

Dépistage des cancers du sein : quelles voies d'amélioration ?

Breast Cancer Screening: What Are the Areas for Improvement?

Carole MATHELIN

Résumé

En France, comme dans tous les pays, le cancer du sein reste de nos jours une maladie grave avec environ 62 000 nouveaux cas et 12 000 décès annuels. Malgré les indéniables progrès thérapeutiques, les traitements des cancers du sein demeurent lourds et longs, combinant de manière inconstante chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie et thérapies ciblées.

Le pronostic du cancer du sein est lié à plusieurs paramètres, notamment le stade de la maladie au moment du diagnostic et la biologie de la tumeur. Sachant qu'il n'est pas possible de modifier l'agressivité biologique des cancers, les seules actions pour réduire les risques de décès liés au cancer du sein sont la prévention primaire et la détection du cancer à un stade le plus précoce possible, ce qui est l'objectif du dépistage. Les conséquences attendues de ce dépistage concernent non seulement la réduction de mortalité, mais également la diminution de la lourdeur des traitements.

Après une première phase de projets pilotes organisés dans quelques départements français à partir de 1989, le dépistage organisé (DO) du cancer du sein a été généralisé à l'ensemble des départements français en 2004. Les femmes âgées de 50 à 74 ans sont actuellement invitées tous les deux ans, à bénéficier d'une mammographie avec double incidence associée à un examen clinique (et si nécessaire une échographie mammaire) prise en charge à 100 % par l'assurance maladie sans avance de frais. Ce DO est concurrencé par un dépistage dit individuel (DI), car réalisé en dehors du cadre proposé par les pouvoirs publics. Selon le rapport de la Cour des comptes de 2026, « Le DI, qui concerne des patientes de toutes tranches d'âge, présente des lacunes, comme l'absence d'une seconde lecture. Il est en outre coûteux pour les patientes comme pour la collectivité. La possibilité de dépassements d'honoraires dans le cadre du DI fait naître un risque que les femmes soient incitées, par exemple en jouant sur les délais d'accès à la mammographie, à privilégier le DI ». En comparaison avec le DI, outre l'égalité d'accès pour toutes les femmes et la double lecture des clichés par 2 radiologues, le DO a d'autres avantages, tels que et le contrôle-qualité du matériel (et notamment de la dosimétrie) tous les 6 mois. Par ailleurs, l'enregistrement prospectif des données permet l'évaluation précise des programmes de DO (ce qui n'est pas possible avec le DI). Il a ainsi pu être démontré dans de nombreux programmes de DO une réduction significative de la lourdeur des traitements et de la mortalité. A titre d'exemple, pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, il existe une réduction de la mortalité de 23% chez les femmes invitées et de 40% chez les femmes participantes. Une réduction significative de la mortalité est également observée chez les femmes entre 70 et 74 ans (B Lauby-Secretan NEJM 2015: 2353-258).

Cependant, malgré des résultats hautement significatifs en faveur du DO, de nombreuses polémiques et controverses concernant ce DO, notamment les risques de surdiagnostic, de surtraitement et les doutes sur la baisse réelle de la mortalité continuent à être relayées auprès de la société civile et du corps médical, contribuant à une diminution des taux de participation. Ceux-ci sont d'environ 44% en France en 2024. Or, il a été démontré que pour réduire les chiffres de la mortalité à l'échelle de la population, les taux de participation à ce DO devraient être suffisamment importants, dépassant les 70%. Lorsque l'on analyse les controverses concernant le DO, il apparaît qu'elles sont souvent basées sur des études anciennes avec des prises en charge diagnostiques et thérapeutiques obsolètes. D'autres publications citées par les détracteurs du DO, concernent des programmes de dépistage ayant des modalités très différentes du modèle français, avec des âges de participation très variables (pouvant aller de 35 à 80 ans) et des protocoles techniques et organisationnels très divers (absence d'examen clinique ou d'échographie par exemple). De plus, le recours à une deuxième lecture des mammographies n'est pas systématique dans les différents programmes, bien que 7 à 9 % des cancers soient identifiés en seconde lecture. Il est donc impossible d'extrapoler les résultats d'études portant sur des DO ayant des modalités très différentes de celles qui ont été retenues dans les programmes français. Les résultats «grandeur nature» des études récentes portant sur le DO des cancers du sein pour les femmes de plus de 50 ans sont de nature à encourager sans réserve ce DO.

