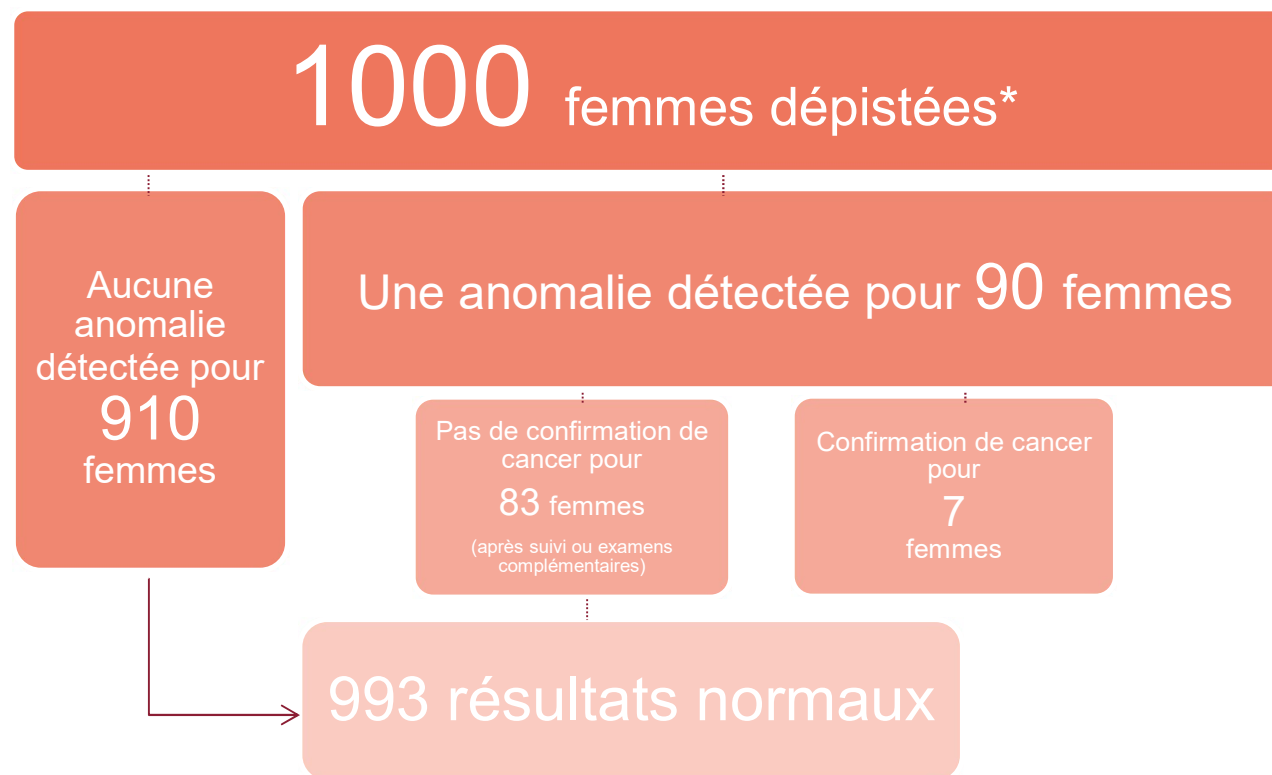
Une valeur prédictive positive (VPP) de la mammographie de dépistage avant bilan diagnostic de **11,3 %** en 2020

Taux de détection des cancers

- ✓ Cancers de bon pronostic pour les cancers invasifs de diamètre ≤ 10 mm de **37 %**
- ✓ Cancers invasifs sans envahissement ganglionnaire de **89 %**

Source: www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/indicateurs-de-performance-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein-de-2008-a-2020

En résumé...



* Par dépistage, pour des femmes de 50 à 74 ans, dans le cadre du DOCS

Source : e-cancer.fr

6. DOCS : Quels avantages ? Quels inconvénients ?

Quels avantages à participer au DO ?

Un gain de temps sur la maladie

De réelles chances de guérison et une réduction de la mortalité

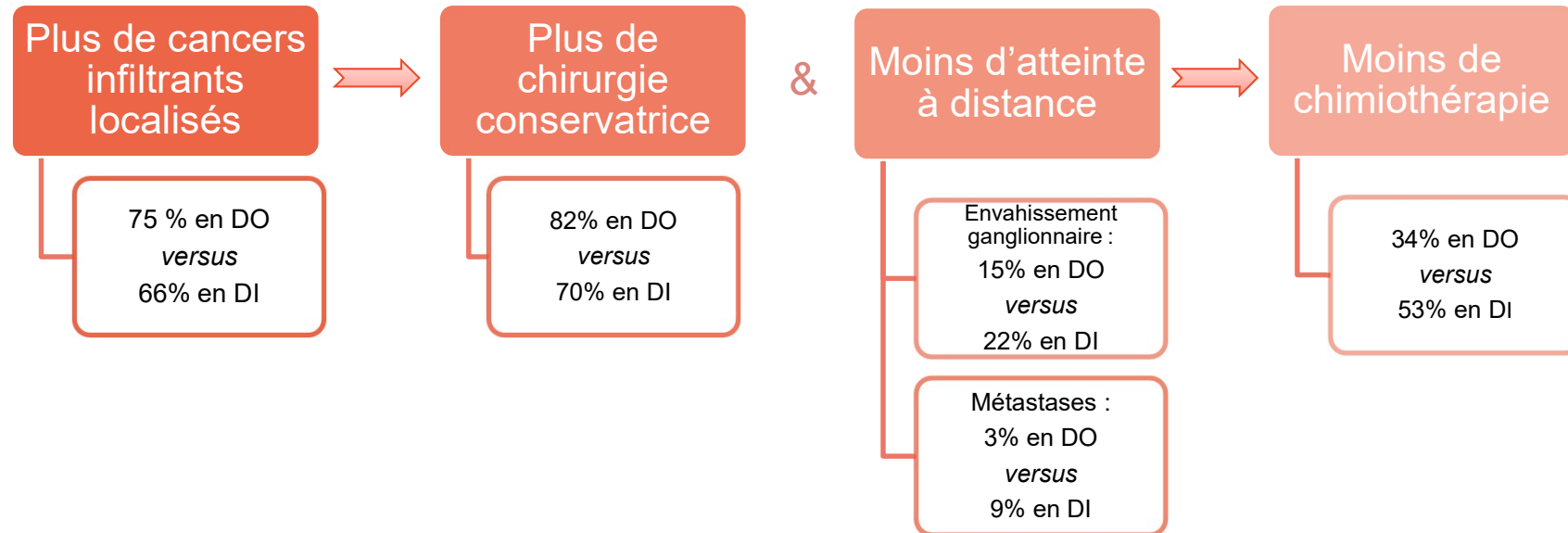
Des traitements moins lourds pour une meilleure qualité de vie

