



20 ANS APRÈS...
*Le dépistage du cancer
du sein*

Directeur de la publication :
Dr Jean-Philippe MASSON

Edition - Secrétariat – Publicité rédaction – Petites annonces
EDIRADIO – S.A.S. au capital de 40 000 €
Téléphone : 01 53 59 34 01 – Télécopie : 01 45 51 83 15
www.fnmr.org – Email : info@fnmr.org
168 A, rue de Grenelle – 75007 Paris

Président : Dr Jean-Philippe MASSON

Mise en page : RIVE COMMUNICATION
Crédits photo : Istock/Adobestock

IMPRIMERIE DECOMBAT
5 bis rue Gustave Eiffel – 15000 Aurillac
Dépôt légal 3^{ème} trimestre 2024

Septembre 2024

Reproduction interdite,
en tout ou en partie, par quel que procédé que ce soit,
sans l'autorisation écrite de l'éditeur
et des auteurs

ISBN 978-2-9558316-4-9



Sommaire

20 ANS APRÈS

Le dépistage du cancer du sein

INTRODUCTION

- 7. Dr Jean-Philippe MASSON**
Président de la FNMR

PRÉFACE

- 9. Dr Philippe DOUSTE-BLAZY**
Ministre de la Santé 2004-2005

TÉMOIGNAGE

- 11. Caroline ROUX**
Journaliste, présentatrice
et chroniqueuse radio/TV

PROPOS D'UN CONSTRUCTEUR

- 13. Virginie GERVAISE**
Présidente Philips France

I - HISTORIQUE

- 18. Historique du dépistage organisé en France**
- 19. Genèse du dépistage du cancer du sein en France**
- 21. Dr Brigitte SERADOUR :**
Le programme de dépistage français avant la généralisation (1989 à 2001)
- 25. Emmanuel RICARD :**
Qu'est-ce que l'instauration du dépistage organisé a représenté pour la Ligue ?

II - LE DÉPISTAGE ORGANISÉ

- 30. Corentin QUIGNON :**
Octobre Rose : un peu d'histoire
- 32. Wilfrid VINCENT :** Première cause de mortalité chez les femmes
- 36. Les actions de la FNMR pour Octobre Rose**

III - LES FEMMES EN PARLENT

- 41. Focus sur le dépistage**
- 43. Émilie HOCHET (Chez Rose) :**
Un espace associatif
- 45. Dominique VEXIAU (Europa Donna France) :**
Apport du dépistage organisé
- 46. Laure GUEROULT-ACCOLAS (Patients en Réseau) :**
Dépistage du cancer du sein : et si on changeait la donne ?
- 48. Evelyne BARBEAU, Maryse EDMOND (Une Luciole Dans La Nuit) :**
Bien-être cancer : un accompagnement professionnel pour les malades et les aidants
- 50. Quitterie BRÉZILLON (RoseUp) :**
RoseUp Association pour les patients touchés par tout type de cancer

- 52. Cécile REBOUL (Skin) :**
Skin, du parcours de soins
au parcours de soi
- 54. Béatrice MASSON
(Soroptimist International France) :**
Le dépistage organisé du cancer
du sein : Quel lien avec le Soroptimist
International ?
- 55. Corinne JOUBERT (Vaincre avec elles) :**
Améliorer la qualité de vie
- 57. Annie BROUSSE (Vivre comme avant) :**
En 20 ans, l'apport du dépistage organisé

IV - DANS LE RESTE DU MONDE

- 62. Le dépistage dans le monde**
- 66. Dr Jacques LEVESQUE :**
Dépistage du cancer du sein
au Canada
- 68. Dr Geraldine McGINTY :**
Le travail inachevé du dépistage
et du diagnostic du cancer du sein.

V - L'ORGANISATION ACTUELLE

- 73. Dr Laurent VERZAUX :** Le rôle des CRCDC
dans le dépistage organisé
- 76. Dr Romain FOUCHER :**
L'avis du radiologue sur la nouvelle
organisation du DOCS
- 78. Dr Katia GIOBBINI :** Le mammobile :
un usage politique sans intérêt médical
- 81. Claudine SCHALCK, Sabine PAYSANT :**
Les sages-femmes et le dépistage organisé
du cancer du sein
- 85. Dr Catherine GRENIER :** Le rôle de l'Assurance
Maladie dans la nouvelle organisation du
dépistage organisé des cancers du sein
- 87. Frédéric CHÉREAU :** Des maires qui agissent
en faveur de la prévention et du dépistage

- 89. Gil AVÉROUS :**
L'engagement local des maires pour
sensibiliser et faciliter l'accès au dépistage
organisé du cancer du sein

VI - LES PERSPECTIVES

- 95. Pr Isabelle THOMASSIN-NAGGARA,
Pr Pierre CHAMPSAUR :**
Quel est l'apport de l'intelligence
artificielle pour le dépistage du cancer du
sein aujourd'hui et demain ?
- 101. Dr Luc CEUGNART :**
Constats et perspectives,
20 ans après le déploiement national
- 105. Dr Peter PETROW :**
Évolution du dépistage en France,
médecine personnalisée ?
- 108. Dr Laurent VERZAUX :**
Le rôle de Senolog ? Qu'apporte
la prochaine version V3 ?
- 110. Dr Romain FOUCHER :**
Le modèle de formation du DOCS
est-il déclinable pour le DO du cancer
du poumon ?

CONCLUSION P. 113

LES CONTRIBUTEURS P. 114

LES ASSOCIATIONS P. 116

NOS PARTENAIRES P. 117

20 ANS APRÈS

Le dépistage du cancer du sein



DR JEAN-PHILIPPE MASSON

Président de la FNMR

A la fin des années 90, le dépistage organisé du cancer du sein était déjà opérationnel dans plusieurs pays européens.

Un groupe de médecins radiologues libéraux décide d'adapter le cahier des charges, utilisé alors dans ces pays, à la France. Le dépistage organisé du cancer du sein était né !

En 2004, après quelques expérimentations régionales, le ministre de la Santé signait l'extension du dépistage organisé à la France entière.

20 ans après, où en sommes-nous ?

C'est, à l'occasion de cet anniversaire, le moment de faire, avec tous les acteurs du dépistage, un bilan et de se projeter dans l'avenir.

Depuis 20 ans, malgré toutes les opérations de communication au moment d'Octobre Rose, le taux de participation a sensiblement peu varié pour rester aux alentours de 50 %. Bien sûr, il faut y rajouter le dépistage individuel mais celui-ci, ne bénéficiant pas d'une seconde lecture, n'offre pas les mêmes garanties de fiabilité.

Il semble exister un "plafond de verre" qu'il faut, bien évidemment, faire voler en éclats.

Que cet ouvrage "20 ans après... le dépistage du cancer du sein" en soit le détonateur ! ■



DR PHILIPPE
DOUSTE-BLAZY

Ministre des Solidarités,
de la Santé et de la Famille
2004-2005

Le dépistage du cancer du sein représente, sans nul doute, une des premières démarches de prévention primaire systématique dans notre pays.

L'expérimentation dans deux régions Françaises ayant été un succès, j'avais décidé de l'étendre à l'ensemble du pays en 2004, dès mon arrivée au Ministère de la Santé. Le choix était de créer des structures spécifiques au dépistage organisé et de le confier aux médecins radiologues libéraux présents sur tout le territoire. Bien sûr, nous aurions pu créer des structures exclusivement consacrées au dépistage. Mais quel en aurait été le coût et combien d'années aurait-il fallu pour le mettre en place ?

Confier le dépistage organisé aux médecins radiologues permettait à toutes les femmes de la tranche d'âge concernée d'accéder à cette action de prévention. C'était aussi la possibilité de mettre en œuvre dans les meilleurs délais un programme novateur. Enfin, les expériences menées par les radiologues libéraux avaient montré qu'ils pouvaient assurer un haut niveau de qualité et de sécurité du dépistage. C'est bien le cas puisque 90% des mammographies de dépistage sont assurés par eux.

On ne saurait aussi trop souligner le caractère novateur des conditions de mise en œuvre du dépistage organisé avec la formation spécifique et obligatoire des médecins radiologues et des manipulateurs, le contrôle qualité des équipements, le

nombre minimum (500) de mammographies à réaliser annuellement pour que chaque radiologue maintienne ce haut niveau de compétence.

Enfin, le dépistage organisé a introduit une pratique totalement nouvelle dans la culture médicale, la double lecture. Chaque radiologue a accepté que ses diagnostics soient revus par un confrère. Cette disposition a fortement contribué à relever encore le niveau de qualité des mammographies.

La généralisation à la France entière du dépistage organisé du cancer du sein fait partie des décisions qui sont au cœur de la mission du Ministère de la Santé : mettre en œuvre une action de santé publique contribuant à lutter contre une maladie dont on sait que la précocité du diagnostic diminue le taux de mortalité. Aujourd'hui, combiné avec des traitements de plus en plus performants, le dépistage organisé du cancer du sein prend toute sa part dans cette réussite.