Cependant, une modernisation du DO pourrait probablement augmenter les taux de participation. Dans ce contexte, une réflexion devrait débiter sur une modification des tranches d'âge concernées, sur une personnalisation du DO, en particulier des délais entre deux mammographies, de l'organisation de la deuxième lecture (dématérialisation des mammographies), sur l'intégration d'autres modalités d'imagerie et sur la modernisation des méthodes de communication auprès des professionnels de santé et de la société civile. De plus, la dématérialisation rendrait possible l'utilisation de l'intelligence artificielle dans le cadre du DO, que la Cour des comptes appelle à prévoir et encadrer. Dans ce contexte, l'Académie nationale de chirurgie s'engage activement en faveur du DO des cancers du sein et à participer aux indispensables évolutions

de ce dépistage.

Prof Carole Mathelin, MD PhD

Chef de service de chirurgie. ICANS, 17 rue Albert Calmette 67200 Strasbourg France

Past-Présidente de l'Académie Nationale de Chirurgie, Présidente de la Société Internationale de Sénologie

Abstract

In France, as in all countries, breast cancer remains a serious disease today, with approximately 62,000 new cases and 12,000 deaths annually. Despite undeniable therapeutic advances, breast cancer treatments remain intensive and lengthy, combining surgery, radiation therapy, chemotherapy, immunotherapy, and targeted therapies in varying combinations.

The prognosis for breast cancer depends on several factors, including the stage of the disease at the time of diagnosis and the biology of the breast tumor. Since it is not possible to alter the biological aggressiveness of cancers, the only ways to reduce the risk of death from breast cancer are primary prevention and detecting the cancer at the earliest possible stage—which is the goal of screening. The expected benefits of this screening include not only reduced mortality but also a reduction in the intensity of treatments—particularly the number of mastectomies, axillary lymph node dissections, and oncological treatments—in favor of less aggressive and shorter-duration treatments.

Following an initial phase of pilot projects launched in several French departments starting in 1989, organized breast cancer screening (OS) was expanded to all French departments in 2004. Women aged 50 to 74 are currently invited every two years to undergo a dual-view mammogram combined with a clinical examination (and, if necessary, a breast ultrasound), with 100% of the cost covered by health insurance without any out-of-pocket expenses. This OS faces competition from so-called individual screening (IS), as it is conducted outside the framework established by public authorities. According to the 2026 report by the Court des Comptes, “IS, which covers patients of all age groups, has shortcomings, such as the absence of a second reading. It is also costly for both patients and the public. The possibility of extra fees under IS creates a risk that women may be incentivized—for example, by manipulating wait times for mammograms—to opt for IS.” Compared to the IS, in addition to equal access for all women and the double reading of images by two radiologists, the OS has other advantages, such as quality control of equipment (and particularly dosimetry) every six months. Furthermore, prospective data collection allows for the precise evaluation of OS programs (which is not possible with IS). It has thus been demonstrated in numerous OS programs that there is a significant reduction in treatment burden and mortality. For example, among women aged 50 to 69, there is a 23% reduction in mortality among invited women and a 40% reduction among participating women. A significant reduction in mortality is also observed among women aged 70 to 74 (B Lauby-Secretan NEJM 2015: 2353-258).

However, despite highly significant results in favor of OS, numerous debates and controversies surrounding this screening—particularly regarding the risks of overdiagnosis and overtreatment, as well as doubts about the actual decline in mortality—continue to be discussed among the general public and the medical community, contributing to a decline in participation rates. These rates stand at approximately 44% in France. However, it has been demonstrated that to reduce mortality rates at the population level, participation rates in this screening must be sufficiently high, exceeding 70%. When analyzing the controversies surrounding screening, it appears that they are often based on older studies with outdated diagnostic and therapeutic approaches. Other publications cited by screening critics pertain to screening programs with modalities very different from the French model, featuring highly variable participation ages (ranging from 35 to 80 years) and a wide variety of technical and organizational protocols (such as the absence of clinical examination or ultrasound). Furthermore, the use of a second reading of mammograms is not systematic across different screening programs, although 7 to 9% of cancers are identified during a second reading. Therefore, it is impossible to extrapolate the results of studies on screening programs that use methods very different from those adopted in French programs. The “real-world” results of recent studies on OS for women over 50 provide strong grounds for unreservedly supporting this screening.

However, modernizing the screening program could likely increase participation rates. In this context, consideration should be given to modifying the age groups involved, personalizing the OS—particularly the intervals between mammograms—and the organization of the second reading (digitization of mammograms), as well as integrating other imaging modalities and modernizing communication methods with healthcare professionals and civil society. Furthermore, digitization would enable the use of artificial intelligence within the screening program, which the Court des Comptes calls for planning and regulating. In this context, the National Academy of Surgery is actively committed to OS and to participating in the essential developments of this screening program.

Prof. Carole Mathelin, MD, PhD

Chief of Surgery. ICANS, 17 rue Albert Calmette, 67200 Strasbourg, France

Past President of the National Academy of Surgery, President of the International Society of Senology