Un suivi régulier et une prise en charge des frais à 100%

Un programme qui répond à des exigences de qualité strictes

Quels avantages à participer au DO ?

En proportion :



Source : « Dépistage du cancer du sein : impact sur les trajectoires de soins » INCa, 2018

Quels avantages à participer au DO ?

**Estimation du nombre de décès
annuels évités en France**

3 059

*en 2015 avec un taux de participation de 51,6 %
(consortium EU-TOPIA)¹*

**Taux estimé de réduction de
mortalité avec dépistage vs
absence de dépistage en France**

23 % [IC95 % de 4,4 %]

chez les femmes de 50 à 69 ans en 2010²

**Taux estimé de réduction de
décès avec dépistage vs
absence de dépistage**

21 % [IC₉₅ % de 13 %]

avec une sensibilité du test de dépistage de 75% et un taux de participation de 60%

*(Méta-analyse d'essais cliniques et d'études
observationnelles internationales concluant à une
réduction significative, mais hétérogénéité des résultats)*

Sources :

1-Zielonke N, Kregting LM, Heijnsdijk EA, Veerus P, Heinävaara S, McKee M, et al. The potential of breast cancer screening in Europe. *Int J Cancer* 2021;148(2):406-18.

2-Uhry Z, Hédelin G, Colonna M, et al. Modelling the effect of breast cancer screening on related mortality using French data. *Cancer Epidemiol.* Jun 2011;35(3):235-42. doi:10.1016/j.canep.2010.10.009

Source :

Chen TH, Yen AM, Fann JC, et al. Clarifying the debate on population-based screening for breast cancer with mammography: A systematic review of randomized controlled trials on mammography with Bayesian meta-analysis and causal model. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(3):e5684

Les bénéfices du DOCS - Traitements conservateurs et désescalade thérapeutique

- Le dépistage vise à un diagnostic plus précoce, il ne représente d'ailleurs « que » **30% des cancers diagnostiqués**
- Il n'a pas pour objectif de diminuer le nombre de cancers détectés (ni à $\searrow$ le nombre total de mastectomies (partielles ou totales)).

En revanche, le DO contribue à la désescalade thérapeutique

- 82%** de chirurgie conservatrice dans le DO versus **70 %** (hors DO)
- 34 %** de chimiothérapie dans le DO versus **53 %** hors DO
- La mastectomie totale ne concerne « que » 1/3 des femmes atteintes de cancer

TABLEAU 3 Traitements reçus		
	ENSEMBLE DES FEMMES	
	DO (N =13 530)	DIDC (N =10 258)
Exérèse ¹	13 277 (98 %)	9 524 (93 %)
- Chirurgie conservatrice du sein	10 952 (82 %)	6 658 (70 %)
- Mastectomie totale	2 325 (18 %)	2 866 (30 %)
Radiothérapie	11 813 (87 %)	8 583 (84 %)
Chimiothérapie ²	4 540 (34 %)	5 441 (53 %)
- Néoadjuvante ou première	726 (5 %)	1 413 (14 %)
- Adjuvante	4 103 (30 %)	4 229 (41 %)
- Sans chirurgie	105 (1 %)	450 (4 %)
Hormonothérapie	9 546 (71 %)	7 016 (68 %)
Soins palliatifs	54 (0 %)	196 (2 %)

¹Les taux de mastectomies partielle et totale sont calculés sur les personnes ayant eu une exérèse. En cas de reprise chirurgicale avec mastectomie totale, la mastectomie totale est considérée.

²Comprend les prescriptions de chimiothérapie, thérapies ciblées et immunothérapies. Les femmes peuvent avoir eu un traitement néoadjuvant, adjuvant, les deux, ou un traitement seul.

« Dépistage du cancer du sein : impact sur les trajectoires de soins » INCa, 2018.

Quels leviers ? Quels freins au dépistage ?

Leviers

**Amélioration et
homogénéisation des pratiques**

**Amélioration des modalités
organisationnelles**

Renforcement de l'information
Améliorer les messages d'information et
élargir la communication

Freins

Obstacles logistiques
Délais d'attente, frein financier

Douleur liée à l'examen
Appréhension de la douleur liée à la
réalisation de l'examen

Manque d'informations
sur la maladie et sur le déroulé de
l'examen

Quels inconvénients ?