Avec vingt ans de recul, je tire trois leçons de cette décision :

D'abord, la satisfaction de voir le succès d'une politique de prévention primaire dans un pays marqué trop souvent par une démarche médicale purement curative et individuelle alors qu'il faut tendre vers une approche préventive et communautaire de la médecine. Ensuite, la preuve que le Ministère de la Santé doit de plus en plus se reposer sur les médecins libéraux qui représentent un véritable réseau territorial même s'il est menacé par une démographie médicale défailante...

Enfin, la nécessité de ne plus opposer la médecine libérale à l'hôpital public mais au contraire de donner la responsabilité à tous de jouer un rôle dans l'innovation, la formation et ainsi, l'amélioration de la santé publique Française. ■

C'était un matin d'octobre



CAROLINE ROUX

Journaliste, présentatrice
et chroniqueuse radio/TV

La jeune femme sourit gentiment et me fait passer devant la machine. J'ai mis de longues minutes à enlever mes colliers et je m'avance vers elle, désolée de l'avoir fait attendre. Les gestes sont sûrs, le regard est bienveillant et j'ai froid.

Elle est économe de ses mots mais je n'ai pas envie de disserter sur les examens qu'elle enchaîne depuis le début de la matinée, ni de partager avec elle mes impressions sur cette légère angoisse qui s'est installée dans mon ventre depuis le café du matin.

Elle sait

Elle comprend mes phrases courtes et mon empressement, elle n'a pas à en dire plus, elle devine que j'ai déjà une petite expérience en la matière. A chaque fois c'est la même chose, le rendez-vous est pris depuis des semaines et les jours se rapprochent. Caroline, c'est la semaine prochaine ta mamo, c'est demain, c'est maintenant. L'envie de reporter. Pas avant les vacances, pas la veille de mon anniversaire, pas le jour d'une émission on ne sait jamais. Nier que la peur du diagnostic peut dissuader de franchir le pas du centre de radiologie serait mentir.

Quelle femme ne l'a pas entendue cette petite voix qui dit : au fond je ne veux pas savoir, j'ai le temps, on verra plus tard, j'ai palpé ma poitrine il n'y a rien, moi je sais. Tout va bien passons à autre chose.

Cette petite voix je la fais taire tous les 2 ans. C'est aujourd'hui.

La machine se met en place...

Je respire profondément et ne peux m'empêcher de penser à mes filles et à quoi ressemblera l'examen quand elles seront en âge de s'y soumettre. La technique aura-t-elle évolué ? Sera-t-elle plus douce pour éviter les dernières réticences ? L'intelligence artificielle saura-t-elle mieux prévenir les risques ? Dispenser celles qui ne risquent rien, suivre davantage les autres, établir des projections à partir de ces images et me donner rendez-vous dans 10 ans ?

Pour l'instant c'est ainsi

Mes seins sont calés sous les plaques transparentes, les clichés de face de côtés, en haut en bas. C'est fini. Vous pouvez vous rhabiller Mme Roux. 4 respirations plus tard je retrouve la salle d'attente.

Tiens revoilà cette petite voix

Et si ta vie basculait là maintenant sur un canapé en faux cuir, au milieu de femmes que tu ne connais pas.

Je pense à celles qui sont arrivées un matin comme moi entre 2 urgences du quotidien et qui sont ressorties seule avec une peur nouvelle, un passager clandestin, un nouveau combat à mener.

J'y pense mais je suis prête

Cette prévention est un luxe. Une chance offerte à nous toutes.

La radiologue entre dans la salle d'attente je guette sur son visage un signe annonciateur, une moue complice, une ombre dans le regard. Mais elle baisse les yeux sur mon dossier.

Je n'ai même pas le temps de m'asseoir

Elle a déjà jeté un regard sur une image que je ne sais pas lire. Des zones claires, des gris, des volutes plus foncées. Tout va bien Madame Roux. Elle sourit. Me rend mon dossier. Rendez-vous dans 2 ans, me lance-t-elle avec autorité. Naturellement.

Dans 2 ans, une éternité

Je jette les documents dans mon sac, dévale les escaliers et reprends le fil des appels en absence

Ma fille m'a contactée 2 fois.

« Où es-tu maman ? »

« Je quitte le centre de radiologie »

« C'est ta mammo »

« Oui tout va bien rassure-toi ! »

Elle a 20 ans, elle sait

Et là avant d'entamer une conversation sur les petits riens du jour elle me lance :

« Bonne nouvelle Madré, c'est bien que tu prennes soin de toi ».

Elle a compris qu'il faut prévenir pour avoir des chances de guérir.

Voilà quelques heures de la vie d'une femme à qui on a dit très vite, que les grands

périls pouvaient être silencieux, qu'il fallait parfois aller au-devant des bonnes ou des mauvaises nouvelles pour garder la main, pour se donner toutes les chances de ne pas laisser grandir les ombres en son sein.

Cela fait 20 ans que tous les mois d'octobre, les mères, les filles, les sœurs se rappellent à l'ordre, que la petite voix s'efface derrière un élan collectif. Un élan en rose qui éveille celles à qui l'on n'a pas transmis, qui donne un supplément de force à celles qui en ont besoin, et qui décide enfin celles qui seraient tentées de dire... on verra demain. ■

« CETTE PRÉVENTION
EST UN LUXE...
UNE CHANCE OFFERTE
À NOUS TOUTES ! »

Dépistage : détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez des personnes en bonne santé n'ayant pas encore de symptômes apparents pour ainsi freiner ou stopper la progression de la maladie.



VIRGINIE GERVAISE

Présidente Philips France

PHILIPS

Dans un système de santé pensé pour être curatif, le dépistage apparaît presque comme une dichotomie. Car **dépister, c'est prévenir**. Et prévenir, c'est avoir une longueur d'avance.

Cette notion de prévention est un enjeu majeur pour le futur patient comme pour le système de santé dans sa globalité. Le dépistage apparaît comme la pierre angulaire d'un système de soin en bonne santé.

Et c'est ce que l'histoire du dépistage nous raconte finalement. Comment, parce qu'il agrège autour de lui l'innovation technologique et le rôle clé des acteurs de santé, le dépistage rime avec l'évolution du système de santé et sa nécessaire transformation.

Si l'imagerie médicale fait partie intégrante de l'offre de soins, **alors la place du radiologue devient fondamentale dans la réussite du dépistage**. Son rôle est essentiel dans l'approche transversale de la santé. Par sa capacité à détecter un patient à risque en dehors du système de soins pour enclencher la prise en charge, et par sa place de relai

avec le médecin traitant, il est à même de tisser un lien singulier et particulier avec le patient. Le radiologue est en cela un médecin clinicien qui participe à la réussite des politiques de dépistage.

Mais l'histoire du dépistage, c'est aussi et surtout **l'histoire de l'innovation technologique**. Une innovation au service d'une santé qui repousse, chaque jour, ses limites, pour mieux soigner, mieux traiter. Du développement de l'imagerie, en passant par l'amélioration des rayons X jusqu'à la révolution de l'intelligence artificielle et l'apport de la donnée, les outils de diagnostic précoce se fondant sur la data sont aujourd'hui essentiels pour sauver des vies et optimiser le parcours patient. Pour optimiser la réussite du dépistage.

Grâce aux données scientifiques massivement accumulées, il est possible, aujourd'hui, d'anticiper l'apparition et l'évolution de certaines pathologies. C'est une réalité tangible : l'accès à la donnée permet de mieux soigner.

Avec l'allongement de la durée de vie, les besoins en santé vont croissant. Le dépistage et la prévention doivent alors être pensé

→ comme des outils nécessaires pour anticiper ces besoins. Adapter le système de santé tout entier devient un enjeu sociétal en soi et le dépistage, un dispositif clé. Et c'est grâce aux données de santé, à leur analyse et leur exploitation que nous avons la capacité d'anticiper l'apparition et l'évolution des pathologies.

C'est ainsi que **l'histoire de dépistage se confond avec l'histoire de la santé de demain**. Et chaque acteur se doit d'y prendre part.

Si **le rôle des industriels est d'apporter des solutions pour construire la santé de demain** et optimiser la prise en charge. Si le rôle des médecins radiologues est central dans le parcours patient. Alors celui des institutionnels réside dans la mise en place et le soutien de politiques de santé publique plus agressives pour que la transition profonde vers un modèle résolument plus préventif devienne une réalité. Et en la matière, il sera clé que tous les acteurs travaillent ensemble pour mener cette révolution.

La prévention doit être la pierre angulaire de notre approche de la santé.

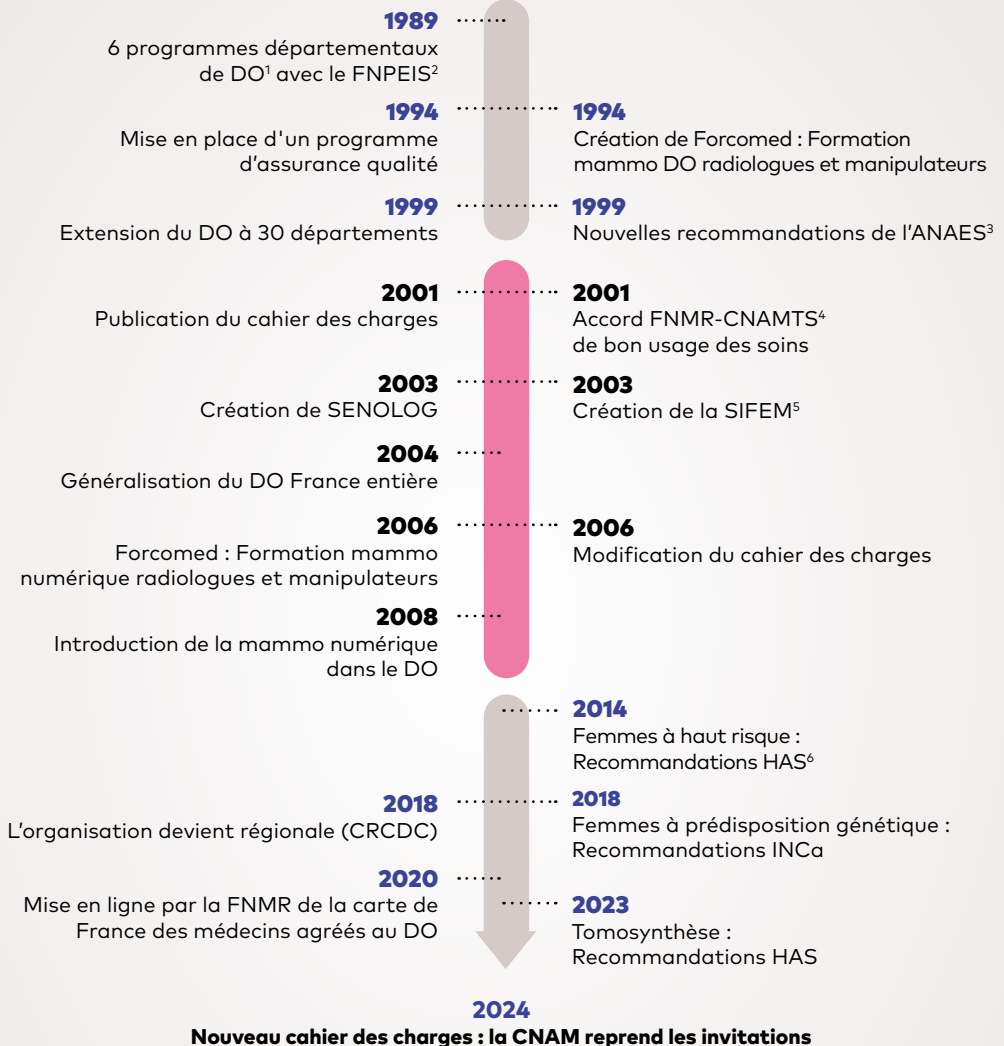
Pour que les 20 prochaines années du dépistage soient synonymes du passage d'un modèle de santé curatif, à un modèle de santé préventif. ■



HISTORIQUE



HISTORIQUE DU DÉPISTAGE ORGANISÉ EN FRANCE



¹ DO : dépistage organisé

² FNPEIS : Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire

CRCDC : Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers

³ ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

⁴ CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie - Travailleurs salariés

⁵ SIFEM : Société d'imagerie de la femme

⁶ HAS : Haute autorité de santé

Genèse du dépistage du cancer du sein en France

Au début des années 1990, si la mammographie existait en France, elle n'était pratiquée que de façon individuelle, sans contrôle des installations et sans formation spécifique des médecins radiologues.



Reprenant ce qui se faisait déjà dans plusieurs pays, notamment du Nord de l'Europe, **le docteur Alain Taïeb, président de la FNERQ¹ (qui deviendra ensuite la FNMR) décide de lancer des expérimentations de dépistage du cancer du sein.**

En 1994, ce sont les départements de l'Alsace et des Bouches-du-Rhône qui s'impliquent dans ce travail. Dans le même temps, le

ministère réfléchissait à la mise en place d'une accréditation à la mammographie. Le pouvoir de persuasion d'Alain Taïeb et des équipes de la FNERQ permet de mettre en place de nouvelles expérimentations dans 18 départements de plus, représentant 38 % de la population féminine, et fin 1998 ce sont sept autres qui les rejoignent.

La direction générale de la santé quant à elle confirme sa volonté de généraliser le dépistage mais « à un rythme raisonnable ». Il existe, en effet **des disparités importantes entre les départements**, notamment en ce qui concerne l'application de la Charte Assurance qualité, rédigée par le comité de pilotage, constitués de nombreux radiologues libéraux et présidé par le Pr Maurice Tubiana.

Un mot sur cette Charte qui est l'origine du cahier des charges national qui sera ensuite publié.

Elle comportait, outre un contrôle de la qualité des installations, depuis le mammographe lui-même (certains radiologues faisaient encore des mammographies sur de simples tables de radiologie !) que sur la chaîne

¹ Fédération Nationale des Électro-Radiologistes Qualifiés

→ de développement et la formation des équipes radiologiques. La deuxième lecture, fondamentale pour la qualité du dépistage, en faisait également partie.

C'est ainsi qu'Alain Taieb et son équipe ont décidé **la création de FORCOMED**, initialement pour former les radiologues et les manipulateurs à la mammographie.

Fin 2002, le ministre de la santé de l'époque, Jean-François Mattéi, ministre de la Santé 2002-2004, annonçait que le dépistage généralisé serait lancé début 2003. Le Docteur Denis Aucant, président de la FNMR, signait, au nom des médecins radiologues, avec la CNAMTS² les accords pour la généralisation du dépistage. Il faudra en fait attendre jusqu'en 2004 pour que son successeur, Philippe Douste Blazy signe le décret dans le cadre du premier plan cancer.

Ce délai s'explique par l'organisation nationale de cette mesure de santé publique : création des instances départementales, rédaction définitive du cahier des charges, déploiement après formation des sociétés de contrôle, création d'un acte CCAM³ pour la facturation et, bien sur formation d'un nombre suffisant de radiologues (au moins 50%) par Forcomed.

Afin de suivre de façon précise le déploiement et la participation des femmes au dépistage du cancer du sein, la FNMR lance **l'observatoire de la sénologie SENOLOG**. Cet outil informatique, intégré aux systèmes d'information permet de suivre pratiquement en temps réel les résultats du dépistage du cancer du sein. Les chiffres qu'il permet d'obtenir ont été, d'ailleurs, utilisés pendant longtemps par le groupe technique

de l'INCa⁴. Un comité technique national est constitué pour, auprès de la DGS⁵, assurer le lancement et prendre en compte les remontées du terrain. Ce groupe de travail continue d'œuvrer et en 2008 réussit à faire publier un nouveau cahier des charges incluant la mammographie numérique.

Depuis, hélas, ce comité est devenu fantôme et certaines évolutions techniques comme la tomosynthèse, la dématérialisation de la seconde lecture, entre autres, n'ont jamais pu être prises en compte.

Grâce à la ténacité d'Alain Taieb et de son équipe, le pari de mettre en place le dépistage du cancer du sein en France a été gagné en surmontant tous les obstacles, professionnels, organisationnels, culturels qui se sont dressés. ■

LE PARI DE METTRE EN PLACE
LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
EN FRANCE A ÉTÉ GAGNÉ.

² Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

³ Classification Commune des Actes Médicaux

⁴ Institut National du Cancer

⁵ Direction générale de la santé

Le programme de dépistage français avant la généralisation (1989 à 2001)



DR BRIGITTE SERADOUR

Radiologue
Présidente du CRCDC SUD PACA
Présidente de l'ANCR CDC*

**DÉPISTAGE
DESCANCERS**
Centre de coordination
Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur

Les premiers essais randomisés de dépistage du cancer du sein ont apporté la preuve dans les années 80 que la mortalité par cancer du sein pouvait diminuer d'environ 30 % chez les femmes de 50 à 69 ans soumises à un dépistage mammographique¹.

En France dès 1989, dans le cadre du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire (FNPEIS), six programmes expérimentaux de dépistage du cancer du sein ont été mis en place puis quatre autres en 1991. En 1994, le Ministre de la santé a décidé d'étendre graduellement ce programme aux autres départements. Un Comité National de Pilotage a été créé, dont la mission a été d'homogénéiser l'organisation et les pratiques des divers programmes, de promouvoir l'assurance de qualité et l'évaluation. Pour passer de l'étape expérimentale à un programme national, un cahier des charges a été établi, et en 1996, vingt départements participaient puis en 1999 trente départements.

Le Comité National de Pilotage rassemblait l'ensemble des partenaires : administratifs,

POUR PASSER DE L'ÉTAPE EXPÉRIMENTALE
À UN PROGRAMME NATIONAL,
UN CAHIER DES CHARGES A ÉTÉ ÉTABLI

financeurs, professionnels, et il rendait un jugement aux décideurs sur la conformité des programmes vis-à-vis du cahier des charges. Son Groupe Permanent instruisait les dossiers de mise en route et de suivi des programmes, et pouvait jouer le rôle de consultant à l'égard des acteurs départementaux. Deux programmes départementaux (Bas-Rhin et Bouches-du-Rhône) ont fait partie comme projets pilotes

* Association Nationale des CRCDC

→ du programme « Europe Contre le Cancer » et ont bénéficié d'échanges d'expériences entre les 16 projets de 10 pays différents.