Sur le plan personnel

- Un **temps d'attente** d'environ 2 semaines avant la L2 et les résultats définitifs qui peuvent être mal vécus ou **anxiogènes**
- Une **source d'inquiétude** (Ex : lorsque l'examen met en évidence des anomalies qui s'avèreront bénignes (= faux positif))

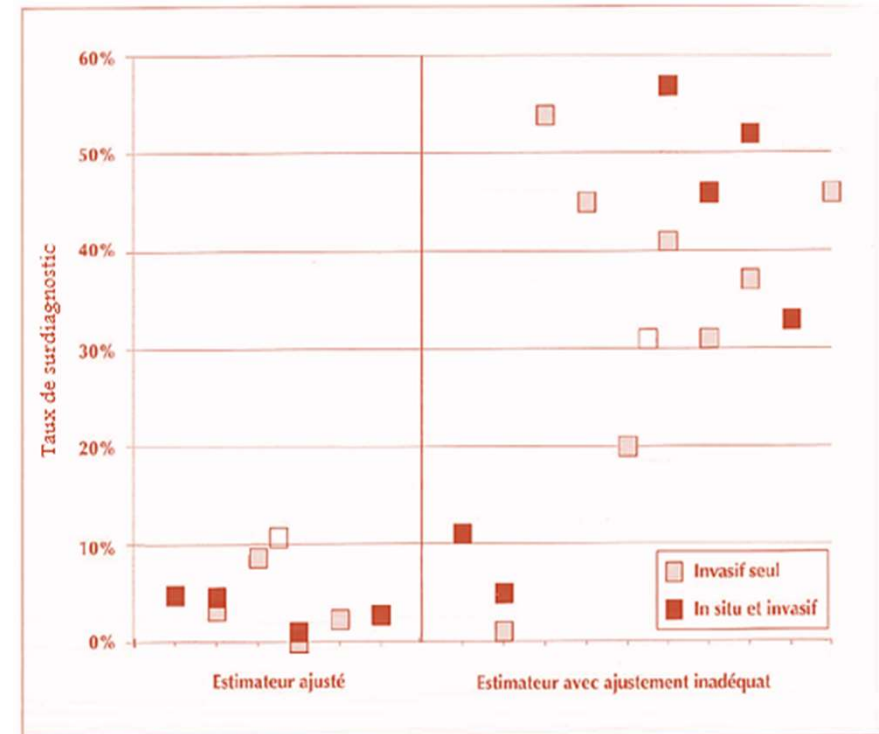
Sur le plan médical

- Le diagnostic et le traitement de cancers peu évolutifs
→ **sur-diagnostic**
→ **sur-traitement**
- L'exposition aux Rayons X
→ **cancers radio-induits**

Le sur-diagnostic



- Le sur-diagnostic correspond à la détection de lésions cancéreuses qui n'auraient pas évoluées vers une présentation clinique ou symptomatique au cours de la vie de l'individu, ni n'auraient été diagnostiquées ou causé de préjudice à l'individu en l'absence de dépistage
- Cela concerne **1 à 10% des cancers détectés** après ajustement adéquat (6,5% selon l'estimation du CIRC 2014, voire 20% selon le rapport Marmot)
- L'état actuel des connaissances scientifiques ne permet pas de distinguer d'emblée un cancer qui évoluera, d'un cancer qui n'évoluera pas ou peu, ou qui n'aura pas de conséquences pour la femme concernée.
- Dans les cas où ces cancers sont traités, le sur-diagnostic conduit à du sur-traitement.



Les cancers radio-induits

- Pour une femme ayant réalisé une mammographie tous les 2 ans pendant 10 ans... le risque de décès par cancer radio-induit est estimé de l'ordre de **1 à 10 pour 100 000 femmes (CIRC 2016)**
- Les mammographies représentent en France moins de 2% de l'exposition totale de la population aux rayonnements ionisants
- À ce jour, des modélisations existent mais très peu de données épidémiologiques dans la tranche d'âge : **une fonction +/- linéaire d'augmentation du risque**
- Les cancers radio-induits ne se distinguent pas des autres cancers du sein
- **Dans les modélisations, le nombre de décès évités est 100 fois supérieur au nombre de décès liés à l'irradiation**



Une femme qui suit les recommandations de DO, de 50 à 74 ans, réalisera 13 mammographies.

→ Son exposition aux rayonnements ionisants représenterait alors $\frac{1}{4}$ de celle provoquée par un scanner abdominopelvien qui est un examen courant.

Source : e-cancer

Les cancers de l'intervalle

- Les cancers de l'intervalle sont des cancers qui surviennent dans l'intervalle qui suit une mammographie de dépistage négative et l'examen de dépistage suivant
- Une étude collaborative entre CRCDC, registres des cancers et Santé Publique France a été réalisée en 2014
- Il s'agit de la 1^{ère} étude portant sur des données françaises,
- Résultats conformes aux données de la littérature :
 - Augmentation du nombre de cancers de l'intervalle détectés avec l'âge
 - Diminution avec densité mammaire élevée
 - Stades de diagnostic des cancers d'intervalle plus avancés que les cancers dépistés
 - Sensibilité 83 % (62 –87) = 17% de cancers de l'intervalle
 - **Taux de cancers d'intervalle 1,6 ‰**



Etude CRCDC-Registres-SpF (données 2014)

Etude des caractéristiques
histologiques des cancers dans
9 départements

Taux de cancers dépistés =
7,34 ‰

Taux de cancers de l'intervalle
= **1,55 ‰**

• Source : Les cancers de l'intervalle du programme de dépistage des cancers du sein en France. CRCDC, SpF http://senologie.tv/pdfs_up/5a04615ee2a6a.pdf

7. Dépistage des personnes à risque élevé et très élevé

Quelles conduites à tenir en fonction du niveau de risque ?

PATIENTE À RISQUE MOYEN



Dépistage organisé

Examen clinique une fois par an
dès 25 ans
Mammographie tous les deux ans
de 50 à 74 ans
Echographie complémentaire,
si nécessaire (Ex: seins denses)

PATIENTE À RISQUE ÉLEVÉ



ATCD personnel de cancer du sein :

Examen clinique tous les 6 mois pdt 2 ans, puis annuel.
Mammographie uni ou bilatérale annuelle sans limite de
durée et +/- Echographie mammaire

ATCD personnel affections du sein*

Une mammographie annuelle pendant 10 ans
et +/- écho mammaire.
Après les 10 ans :
Si femme + de 50 ans → DO
Si - de 50 ans → +/- écho tous les 2 ans jusqu'au DO

* Femmes avec une hyperplasie canalaire ou lobulaire atypique, ou de carcinome
lobulaire in situ.