La particularité du programme français a été de faire appel aux structures médicales existantes, en particulier de radiologie, sans créer d'unités spécialisées. Ce modèle décentralisé a été adapté à notre système de soins, mais plus difficile à organiser et à gérer², Tableau1. Cette organisation devait se substituer au dépistage opportuniste auquel la population française avait eu accès avant le démarrage du programme. En effet, le dépistage spontané avait atteint auparavant une importance considérable puisque le nombre des sénographes était passé de 900 à 2 300 entre 1989 et 1993.

Le programme de dépistage du cancer du sein a eu en France entre 1989 et 2000 une gestion départementale. Chaque programme, coordonné par une équipe locale, possédait son centre de gestion,

son système d'invitation, ses centres de radiologie. Un radiologue du programme, librement choisi par la femme, effectuait l'examen de dépistage qui consistait en un cliché oblique externe par sein sans examen clinique ; les films étaient adressés à la structure de gestion pour relecture. Chaque examen radiologique était ainsi interprété par deux radiologues : celui qui réalisait l'examen (premier lecteur) et un deuxième lecteur. En cas d'avis discordant, une troisième lecture décidait de l'interprétation définitive. Les résultats étaient communiqués aux femmes et à leur médecin traitant.

En cas d'examen « négatif » la femme était invitée à nouveau trois ans plus tard. En cas d'examen dit « positif » (anomalie sur la mammographie méritant des examens complémentaires), la femme s'adressait à son médecin traitant, qui l'orientait vers un bilan diagnostique et une éventuelle prise en charge thérapeutique. Le programme

Tableau 1

Résultats en pourcentage du premier tour de dépistage dans six programmes français (VPP = Valeur prédictive positive)

Élément de comparaison	France (*)	Références (**)
Taux de participation (***)	41,4 (29,3 – 48,4)	> 60
Taux de tests positifs	10,1 (4,4 – 15,6)	≤ 10
VPP test	4,8 (3,3 – 12,2)	> 10
Taux de biopsies	1,1 (0,9 – 1,6)	≤ 1,5
VPP biopsie	46,3 (32,6 – 56,1)	> 50
Nombre de cancers dépistés	0,53 (0,37 – 0,56)	≥ 0,5
Nombre de cancers invasifs ≤ 10 mm	30,6 (27,7 – 34)	> 30

(*) Alpes-Maritimes, Ardennes, Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, Rhône, Sarthe.

(**) L'Europe Contre le Cancer : recommandations européennes en matière d'Assurance de la Qualité du Dépistage mammographique (1992).

(***) Nombre de femmes dépistées / nombre de femmes invitées.

n'intervenait pas dans le choix de la filière de soins et ne contrôlait pas les modalités du diagnostic et du traitement, mais il devait en recueillir les résultats. Le suivi épidémiologique d'évaluation du programme de dépistage était assuré par la structure organisatrice. Les départements disposaient, pour certains, de registres de cancers et, pour d'autres, de recueils anatomopathologiques de biopsies mammaires.

Des programmes d'assurance qualité de la chaîne radiologique ont été aussi mis systématiquement en place à partir de 1994. Le protocole français a suivi les recommandations européennes de 1992 puis de 1996³. Des programmes spécifiques de formation pour les radiologues et les manipulateurs de radiologie ont été développés.

L'analyse des résultats des cinq départements ayant démarré en 1989-1990 a été publiée en 1997⁴. Elle concernait les données exhaustives sur 380.000 dépistages réalisés entre 1989 et 1994. Ces résultats étaient globalement satisfaisants mais la participation variait de 21 à 46 %.

A partir de 1998, l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) a été chargé de l'évaluation. Il a édité un rapport annuel comprenant l'ensemble des données départementales qui lui ont été adressées chaque année. Les indicateurs précoces d'efficacité définis à l'échelon européen, à la suite des actions de dépistage réalisées avec succès en Europe du Nord ont permis de guider et de surveiller l'impact, la qualité et l'efficacité potentielle du dépistage. Globalement les indicateurs précoces d'efficacité ont été conformes aux standards européens bien que le système de

santé soit décentralisé^{2,5}.

Le point négatif a été le faible taux de participation des femmes au programme, qui a varié entre 30 et 50 %, alors que dans les départements ayant un programme organisé le taux de couverture de la population a atteint ou même dépassé largement les 60 %. De plus, les femmes répondantes n'ont pas participé régulièrement au programme : 40 % seulement d'entre elles ont accepté deux invitations consécutives. L'intervalle de trois ans entre deux mammographies peut en partie expliquer ce comportement.

En 1999, de nouvelles recommandations sur les modalités du dépistage ont été publiées par l'ANAES⁵ : la mammographie devait comprendre 2 incidences par sein (face et oblique externe), la 2^e lecture devait être de préférence centralisée et le rythme entre 2 examens devait passer de 3 à 2 ans. Ces recommandations étaient en accord avec les « European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening ».

Les 32 départements ont modifié progressivement à partir de 2000 le nombre d'incidences et l'intervalle entre deux dépistages. La population cible a été étendue de 50 à 74 ans.

Un premier groupe technique a été constitué en 1999 auprès du Directeur Général de la Santé en remplacement du Comité de Pilotage. Il a été chargé d'apporter son expertise sur les aspects de l'assurance de qualité dans le dépistage du cancer du sein. Son rôle était de proposer une mise à jour et une adaptation des protocoles des examens de dépistage, de définir des objectifs pour la formation des professionnels, et de participer à l'interprétation des résultats

UN NOUVEAU CAHIER DES CHARGES
A ÉTÉ RÉDIGÉ ENTRE 1999 ET 2000.
SON OBJECTIF ÉTAIT DE CONSERVER LES
BÉNÉFICES ACQUIS PAR LES ANCIENS
PROGRAMMES MAIS DE MIEUX S'ADAPTER AU
SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS.

→ épidémiologiques en proposant des mesures d'amélioration. Ce groupe technique nommé pour 3 ans ne comportait pas de représentants des financeurs, mais surtout des professionnels.

Un nouveau cahier des charges a été rédigé par le groupe entre 1999 et 2000. Son objectif était de conserver les bénéfices acquis par les anciens programmes mais de mieux s'adapter au système de soins français. En effet, le protocole précédent avait été inspiré par des programmes étrangers se déroulant dans des systèmes de santé non libéraux, très centralisés, ne permettant pas un accès libre des femmes à la mammographie en particulier avant 50 ans. En France, les femmes et les médecins considéraient ce modèle de dépistage sans examen clinique comme un service gratuit de moindre qualité⁷.

La participation au programme restait insuffisante et **une compétition entre dépistage organisé et dépistage par demande individuelle s'accroissait au cours des ans**. L'évolution progressive vers un acte unique de dépistage est apparue souhaitable. Ce changement de stratégie dans le programme n'a pas permis d'étendre rapidement le dispositif, à l'inverse des pays d'Europe du Nord.

En 2001, les cahiers des charges concernant la future organisation des dépistages ont été publiés (JO 03/10/2001). En 2002 un nouveau groupe technique a été mis en place auprès de la DGS. Les 33 premiers programmes correspondaient à 47 % de la population cible.

La généralisation fut annoncée pour 2004, 15 ans après les programmes expérimentaux du F.N.P.E.I.S. ■

¹ Tabar L, Gad A, Holmberg LH, et al. Reduction in mortality from breast cancer after mass screening with mammography. *Lancet* 1985 ; i : 829-32.

² Séradour B, Allemand H (1994) Dépistage de masse du cancer du sein : particularités françaises. *Press Med* 23 : 1056-1060.

³ De Wolf C, Perry NM (eds) European guidelines for quality assurance in mammography screening – 2nd Ed. June 1996, Europe against cancer programme. Commission of the EC. (ISBN 92 – 827-7430-9).

⁴ Séradour B, Allemand H, Schaffer P (1997) Programme français de dépistage du cancer du sein. Résultats de cinq départements (1989-1994). *Bull. Cancer* 84(8): 822-828.

⁵ Ancelle-Park R, Nicolau J, Paty AC, et les Coordinateurs des centres de dépistage départementaux du cancer du sein. (2003) Programme de dépistage organisé du cancer du sein : tendances des indicateurs précoces. *BEH/InVS* 4:14-16.

⁶ Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (1999) Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Etude d'évaluation technologique. Paris: ANAES

⁷ Sancho-Garnier H, Gallopel K et le groupe de pilotage de la Ligue nationale contre le cancer. (2003) Connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes et des gynécologues vis-à-vis du dépistage organisé : analyse d'une enquête par sondage. *BEH/InVS* 4: 26-27.

Qu'est-ce que l'instauration du dépistage organisé a représenté pour la Ligue ?



EMMANUEL RICARD

Porte-parole de la Ligue nationale contre le cancer



Dès les années 1980-90, la Ligue s'est mobilisée pour la généralisation des dépistages. Elle s'est mobilisée par l'appui financier offert aux départements qui l'initiaient et au plaidoyer qu'elle a porté auprès des pouvoirs publics.

L'instauration du programme national de dépistage organisé du cancer du sein mis en place, en France, en 1994, par la Direction générale de la santé (DGS) et généralisé à tout le territoire au début de l'année 2004 a donc été une reconnaissance de ce travail et de son investissement pour garantir à tous une meilleure chance face au cancer et une possibilité d'accès aux thérapeutiques qui commençaient à se développer.

L'organisation du dépistage généralisé du cancer du sein, a également ouvert la voie à la mise en place des autres dépistages : celui du cancer colo-rectal et plus récemment du cancer du col de l'utérus et bientôt celui du cancer du poumon. Nous avons désormais l'inscription de programmes de santé publique dans une politique construite de lutte contre le cancer.

La gratuité et l'accès dans tous les départements étaient offerts à toutes les femmes quelle que soit leur condition. Il est utile de rappeler qu'un dépistage généralisé et gratuit est avant tout un instrument de lutte contre les inégalités de santé ; il offre une seconde chance à ceux qui n'ont pu s'en prévenir du fait de leur constitution, de leur condition de vie ou de travail.

L'instauration du dépistage organisé a également introduit une exigence en termes de standardisation et service rendu avec **pour la première fois, la garantie d'un contrôle de qualité, sur les matériels et sur les pratiques**, mis en place dès la formalisation du cahier des charges. La formation des radiologues était un des axes majeurs avec l'exigence d'une pratique minimale du nombre de lectures effectuées. Depuis sa mise en place, il y a dix-neuf ans, ➔



L'ORGANISATION DU DÉPISTAGE GÉNÉRALISÉ DU CANCER DU SEIN, A ÉGALEMENT OUVERT LA VOIE À LA MISE EN PLACE DES AUTRES DÉPISTAGES.

ce programme de santé publique a permis de détecter de nombreux cas à un stade précoce, augmentant ainsi les chances de guérison des patientes. Parmi les indicateurs-clés en matière d'évaluation de la performance, on a pu constater une amélioration des premières lectures, mais aussi les apports de la seconde lecture dans la détection des cancers de petite taille, avec une diminution du nombre de faux-positifs et donc une optimisation de la qualité des mammographes et des images.

Aujourd'hui, **ces critères de qualité ont été étendus aux conditions d'exercice dans la prise en charge pour les équipes hospitalières, et la radiologie a été précurseur.** En effet une pratique minimale est aujourd'hui demandée pour traiter des personnes atteintes de cancer : « une pratique suffisante et régulière d'une équipe pour assurer un traitement de qualité a justifié la mise en place des seuils annuels d'activité ou des modalités de traitement que les établissements pratiquent ».¹

Qu'attendez-vous de la nouvelle organisation ?

La nouvelle organisation devrait clarifier le pilotage du dépistage comme le demandait le rapport de l'IGAS².

Nous attendons de meilleures participations espérant que la CNAM³ parviendra grâce à ses dispositifs d'invitation téléphonique et sa stratégie de « l'aller vers » à renverser la diminution/stagnation de la participation constatée depuis 2012 et parvenir aux objectifs de 80 % de participation. L'un des freins porte sur les délais d'accès aux centres de radiologie. Aussi la Ligue soutient et participe à des projets de mammobuses ou de ramassage pour favoriser le transport vers les centres de radiologie pour les zones de désertifications médicales afin de **lutter contre les inégalités territoriales qui devraient faire l'objet de plus d'actions.**

Nous attendons qu'une fois dépistées positives les femmes puissent avoir une

¹ www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/Les-autorisations-de-traitement-du-cancer

² Inspection Générale des Affaires Sociales

³ Caisse Nationale d'Assurance Maladie

prise en charge sans perte de chance. Selon les travaux de l'INCa³ et de l'HAS⁴, **les délais entre la mammographie d'alerte et l'accès au premier traitement ne doivent pas excéder 6 semaines.** En 2019, une étude commanditée par la Ligue contre le cancer « *Face au cancer, l'épreuve du parcours de soins* » révélait que le délai entre la première mammographie de diagnostic et le début des traitements étaient en moyenne de 9,3 semaines. Les résultats de notre nouvelle étude « *Quelle évolution de l'accès aux soins et aux médicaments en cancérologie dans le cadre de la crise du système de santé* » démontrent que ces délais ont continué à se dégrader. Les délais entre la première mammographie et la mise en place des premiers traitements s'élèvent en moyenne à 11,5 semaines, soit près du double des indicateurs de qualité et de sécurité des soins élaborés par l'INCa et la HAS.

LES DÉLAIS ENTRE LA PREMIÈRE MAMMOGRAPHIE ET LA MISE EN PLACE DES PREMIERS TRAITEMENTS S'ÉLÈVENT EN MOYENNE À 11,5 SEMAINES.

Enfin, la France est le pays qui présente le taux d'incidence du cancer du sein le plus élevé au monde comme il l'était publié dans le dernier rapport de l'Organisation européenne des cancers, paru le 13 mai. Un record que les spécialistes ont du mal à expliquer. Ce sont 105,4 femmes françaises sur 100 000 qui sont atteintes d'un cancer du sein, soit bien plus qu'en Italie (87 femmes), en Espagne (81) ou en Allemagne (77). La réduction du nombre de cancers du sein devra passer par une plus grande articulation entre les programmes de prévention primaire et de dépistage en particulier sur les facteurs en augmentation que sont les consommations d'alcool, de tabac et le développement de l'obésité et la sédentarité ; mais aussi la lutte contre la pollution atmosphérique, les perturbateurs endocriniens, facteurs de risques démontrés du cancer du sein... ■

⁴ Institut National du Cancer

⁵ Haute Autorité de Santé



LE DÉPISTAGE ORGANISÉ



Octobre Rose : un peu d'histoire



CORENTIN QUIGNON

Chargé de mission de la FNMR

Dans le calendrier de la sensibilisation aux cancers, Octobre Rose représente un mois de solidarité et d'action. Cette campagne mondiale permet de sensibiliser à la prévention et à la lutte contre le cancer du sein. Alors que l'incidence de cette maladie augmente dans la population, la participation au dépistage organisé est encore trop basse pour pouvoir diagnostiquer précocement le plus de cancers possibles.

→ UNE INITIATIVE ORIGINALE D'OUTRE-ATLANTIQUE

En 1985, l'American Cancer Society organise une campagne d'un mois pour sensibiliser le grand public au dépistage du cancer du sein. Cela se fait en partenariat avec l'entreprise Imperial Chemical Industries. C'est ainsi que naît le Breast Cancer Awareness Month (le mois de sensibilisation au cancer du sein).

Quelques années après, en 1991, Alexandra Penney (rédactrice en chef du magazine Self) prépare un numéro spécial sur le cancer du sein. Proche de la famille Lauder qui possède l'entreprise américaine Estée Lauder, un projet commun voit le jour. C'est la naissance un an plus tard de la Breast Cancer Research Foundation (fondation pour la recherche sur le cancer du sein).



1992 est une année centrale dans la lutte contre le cancer du sein. En effet, le ruban rose devient le symbole de ce combat. L'entreprise Estée Lauder fabrique même du maquillage rose afin de lever des fonds pour sa fondation.

→ LA FRANCE REJOINT LA MOBILISATION

Le magazine mensuel féminin Marie-Claire s'associe en 1994 avec l'entreprise américaine. Ils fondent ensemble l'association Le Cancer du Sein, Parlons-en ! (renommée Ruban Rose

Sous l'impulsion de la FNMR, des expérimentations de dépistage organisé ont lieu dans deux départements à partir de 1998. Au vu des résultats encourageants, le dépistage est généralisé en France en 2004. Ce qui marque un tournant dans la stratégie de lutte contre le cancer du sein.

depuis 2020). De nombreuses actions sont progressivement menées afin de lever des fonds et les redistribuer. Les prix Ruban Rose sont créés en 2003 dans le but de soutenir la recherche relative au dépistage et à la prise en charge du cancer du sein.

→ MISE EN PLACE DU DÉPISTAGE ORGANISÉ ET DÉVELOPPEMENT D'OCTOBRE ROSE

La généralisation du dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 74 ans contribue à rendre cette maladie plus visible. Peu à peu, de nombreuses initiatives émergent afin de sensibiliser le grand public. Différents acteurs tels que les pouvoirs publics ou des grandes entreprises se mobilisent en organisant des actions de prévention et des collectes de fonds. Cela permet de donner une portée nationale voire internationale au message véhiculé par Octobre Rose.

À l'échelle locale, les collectivités et en premier lieu les mairies sont particulièrement actives. Des événements caritatifs sont mis en place, tels que des concerts ou des courses à pied.

De plus, des lieux emblématiques sont illuminés en rose, comme les hôtels de ville. Depuis quelques années, les nouveaux moyens de communication et particulièrement les réseaux sociaux jouent un rôle majeur dans la promotion d'Octobre Rose. Alors que le nombre d'associations s'est considérablement accru, leur médiatisation a également augmenté. Il existe aujourd'hui un nombre important d'influenceurs qui participent à la mise en valeur d'Octobre Rose.