ATCD Irradiation thoracique (Hodgkin)

À partir de 8 ans après la fin de l'irradiation : Examen
clinique annuel au plus tôt à 20 ans + IRM mammaire
annuelle au plus tôt à 30 ans.
En complément de l'IRM : mammographie
et +/- échographie mammaire

PATIENTE À RISQUE TRÈS ÉLEVÉ



ATCD familial de cancer du sein

**Score d'Eisinger ≥ 3 ET recherche
initiale BRCA 1 et BRCA 2 non
informative dans la famille**

Voir recommandations HAS

L'apport du Score d'Eisinger dans la prise en compte des antécédents familiaux

Le Score d'Eisinger

Le score d'Eisinger est un score prenant en compte l'ensemble des antécédents familiaux, validé pour l'indication de la consultation d'oncogénétique. Il permet également de graduer le risque de cancer du sein en l'absence de mutation.

Antécédents familiaux	Cotation
Mutation BRCA1 ou 2 identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme < 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3
Cancer du sein chez une femme 40 et 49 ans	2
Cancer du sein chez une femme 50 et 70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire	3

Résultats

Les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale (paternelle ou maternelle).

Interprétation :

Score = 5 ou plus : excellente indication
Score = 3 ou 4 : indication possible
Score = 1 ou 2 : utilité médicale faible

Sources : Eisinger F., Bressac B., Castaigne D., Cottu P.H., Lansac J., Lefranc J.P., et al. Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire. Bull Cancer 2004;91(4):219-37

8. DOCS : informer le grand public, les femmes et les professionnels de santé

Livret Sein – courrier « entrantes »



SOMMAIRE

	MOT DU PROFESSEUR NORBERT IFRAH, Président de l'Institut national du cancer	4-5
1	JE M'INFORME SUR LES CANCERS DU SEIN	6-9
2	JE M'INFORME SUR LE DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN	10-13
3	EN PRATIQUE, COMMENT ÇA SE PASSE ?	14-19
4	LES QUESTIONS QUE JE PEUX ME POSER	20

TÉMOIGNAGES



RETROUVEZ CE LIVRET
EN FORMAT AUDIO
EN SCANNANT CE QR CODE.

Téléchargeable

8. Informer le grand public et les professionnels de santé

Plus un cancer du sein est détecté tôt, plus les chances de guérison sont grandes.

Madame,

Vous êtes invitée à réaliser un **dépistage** du cancer du sein dont l'objectif est de pouvoir repérer une éventuelle maladie dès les premiers signes. En effet, plus un cancer est détecté tôt et plus les chances de guérison sont grandes.

Selon une étude* récente menée par l'Institut national du cancer, si plus de 9 femmes sur 10 se déclarent favorables au dépistage du cancer du sein, il ressort un déficit d'information sur sa recommandation (à quel âge ? quelle fréquence ?) et ses modalités pratiques de réalisation (où ? comment ? quels examens ? quel coût ? etc.).

En répondant à ces questions et à d'autres (par exemples, sur les limites du dépistage ou les facteurs de risque de la maladie), ce livret vous permettra d'en savoir davantage sur le cancer du sein et son dépistage. Ainsi, vous pourrez décider vous-même, en connaissance de cause, de votre réponse à l'invitation qui vous est faite.

Si après avoir l'avoir lu, vous avez encore des questions, vous pourrez en parler avec votre médecin généraliste, votre gynécologue ou votre sage-femme.

Bonne lecture,

Professeur Norbert Ifrah
Président de l'Institut national du cancer

*Etude INCA post-test campagne octobre 2021.

1 JE M'INFORME SUR LES CANCERS DU SEIN

Un cancer du sein c'est quoi ?

Un cancer du sein résulte d'un dérèglement de certaines cellules qui se multiplient et forment la plus souvent une masse appelée "tumeur".

Il en existe différents types qui évoluent pas de la même manière. Certains sont "agressifs" et évoluent très rapidement, d'autres plus lentement. Les cellules cancéreuses peuvent rester dans le sein. Elles peuvent aussi se propager dans d'autres organes, ce qui est une situation encore plus menaçante. On parle alors de "métastases".

Dans la majorité des cas, le développement d'un cancer du sein prend plusieurs mois, voire plusieurs années.

C'est un cancer qui se guérit ?

Aujourd'hui, il existe de réelles chances de guérison grâce aux progrès techniques de la science. Mais guérir d'un cancer du sein dépend de plusieurs facteurs, dont l'âge, la taille et le type de la tumeur, le stade de la maladie (profondeur de la peau, nombre et situation des éventuels ganglions envahis, métastases dans d'autres organes).

De manière générale, plus les cancers du sein sont détectés tôt et plus les chances de guérison sont importantes : la détection précoce permet à 99 femmes sur 100 d'être en vie 5 ans après le diagnostic. Plus de 10 000 cancers agressifs sont dépistés chaque année et peuvent être soignés plus tôt.

Quels sont les symptômes du cancer du sein ?

Il est tout à fait normal que l'aspect de vos seins change au fil des années.

Cependant, restez attentive à des modifications qui seraient inhabituelles et consultez un professionnel de santé dès que vous constaterez :

- l'apparition d'une boule, d'une grosseur dans le sein ou sous son bras (aisselle) ;
- une modification de la peau : rétraction, rougeur, œdème ou aspect de peau d'orange ;
- une modification du mamelon ou de l'aréole (zone qui entoure le mamelon) : rétraction, élargissement de coloration, saignement ou écoulement ;
- des changements de forme de vos seins.

Il vous est recommandé de faire examiner vos seins au moins une fois par an par votre médecin généraliste, votre gynécologue ou votre sage-femme.

1^{er} cancer le plus fréquent chez la femme.

Plus de 12 100 décès par an.

Près de 59 000 nouveaux cas diagnostiqués par an.

80% des cas se déclarent après 50 ans.

Ce livret d'informations pratiques est également disponible en version feuiltable et en version accessible.
Il existe également en version audio et en langue des signes française.