→ OCTOBRE ROSE, UN RENDEZ-VOUS INCONTOURNABLE POUR LA SANTÉ DES FEMMES



Octobre Rose est bien plus qu'une simple campagne de sensibilisation ; c'est un mouvement mondial qui unit les individus, les communautés et les nations dans la lutte contre le cancer du sein. En mobilisant la société dans son ensemble, Octobre Rose offre ainsi un message d'espoir et de solidarité pour un avenir où le cancer du sein n'est plus une menace pour la santé des femmes. ■

Première cause de mortalité chez les femmes



WILFRID VINCENT

Délégué général de la FNMR

Le cancer du sein est le plus fréquent en France avec 61 214 nouveaux cas estimés pour 2023¹. L'âge médian des femmes au moment du diagnostic est de 64 ans. Il représente la première cause de mortalité chez les femmes (plus de 12 000 en 2018) mais c'est aussi celui qui, dépisté tôt, a un des meilleurs pronostics avec un taux de survie de 88 %.

Heureusement, la mortalité est en baisse depuis les années 1990 alors que le nombre de cancers du sein (l'incidence) augmente. L'introduction du dépistage organisé et les modifications du traitement hormonal de la ménopause ont freiné l'évolution du taux d'incidence jusqu'en 2009. Par la suite, la hausse modérée sur la période 2010-2023 semble se stabiliser en raison de l'évolution des facteurs de risque².

→ LE PREMIER PLAN CANCER 2003-2007

En 2003, Jacques Chirac, président de la République, lance le premier plan cancer 2003-2007. Il s'agit de structurer la lutte contre le cancer en mobilisant les ressources autour d'objectifs quantifiés. Dans le domaine de la **prévention**, le plan ambitionne une diminution de 30 % du tabagisme des jeunes et 20% chez les adultes ainsi qu'une réduction de 20% du nombre d'adultes dépendants de l'alcool.

Pour le **dépistage**, le plan vise une participation de 80 % des femmes de 50 à 74 ans, 80 % pour le cancer du col de l'utérus et la mise en place d'une stratégie de dépistage pour le cancer colo-rectal. Pour le sein, l'accès aux tests de prédisposition génétique des cancers du sein BRCA1 et 2 doit être conforté.

En matière de **soins**, 100 % des patients doivent bénéficier d'un programme personnalisé.

L'objectif 44 du plan prévoyait aussi d'augmenter nettement le parc d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers (*IRM, scanner, TEP*) avec les moyens et les ressources adéquates afin de réduire les attentes à l'accès à ces dispositifs.

¹ Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990.
4 BEH Juillet 2023

² Taux d'incidence pour 100 000 personnes-années : 72,8 (1990) – 95,6 (2010) – 99,2 (2023) – SPF



Ainsi, il était prévu 1 TEP pour 1 000 000 habitants et 2 scanners ou IRM de plus par région pour le cancer, soit 40 machines au total au titre ces pathologies³. Malgré l'augmentation du nombre d'équipements en France, les délais d'attente pour un examen d'IRM restent encore trop longs et très inégaux selon les régions.

→ LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE

Dix ans après les premières expériences lancées par la FNMR, six ans après les premières expérimentations "officielles", le dépistage

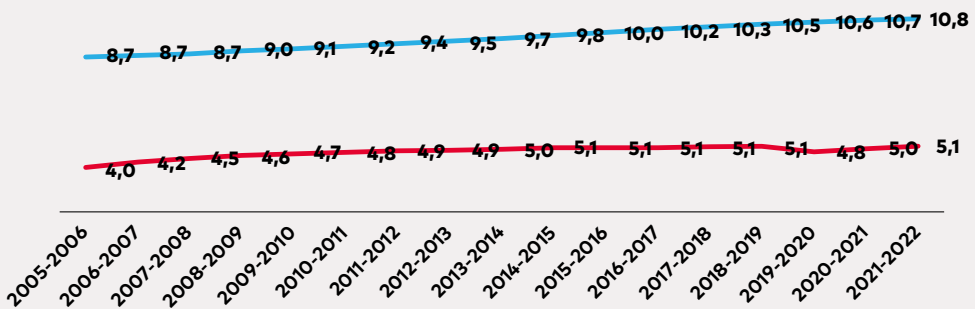
organisé du cancer du sein est généralisé à l'ensemble du territoire français en 2004.

Sur une population cible de 8,6 millions de femmes en 2004, le cahier des charges fixe un objectif de participation de 70 % de la "cible" les femmes de 50 à 75 ans, soit un peu plus de 6 millions. Le taux de participation n'est que de 46 %, soit 4 millions de femmes dépistées (Graphique 1).

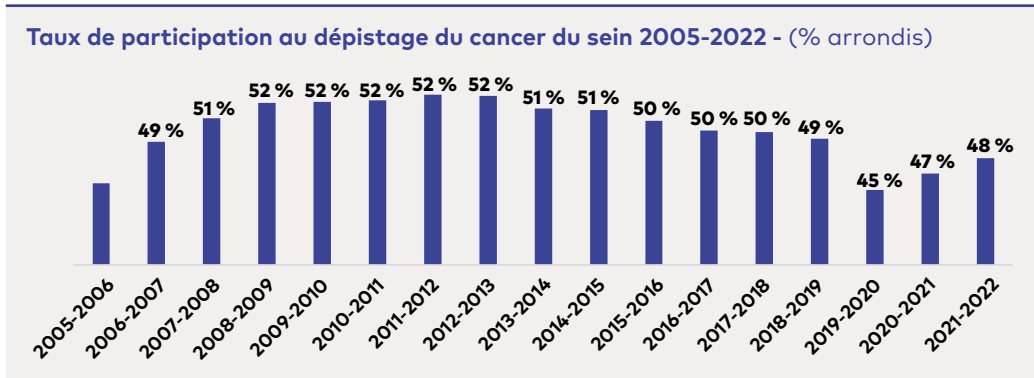
³ Plan cancer 2003-2007 - Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer - Ministère de la santé 2003

Graphique 1

Population cible & femmes dépistées - 2005-2022 - (En million)



Graphique 2



→ Par la suite, ce taux progresse régulièrement jusqu'à atteindre son maximum en 2011-2012 avec 52,3 %. Mais depuis la participation n'a cessé de s'effriter pour redescendre à 49 % en 2019 avant de s'effondrer en 2020 avec la crise du Covid pendant laquelle les centres de mammographie et les CRCDC ont été fermés (Graphique 2).

En 2021 la participation remonte pour toutes les tranches d'âges et dans tous les départements. Le taux national de participation des femmes au dépistage du cancer du sein s'est établi à 47,7 % mais cette moyenne masque une forte disparité des taux annuels avec 50,5 % en 2021 et 44,9 % en 2022.

Cependant, les études de Santé Publique France à partir des observations sur des périodes de 2 ans, semblent indiquer un relèvement de la participation.

Mais rien n'est acquis. La "baisse progressive de l'offre en sénologie" - due à la fermeture de sites de mammographie qui n'ont pas résisté d'une part aux baisses tarifaires combinées

aux hausses de charges, et d'autre part à la faible démographie des radiologues et des manipulateurs - entraîne déjà un allongement des délais de rendez-vous.

→ L'INÉGALITÉ DE LA PARTICIPATION SELON LES RÉGIONS

Les taux de participation sur la période 2021-2022 s'échelonne de 21 % en Guyane à 55 % dans les Pays de la Loire. Certaines régions enregistrent une faible participation : Ile-de-France, le Sud-Est et Corse mais elles ont aussi un haut niveau de dépistage individuel.

→ DÉPISTAGES POSITIFS

En 2019-2020, le taux de dépistages positifs en première lecture (avant bilan) est de 6 pour 100 femmes dépistées (Tableau 1). Après le bilan diagnostic immédiat, il passe à 2,8 pour 100 femmes dépistées. Le taux est de 7 pour 100 femmes dépistées après la seconde lecture. Santé Publique France observe que depuis 2008, "les taux de dépistages positifs avant bilan sont en

légère baisse, alors que les taux après bilan sont stables, témoignant d'une amélioration de la pratique de dépistage en première lecture".

→ **CANCERS DÉTECTÉS PAR DES DÉPISTAGES**

En 2019, 16 202 cancers ont été dépistés et 14 800 en 2020. Le taux de détection augmente régulièrement (6,2 ‰ en 2008 -7,2 ‰ en 2020) en même temps qu'augmente l'incidence du cancer du sein dans la population.

La proportion de cancers détectés en L2 en 2020 était de 4,8 pour 100 cancers invasifs ou in situ. La part des cancers détectés en

L2 est en baisse continue depuis 2008, mais représente encore environ 1 500 cancers détectés grâce à cette double lecture L2 sur la période 2019-2020.

L'Institut National du Cancer classe celui du sein parmi ceux qui ont le meilleur taux de survie. Plus important, il note qu'entre 1990 et 2015, ce taux a augmenté de 9 points à 88%.