Dépliant

8. Informer le grand public et les professionnels de santé



BD FALC – convention Santé BD



[Lien](#)

Dépliant version simplifiée



UN CANCER DU SEIN, C'EST QUOI ?
Un cancer du sein c'est tressé/une boule se forme dans le sein. Elle est appelée "tumeur". Dans la majorité des cas, le développement d'un cancer du sein prend plusieurs mois, parfois plusieurs années. Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent et le plus mortel chez la femme. Le dépistage des cancers du sein est proposé aux femmes de 50 à 74 ans.

LE DÉPISTAGE, À QUOI ÇA SERT ?
Le dépistage sert à voir s'il y a une tumeur dans mon sein. Certaines tumeurs ne sont pas graves et certaines sont graves comme le cancer.

LE DÉPISTAGE, COMMENT ÇA SE PASSE ?
Je prends rendez-vous chez un radiologue qui réalisera :
• une radio de mes seins appelée "mammographie", ET • un examen de mes seins avec ses mains : une palpation des seins.

LE SAVIEZ-VOUS ?

25 ans	26 ans	27 ans
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9
10	10	10
11	11	11
12	12	12
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	21	21
22	22	22
23	23	23
24	24	24
25	25	25
26	26	26
27	27	27
28	28	28
29	29	29
30	30	30
31	31	31
32	32	32
33	33	33
34	34	34
35	35	35
36	36	36
37	37	37
38	38	38
39	39	39
40	40	40
41	41	41
42	42	42
43	43	43
44	44	44
45	45	45
46	46	46
47	47	47
48	48	48
49	49	49
50	50	50
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	66	66
67	67	67
68	68	68
69	69	69
70	70	70
71	71	71
72	72	72
73	73	73
74	74	74

Une palpation des seins par un docteur est recommandée tous les ans dès l'âge de 25 ans.

1. JE PRENDS RENDEZ-VOUS AVEC UN RADIOLOGUE

1. Je reçois ma lettre d'invitation au dépistage ou j'ai une ordonnance de mon docteur.

2. J'apporte la lettre jointe à ma lettre d'invitation pour choisir mon radiologue et prendre rendez-vous.

3. Le jour de mon rendez-vous, je reviens pas d'apporter ma lettre d'invitation ou mon ordonnance, ma carte Vitale et des images de mes précédentes mammographies, si j'en ai.

2. CHEZ LE RADIOLOGUE

4. Le radiologue m'accueille et me demande si des gens de ma famille ont déjà eu des maladies de sein. Je peux aussi lui poser mes questions.

5. Dans un vestiaire, avant d'entrer dans la salle radio, j'enlève mes vêtements du haut et mes bijoux avant de réaliser les examens.

3. LES EXAMENS DE DÉPISTAGE
La radio de mes seins, la mammographie

6. Je me mets face à la machine. Je tiens la barre.

7. Le radiologue place mon sein sur la plaque de la machine. Une deuxième plaque le comprime. Je peux avoir un peu mal mais cela ne dure que quelques secondes.

8. Le radiologue fait une autre radio de mon sein. Je me mets de côté, et je tiens la barre.

9. Le même examen est réalisé sur l'autre sein.

Pendant les quelques secondes de la radio de chacun de mes seins, le radiologue me demande de ne pas bouger et de retenir ma respiration.

La palpation de mes seins

10. Le radiologue examine mes seins avec ses mains : c'est une palpation des seins.

11. Si nécessaire, il peut également réaliser un examen de mes seins avec une machine : c'est une échographie.

12. Après les examens, je peux me rhabiller et ramener mes bijoux.

4. LES RÉSULTATS DE MES EXAMENS

13. Après les examens, le radiologue me dit ce qu'il a vu sur la radio.

14. Si la mammographie ne montre aucune anomalie, par sécurité on autre radiologue vérifie ma radio.

15. Les résultats définitifs seront disponibles chez mon radiologue dans un délai de 2 semaines, ou envoyé directement si je ne peux pas me déplacer.

16. Si la mammographie montre une anomalie, le radiologue ou mon docteur peut me proposer d'autres examens.

PLUS UN CANCER DU SEIN EST DÉTECTÉ TÔT, PLUS LES CHANCES DE GUÉRISON SONT GRANDES

Illustrations extraites de SantéED "La mammographie - le dépistage des cancers du sein" disponible gratuitement sur www.santeted.fr ©SantéED

LE RÔLE DU CENTRE DE COORDINATION DES DÉPISTAGES DES CANCERS

Aujourd'hui, en France, il existe 3 programmes de dépistage organisé des cancers :

- CANCER DU SEIN**
Tous les Français
De 50 à 74 ans
- CANCER COLORECTAL**
Pour les Français et les Français
De 50 à 74 ans
- CANCER DU COL DE L'UTÉRUS**
Pour les femmes
De 25 à 65 ans

Chargé de l'organisation de ces programmes, votre Centre :

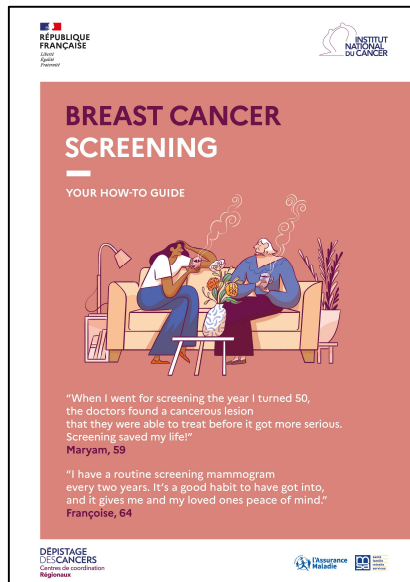
- gère les invitations et les relations des personnes concernées par les dépistages ;
- s'assure du suivi de chaque personne invitée en lien avec son docteur ;

L'équipe de votre Centre se tient à votre disposition pour répondre à vos questions.