Le dépistage du cancer du sein peut ainsi se résumer à 2 chiffres : 93 % des femmes dépistées ressortent rassurées de l'examen et 88% des femmes dépistées et diagnostiquées positives sont guéries. ■

Tableau 1

Année	Nombre de femmes dépistées	Dépistages positifs pour 100 femmes dépistées en		
		L1 avant bilan	L1 après bilan	L1 ou L2 avant bilan
2008	1 665 499	7,2	2,9	8,4
2009	1 800 632	6,6	2,7	7,7
2010	1 867 438	6,8	2,8	7,8
2011	1 958 230	7,0	2,9	8,1
2012	2 001 980	6,8	2,9	7,9
2013	2 009 028	6,7	2,9	7,8
2014	2 078 218	6,6	2,8	7,6
2015	2 082 525	6,4	2,8	7,4
2016	2 100 069	6,3	2,8	7,3
2017	2 117 927	6,3	2,8	7,2
2018	2 164 483	6,2	2,8	7,1
2019	2 119 779	6,1	2,8	7,0
2020	1 903 261	6,0	2,9	6,9

Les actions de la FNMR pour Octobre Rose

La Fédération Nationale des Médecins Radiologues (FNMR) est à l'origine du dépistage du cancer du sein, mais elle mène aussi depuis plusieurs années de vastes opérations de communication à l'occasion d'Octobre Rose. Grâce à l'utilisation de l'ensemble des canaux de diffusion, les actions de la Fédération bénéficient d'une portée nationale. Sensibiliser les femmes concernées et les pouvoirs publics à l'importance du dépistage organisé du cancer du sein, tel est l'objectif que se donne chaque année la FNMR.

MÉDIAS TRADITIONNELS



Du 9 au 15 octobre 2017, 2 vidéos diffusées sur l'antenne de BFM TV. Des médecins radiologues exposent l'importance du dépistage organisé.



En 2018, par 1 spot de 20 secondes diffusé sur RTL, le président de la FNMR présente le dépistage organisé. Ce spot touche 280 000 femmes de +50 ans.

ELLE

En 2019, la FNMR choisit d'intervenir dans la presse féminine avec une page informative sur le dépistage et une page reprenant l'affiche « Octobre Rose » de la FNMR.

LES RÉSEAUX

Avec les réseaux, la Fédération cherche à toucher un public différent de celui des médias classiques.



Campagne #lejourdemondépistage sur les réseaux sociaux de la FNMR



En 2022, publication d'une vidéo choc « Les médecins radiologues combattent avec vous le cancer du sein »

INTERACTIVITÉ



Depuis 2020, la FNMR a mis en ligne une carte interactive qui permet de trouver un médecin radiologue agréé pour faire une mammographie. Régulièrement mise à jour, elle constitue un outil unique en faveur de l'accessibilité du dépistage.

EXEMPLES D'AFFICHES OCTOBRE ROSE



ACTION AVEC LES ÉLUS ET SENSIBILISATION DES POUVOIRS PUBLICS



Des élus s'associent à l'action de la FNMR dans le cadre de réunions publiques à l'occasion d'Octobre Rose.

La Fédération sensibilise régulièrement les pouvoirs publics (élus, administrations...) sur l'importance de la prévention du cancer du sein. A l'occasion d'Octobre Rose, plusieurs actions sont mises en œuvre dont l'envoi aux parlementaires d'un kit de communication à afficher dans leur local ou encore l'organisation de réunions informatives.

Résolument engagée aux côtés des femmes, la FNMR souhaite porter un message d'espérance à l'occasion d'Octobre Rose. Rappelons toutefois que l'esprit qui anime ce mois particulier doit perdurer toute l'année.

La santé des femmes est un combat de tous les jours !





LES FEMMES EN PARLENT

Focus sur le dépistage

Cela fait vingt ans que le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place en France. Cet anniversaire hautement symbolique est l'occasion de dresser un bilan. C'est aussi le moment de se poser la question de savoir pourquoi près d'une femme sur deux ne fait pas sa mammographie de contrôle.



Chaque année, à grands renforts de communication, Octobre Rose nous rappelle l'importance du dépistage. Les campagnes soulignent l'intérêt de la prise en charge précoce du cancer du sein dans l'amélioration du pronostic. Les médecins nous rappellent les progrès énormes réalisés dans le traitement de la maladie dont le pourcentage de guérison a bondi en vingt ans. Pourtant un chiffre doit nous interpeler et nous faire réfléchir. Près d'une femme sur deux¹ ne participe pas au programme de dépistage. Pourquoi tant de femmes ne font pas leur mammographie de contrôle ? Comment pulvériser ce « plafond de verre » ?

Pour répondre à cette question, **la FNMR a décidé de s'adresser directement aux femmes.** La méthodologie retenue peut paraître triviale, mais elle a montré son efficacité dans le monde de la grande distribution qui l'utilise sans modération depuis de nombreuses années. Il s'agit des **focus groups ou groups de consommateurs.** La recette est simple. Réunissez un échantillonnage représentatif de votre clientèle. Ecoutez ce qu'ils ont à vous dire et tirez en les conclusions pour améliorer l'offre !

¹ 48 % Source AMELI

→ Nous avons donc pris notre bâton de pèlerin pour aller à la rencontre de toutes les femmes. Celles des grandes agglomérations, comme celles des quartiers. Celles des villes moyennes comme celles des banlieues ou des villages. Nous avons invité les femmes de toutes générations à venir nous parler. Les jeunes, les mamans, les grand-mères. Au total, c'est près d'une soixantaine de femmes de tous âges et de tous horizons géographiques et socio-économiques, de toutes origines qui se sont confiées au cours de cette série d'entretiens.

→ DIAGNOSTIQUER ET AGIR

Les objectifs de ce travail étaient multiples. Tout d'abord comprendre. Aller au-delà des freins couramment évoqués comme la douleur, l'appréhension du diagnostic, pour identifier l'ensemble des causes qui détournent les femmes du dépistage du cancer du sein. Beaucoup d'idées ont fusé lors de ces rencontres.

Il a été question de **la notion d'information en opposition à celle de communication**. En effet, si beaucoup de femmes savent ce qu'est Octobre Rose, elles reconnaissent être en déficit d'information sur de nombreux sujets concernant le dépistage et la maladie. Ce sont trop souvent les "fake news" qui prévalent devant la parole des experts. Comment gagner la bataille de l'info ? Voilà un premier enjeu pour les médecins radiologues.

Parmi les autres sujets évoqués, l'agressivité des traitements, leurs conséquences sur la vie des femmes et leur féminité. Plus que la maladie elle-même et son issue, c'est le basculement dans l'univers du cancer qui effraie. Ne pas se faire dépister, c'est ne pas être malade ! Ce raisonnement peut

faire bondir. Comment dépister quelqu'un qui ne veut pas savoir ? Il faut y réfléchir sérieusement si on veut faire progresser les chiffres du dépistage. A noter que les hommes sont à mettre dans le même panier. Sein ou prostate même combat !

De nombreux autres sujets ont été évoqués lors de ces rencontres. Ils nourrissent la réflexion des médecins radiologues dont l'objectif est de dresser un tableau exhaustif des freins au dépistage !

Comprendre est une première étape pour briser le plafond de verre du dépistage. Mais cela ne suffit pas. **Après la phase de diagnostic, il faut passer au traitement**. Il convient donc de proposer des pistes de réflexion et des actions concrètes. Il faut également se fixer des objectifs pour faire progresser les chiffres du dépistage. C'est l'objet du rapport que la FNMR a rédigé. Ce travail co-signé par de nombreuses associations de femmes, sera remis aux pouvoirs publics à l'occasion d'Octobre Rose 2024. Il sera également diffusé à la profession, afin que chacun s'empare du sujet et se mobilise pour dépasser les 50 % de femmes dépistées dès 2025. ■

PRÈS D'UNE FEMME SUR DEUX
NE PARTICIPE PAS AU PROGRAMME
DE DÉPISTAGE

→ CHEZ ROSE

Un espace associatif



ÉMILIE HOCHET

contact@chez-rose.org
www.chez-rose.org



Chez Rose est un espace associatif qui accompagne et soutient les personnes atteintes de cancer gynécologique et leur entourage.

Toutes les personnes atteintes peuvent venir trouver des informations, du réconfort et des activités adaptées à tout moment de la maladie. On y trouve des ateliers, des conférences et des cours de sport adapté (prévention contre les récives), du soutien, des soins de support socio-esthétiques et bien-être.

Chez Rose facilite l'accès aux soins de support, améliore la qualité de vie, lutte contre les récives par la pratique de sport, réduit l'isolement, l'angoisse et la solitude. Les objectifs de l'association vont dans le sens des priorités de l'Institut National du Cancer par le biais d'un accompagnement très personnalisé, mené par des professionnels pointus, et ce, même après les traitements. Chez Rose est accessible aux femmes, en cours de traitement, mais

aussi aux femmes gardant des séquelles de leur cancer quelques années plus tard.

L'association se situe en Seine-et-Marne et souhaite pouvoir accueillir toutes les femmes le désirant du secteur.

Les activités de l'association :

1/ **L'accueil, l'écoute, l'information** dans un espace cosy de partage et d'échange. Cet espace humanisé facilite la prise de contact et l'orientation vers des informations spécifiques.

2/ Les ateliers divers :

- **par du sport adapté** : yoga sur Zoom, yoga Kundalini, renforcement yoga, yoga parents – enfants, yoga couple, roses pilâtes, barre au sol, gymnastique adaptée, danse cabaret, stretching, danse bachata lady style, self défense, natation, canoé kayak, tai chi et de la marche nordique. Ces séances en groupe favorisent la joie en redonnant de la tonicité doucement.