Pour en savoir plus sur le dépistage des cancers du sein et les autres dépistages, parlez-en avec votre docteur ou rendez-vous sur cancerdusein.inca.fr

PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN

Dépliant en langues étrangères (anglais, portugais, arabe)



Téléchargeable

Campagne digitale et RS



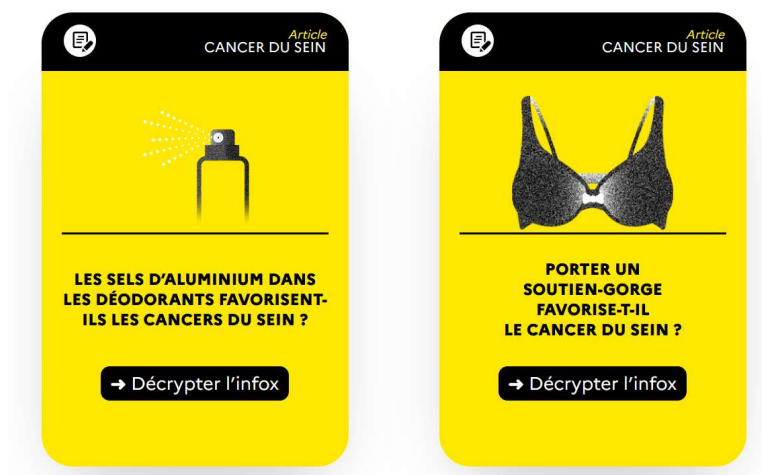
Campagne digitale et RS : carrousels



Nouvel espace dédié aux trois dépistages : jefaismondepistage.cancer.fr



Rubrique dédiée sur cancer.fr Lutter contre les fausses infos



les éclairages

Pour y voir plus clair sur les cancers

POURQUOI CETTE RUBRIQUE ? ▼

Chercher une infox...

Pour informer les femmes

Des films sur les principales questions que se posent les femmes.



La mammographie : mal ou pas mal ?



Le dépistage du cancer du sein : j'y vais ou j'y vais pas ?



Le dépistage du cancer du sein : risque 0 ou pas ?



Le dépistage du cancer du sein : à quoi ça sert ?



Le résultat du dépistage du cancer du sein : tout de suite...



La sensibilité élevée
du sujet, implique
une obligation légale
à n'utiliser
uniquement que les
outils du programme
DOCS, mis à
disposition par les
pouvoirs publics



Vidéo pédagogique : un film d'animation sur la chaîne YouTube de l'Institut

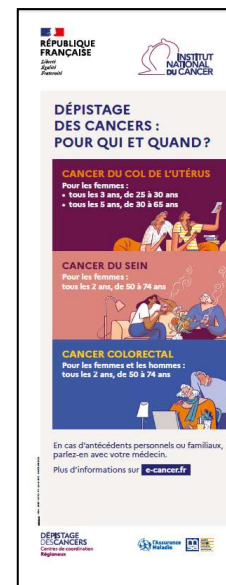


Dépistage des cancers du sein : pourquoi ? comment ? pour qui ?

Pour informer le grand public sur les dépistages



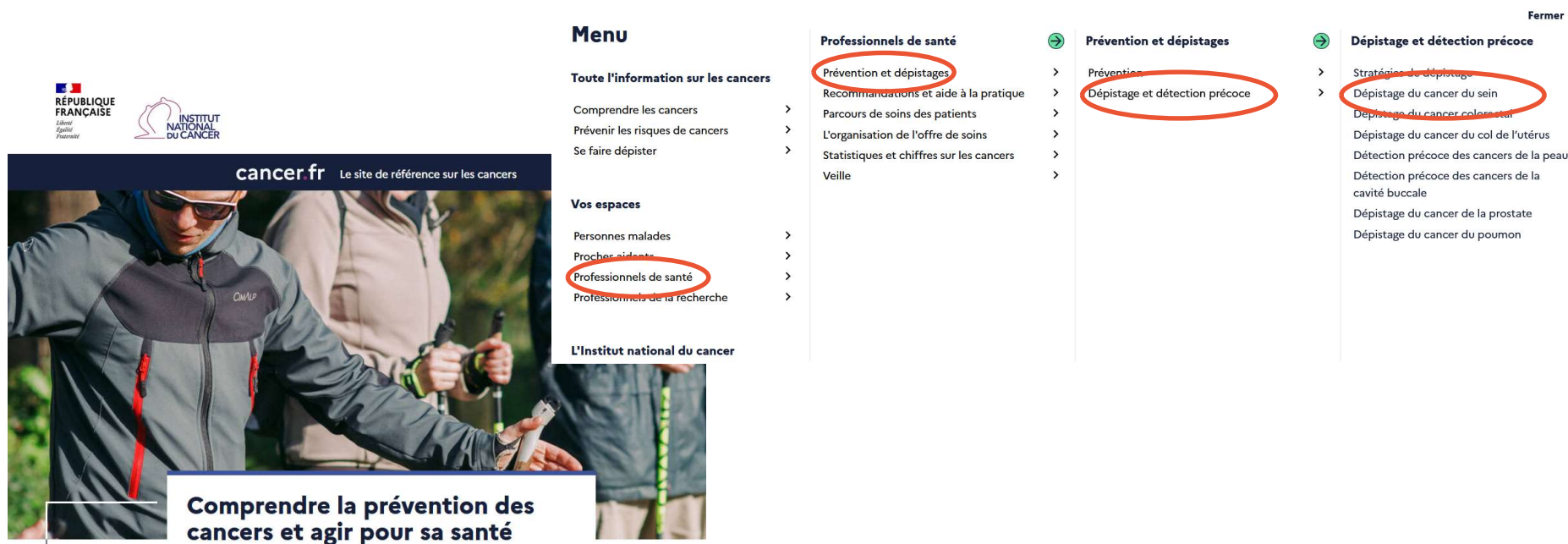
Affiche



Kakémono

Pour informer les professionnels de santé

Des onglets web dédiés au DOCS



The screenshot shows the cancer.fr website interface. At the top left, the logos of the French Republic and the Institut National du Cancer (INCA) are visible. The main navigation menu is displayed on the left, with the following sections:

- Menu**
 - Toute l'information sur les cancers
 - Comprendre les cancers
 - Prévenir les risques de cancers
 - Se faire dépister
 - Vos espaces
 - Personnes malades
 - Proches aidants
 - Professionnels de santé** (highlighted with a red circle)
 - Professionnels de la recherche

Below the menu, there is a banner image of a person in a grey jacket, with the text "Comprendre la prévention des cancers et agir pour sa santé".

On the right side, there is a sidebar with the following sections:

- Professionnels de santé** (highlighted with a red circle)
 - Prévention et dépistages** (highlighted with a red circle)
 - Prévention
 - Dépistage et détection précoce** (highlighted with a red circle)
- Dépistage et détection précoce** (highlighted with a red circle)
 - Stratégies de dépistage
 - Dépistage du cancer du sein** (highlighted with a red circle)
 - Dépistage du cancer colorectal
 - Dépistage du cancer du col de l'utérus
 - Détection précoce des cancers de la peau
 - Détection précoce des cancers de la cavité buccale
 - Dépistage du cancer de la prostate
 - Dépistage du cancer du poumon

The sidebar also includes a "Fermer" button at the top right.

Les outils disponibles pour la pratique

CANCER DU SEIN
QUELLES MODALITÉS DE DÉPISTAGE,
POUR QUELLES FEMMES ?

Chaque année, près de 54 000 cas de cancer du sein sont détectés et 12 000 femmes décèdent des suites de cette maladie. Pourtant, détecté à un stade précoce, ce cancer est de bon pronostic. La survie nette à 5 ans des femmes atteintes d'un cancer du sein diagnostiqué en 2005-2010 s'élève à 87 % (92 % pour les femmes de 55 à 74 ans). Cependant, plus le cancer est détecté tôt, plus le taux de survie est important: 99 % pour un cancer du sein détecté à un stade précoce et 27 % pour un cancer métastasé. Ce document vous indique les modalités de dépistage recommandées selon l'âge et le niveau de risque de vos patientes.

LES FACTEURS DE RISQUE EN SYNTHÈSE

1. **L'ÂGE** : le premier facteur de risque de développer un cancer du sein.
À partir de 50 ans. Le cancer du sein survient majoritairement chez les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier autre que leur âge.

2. **LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS** : un risque élevé de développer un cancer du sein.

- Cancer du sein ou carcinome canalaire *in situ*
- Hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire
- Irradiation thoracique à haute dose (lymphome de Hodgkin)

3. **LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX** : un risque potentiellement très élevé de développer un cancer du sein.

- Cancer du sein chez la femme
- Cancer de l'ovaire
- Cancer du sein chez l'homme

Les modalités de dépistage et de suivi pour l'ensemble des facteurs de risque sont présentées en pages intérieures.

Pour toutes les femmes, un examen clinique mammaire annuel est recommandé dès 25 ans.

Fiche pratique

QUE FAIRE AVANT 50 ANS ET APRÈS 74 ANS ?

En l'absence de facteur de risque justifiant un dépistage spécifique, il est recommandé de ne pas proposer de dépistage mammographique, même dans les situations suivantes :

- un diabète de type 2;
- une prise de contraception orale;
- des lésions mammaires sans atypie;
- une ménopause tardive;
- une première grossesse après 30 ans;
- la nulliparité;
- le port d'implants mammaires.

POUR TOUTES LES FEMMES, UN EXAMEN CLINIQUE MAMMAIRE ANNUEL EST RECOMMANDÉ DÈS 25 ANS.

SYMPTÔMES À SURVEILLER

Quelles que soient les modalités de dépistage proposées, une mammographie de diagnostic doit être prescrite, entre 2 examens, devant certains symptômes évocant un cancer du sein :

- une tuméfaction;
- une rétraction cutanée ou mamelonnaire;
- une inflammation;
- un écoulement mamelonnaire;
- un eczéma du mamelon;
- une adénopathie axillaire.

CLASSIFICATION, PAR LE RADIOLOGUE, DES RÉSULTATS DE MAMMOGRAPHIES selon le degré de suspicion de leur caractère pathologique – BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System). Le tableau préside également la conduite à tenir.

Classification	Conduite à tenir
ACR 0	Des investigations supplémentaires sont nécessaires (incidences complémentaires, agrandissement de calcifications, échographie...). Il s'agit d'une classification provisoire utilisée dans l'attente des résultats complémentaires d'imagerie afin d'établir une classification définitive.
ACR 1	Mammographie normale.
ACR 2	Présence d'anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire.
ACR 3	Présence d'une anomalie probablement bénigne qui justifie une surveillance rigoureuse à court terme (dont un premier contrôle à 4 ou 6 mois généralement).
ACR 4	Présence d'une anomalie suspecte qui indique une vérification histologique (microbiopsie, macrobiopsie ou biopsie chirurgicale).
ACR 5	Présence d'une anomalie évocatrice d'un cancer, qui implique systématiquement une biopsie ou une exérèse chirurgicale.

Fiche pratique

Comment se procurer les outils ?

- Sur la page de commandes en ligne



- Via l'adresse mail infodespistage@institutcancer.fr

9. DOCS : Quelles innovations? Quelles perspectives ?

Les innovations dans le DO CS

La
dématérialisation



La
tomosynthèse



L'intelligence
artificielle et le
Machine
Learning



Biopsie liquide
et
biomarqueurs



Les innovations dans le DOCS



Double lecture

- Expérimentation de la dématérialisation en double lecture en cours
- Analyse de l'impact de la stratégie de centralisation de la double lecture



La Tomosynthèse

- Rapport HAS 2023: recommandation de la 3D/2DS conditionnée par l'évaluation de la performance de la 2DS en double lecture
- Etude d'évaluation à venir par l'INCa
- Objectif : permettrait d'augmenter le taux de détection des cancers et de diminuer le taux de rappel et de faux-positifs.

NB: sa performance doit être évaluée dans le cas précis du DO



L'intelligence artificielle et le machine learning

- L'IA est déjà présente dans le dépistage, au travers des CAD intégrés aux logiciels de mammo numériques
- Perspectives : améliorer la détection et la caractérisation des tumeurs (ex des KI), et aboutir à une personnalisation du dépistage.



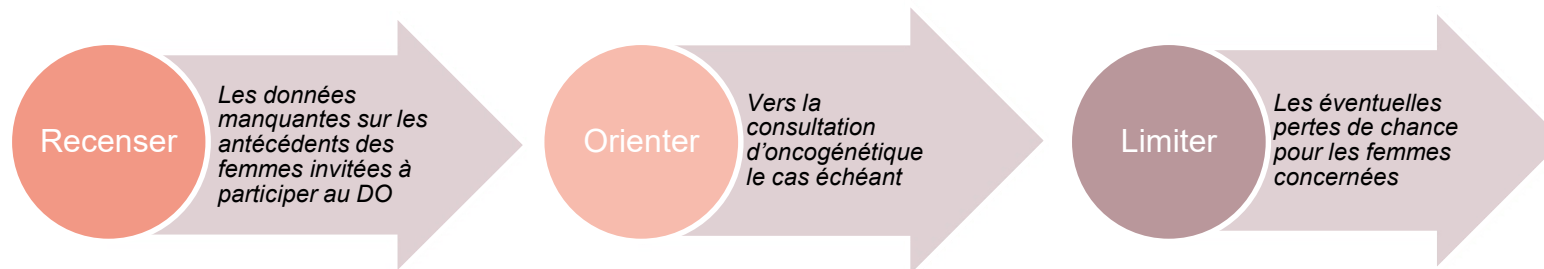
Biopsies liquides et biomarqueurs

- Nécessité de poursuivre la recherche dans le domaine du dépistage et de valider les outils au travers d'études cliniques
- Perspectives : estimer le niveau de risque individuel des femmes pour personnaliser le dépistage

L'intégration des personnes à risque élevé/très élevé en DO



- Intégration du **Score d'Eisinger** dans la fiche d'interprétation à destination des radiologues/patientes



- Dans un second temps, faire le lien statistique entre les femmes engagées en DI et celles qui participent au DO

D'un point de vue général

→ Recueillir ces données permettra ainsi de proposer un suivi personnalisé, adapté aux antécédents et aux risques de chaque femme

Un dépistage stratifié sur le niveau de risque

L'étude MyPeBS en cours « *My Personal Breast Screening : comparaison randomisée européenne du dépistage standard du cancer du sein versus dépistage stratifié sur le risque, chez les femmes âgées de 40 à 70 ans* ».



- MyPeBS a pour objectif principal de démontrer qu'une stratégie de dépistage stratifiée en fonction du risque ne fait pas « moins bien » que le dépistage standard, en termes d'incidence de cancer du sein de stades 2 et plus, à 4 ans.
- Niveau de risque individuel calculé à partir des données personnelles de chaque femme (âge, antécédents familiaux de cancers, « statut hormonal », densité mammaire, génotype)
- Mammographies réalisées à une fréquence adaptée au niveau de risque individuel (dépistage personnalisé)
- Objectifs secondaires : démonstration d'une supériorité du dépistage stratifié par rapport au standard sur l'incidence de cancer de stade 2 et plus, évaluation de la réduction par cette stratégie des « préjudices » du dépistage, évaluation de l'impact socio-psychologique et l'évaluation économique
- Inclusion attendue de 85 000 patientes (dont 20 000 en France), le reste répartis entre Grande-Bretagne, Espagne, Italie, Belgique, Israël
- Financement par Horizon 2020 de 12,5 millions d'euros
 - ➔ contribution INCa pour une partie des dépenses nationales, dans le cadre du PHRC (1,1 millions d'euros)
- Durée totale du projet : 8 ans ➔ 2018 à 2025

L'apport des outils d'aide à la décision



Définition



Les aides à la décision sont des outils qui soutiennent les patients et les professionnels de santé dans leur prise de décision partagée concernant une question de santé individuelle. Elles ont pour objectif de faciliter un temps d'échange et de délibération où patient et professionnels de santé discutent les différentes options disponibles au regard des attentes et préférences du patient, de l'expérience des professionnels.

Recommandations HAS – mars 2018

Objectifs des outils d'aide à la décision

- Clarifier la/les décisions à prendre en identifiant les difficultés des deux côtés (patient et professionnel)
- Présenter l'ensemble des options disponibles avec le même degré d'information pour chaque option
- Guider le patient dans l'identification de ses besoins, préférences, contraintes et ressources (lister les questions et inquiétudes; estimer l'impact de chaque option; identifier les autres personnes concernées par la décision; etc.)
- Inviter le patient à clarifier le rôle qu'il souhaite avoir dans la prise de décision

Dans un contexte de confusion quant à l'information perçue sur les bénéfices/risques du Dépistage Organisé du cancer du Sein en France, les outils d'aide à la décision pourraient constituer un réel appui menant vers la décision partagée et le dépistage de précision

10. Conclusion

Les points clés du programme DOCS

Pour qui ?

- 10 millions de femmes âgés de 50 à 74 ans sans symptômes, à risque moyen

Pourquoi ?

- Détection précoce des cancers
- Offrir de meilleures chances de guérison, conserver une bonne qualité de vie, diminuer la mortalité par cancer du sein

Comment ?

- 1 mammographie avec seconde lecture et examen clinique, tous les deux ans si négatif

Par qui ?

- Radiologues, gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes
- Invitation par les régimes d'assurance maladie et suivi par les CRCDC

Perspectives ?

- Intégration des innovations
- Dépistage de précision

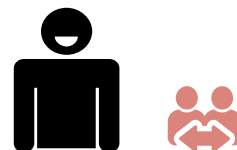


**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



MERCI de votre attention



Dépistage des cancers du sein - Document de
formation « Organisation du programme de
dépistage organisé »