- **des séances de détente et bien-être** indispensables pour lutter contre la dépression et l'anxiété par le biais de la sophrologie, de la médiation animale et de l'hypnose.
- **des ateliers socio-esthétiques** en lien avec les cancers féminins : valorisation de soi, prothésiste capillaire, sourcil et perruque, socio-coiffure, massage crânien, socio-coiffeuse et coloration végétale.
- **des ateliers de soutien** : des groupes de paroles sur l'estime de soi et la confiance en soi, sur le travail et la maladie mais aussi des conseils maladie et travail, des ateliers mémoire.
- **Enfin des ateliers de loisirs et artistiques** où chaque adhérente peut trouver le moyen de s'exprimer et lâcher prise : de la couture, de la carterie, des créations d'objets et de l'art thérapie (danse, musique, arts visuels).

3/ **Sensibilisation sur les cancers gynécologiques et prévention** par une présence importante sur des forums dans différentes communes d'Ile-de-France mais aussi dans les hôpitaux du secteur Nord Seine-et-Marne ; **par des conférences menés par des spécialistes** de la santé sur différents thèmes.

CHEZ ROSE FACILITE L'ACCÈS AUX SOINS DE SUPPORT, AMÉLIORE LA QUALITÉ DE VIE, LUTTE CONTRE LES RÉCIDIVES

→ EUROPA DONNA FRANCE

Apport du dépistage organisé

**DOMINIQUE VEXIAU**

Vice-présidente
d'Europa Donna France
✉ europadonnafrance@gmail.com



Europa donna France est une association de lutte contre le cancer du sein membre d'une coalition de 46 pays.

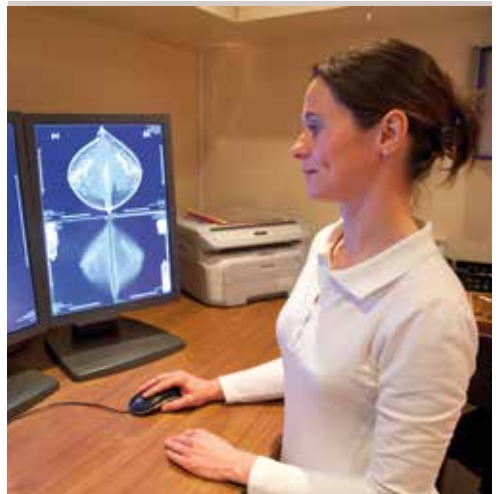
Ses missions principales : informer, porter la voix des patientes et les accompagner. Informer c'est aussi la promotion du dépistage chez les patientes, individuel ou organisé.

Le dépistage organisé a présenté une avancée majeure ; en effet, les patientes sont invitées à se faire dépister par courrier. Si le dépistage a repris après la pandémie Covid-19, 50 % des femmes seulement sont dépistées. Le changement de modalité de convocation depuis le 1^{er} janvier 2024 (des CRCDC à la CNAM, sans aucune concertation) est source

LE CHANGEMENT DE MODALITÉ
DE CONVOCATION DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER
2024 (DES CRCDC À LA CNAM)
EST SOURCE D'INQUIÉTUDE.

d'inquiétude dans le monde médical, experts et responsables des CRCDC, et dans les associations comme les nôtres, devant la diminution des dépistages.

Le dépistage individuel est accessible à toutes les femmes quel que soit l'âge, dès lors qu'une anomalie clinique est rapportée par la patiente et permet de faire un dépistage précoce.



→ Une femme sur 8 aura un cancer du sein, c'est environ 61 000 cas annuellement. Un cancer dépisté tôt sera « guéri » dans plus de 90 % des cas. Octobre Rose est certes le mois pendant lequel on parle du cancer du sein, mais cela ne suffit pas :

→ LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN : C'EST TOUTE L'ANNÉE !

Eduquer les patientes est tout aussi important : leur apprendre à s'écouter, se regarder, s'examiner, consulter dès qu'une anomalie même minime apparaît. Une femme éduquée est actrice de sa santé. Les freins au dépistage

sont connus: âge, précarité, origine socio-culturelle, activité libérale ou indépendante, genre (les hommes ne sont pas dépistés), inégalité territoriale liée aux déserts médicaux, et la PEUR du Cancer ! Informer permet de lever certains de ces blocages.

Notre association promeut ce dépistage par des actions nationales et régionales : sensibilisation des personnes dans les entreprises, les universités, les mairies, les marchés, les clubs de sports, etc. ■

SOYONS TOUS MOBILISÉS !

→ PATIENTS EN RÉSEAU

Dépistage du cancer du sein : et si on changeait la donne ?



**LAURE
GUEROULT-ACCOLAS**

Fondatrice - Directrice générale
de Patients en réseau
☎ +33 (0)6 28 28 22 40
🌐 www.patientsenreseau.fr



**patients
EN RÉSEAU**

Les femmes touchées par un cancer du sein trouvent sur Mon Réseau Cancer du Sein¹, un espace de parole et de soutien quels que soient leur lieu de vie, de soins, leur activité ou leur âge. A travers leurs mots et leurs parcours on perçoit combien le **dépistage organisé** est utile mais encore trop peu

utilisé ; peut-être parce qu'il est **encore trop peu accessible**, peu connu ou **mal compris** par certaines femmes, voire **pas assez efficacement ciblé**.

¹ Réseau social privé anonymisé, modéré et gratuit de l'association Patients en réseau



J'avais été interpellée par la réflexion d'une médecin s'occupant des populations immigrées « Si dans les pays d'origine il n'y a pas de dépistage, les femmes n'en ont pas de représentation, elles ne savent pas ce que cela veut dire ! » On mesure ainsi le travail à entreprendre pour **mieux « aller vers »**. Nous avons besoin de **pédagogie différenciée, adaptée à chaque groupe de population cible**. A l'heure où toutes les femmes ne rencontrent pas un médecin traitant régulièrement, n'ont plus toujours de gynécologue, nous avons besoin de banaliser les lieux de dépistage, de les positionner sur les **trajets du quotidien**, les **lieux de travail** et proches des lieux de vie. Les expériences existantes semblent porter leurs fruits.

Dans la recherche d'une meilleure efficacité des politiques de dépistage, la grande enquête **MyPeBS devrait permettre de personnaliser le dépistage avec un suivi en fonction de l'âge et des catégories de risques spécifiques et individuels**. Peut-être faudra-t-il aussi questionner les bornes d'âge du dépistage : est-ce que 50 ans n'est pas trop vieux ? est-ce que 74 ans n'est pas trop jeune ? C'est un espoir vers plus de

pertinence et d'efficacité de la démarche de dépistage qui permettra sûrement une meilleure appropriation par les femmes.

Par ailleurs, on s'alarme **des chiffres encore décevants** du dépistage organisé, mais ils floutent la photographie de la prévention en France. Combien de femmes utilisent le **dépistage individuel ?** Pourquoi leurs données ne seraient-elles pas compilées afin d'intégrer les statistiques de santé publique pour une **vision plus proche de la réalité ?**

En attendant, informons les femmes : si nous avons le choix, **privilegions le dépistage organisé** afin de bénéficier d'une mammographie dans un centre de radiologie agréé, d'une double lecture et de participer à la constitution de données de santé publique utiles à toutes. ■

PEUT-ÊTRE FAUDRA-T-IL AUSSI
QUESTIONNER LES BORNES D'ÂGE DU
DÉPISTAGE :

EST-CE QUE 50 ANS N'EST PAS TROP VIEUX ?
EST-CE QUE 74 ANS N'EST PAS TROP JEUNE ?

→ UNE LUCIOLE DANS LA NUIT

Bien-être cancer : un accompagnement professionnel pour les malades et les aidants



EVELYNE BARBEAU

Présidente



MARYSE EDMOND

Vice-présidente

Une Luciole dans la nuit à Épinay-sur-Seine, une association d'aide aux malades du cancer et leurs proches

Fondée en 2011 par deux bénévoles, **Une Luciole dans la nuit rayonne en région parisienne par son engagement auprès des personnes atteintes du cancer et leurs proches.** Après un cancer, Evelyne Barbeau (Pdt) et Maryse Edmond (Vice-pdt) ont voulu offrir aux malades un accompagnement qui leur avait manqué.

La mission d'Une Luciole dans la nuit, reconnue d'intérêt général, est empreinte d'empathie, d'écoute et de solidarité. Elle propose aux malades une prise en charge individuelle de qualité, essentielle dans les périodes

difficiles liées à la maladie. Les objectifs sont **l'accompagnement émotionnel, les soins de support, la prévention.**

Une Luciole dans la nuit accompagne le malade à toutes les étapes du parcours thérapeutique pour lui procurer du bien-être. **Son parcours « bien-être cancer » est construit sur mesure avec son équipe de professionnels autour des soins dits de support.** Il est adapté

*une
Luciole
dans la nuit*



la prévention comme avec la CPAM 93 et 95, le CRCDC-IDF, l'ARS-IDF, le CD 93 et la FNMR. Son action de prévention reconnue lui a valu la visite de Brigitte Macron en 2017. ■

🌐 unelucioledanslanuit.fr
✉ unelucioledanslanuit@gmail.com
☎ 06 49 42 26 38 – 06 72 21 31 52

à la situation du malade en parallèle de ses soins thérapeutiques (rythme, lieu sur place/à domicile/en visio, collectif/individuel). Ces soins permettent de mieux gérer les effets secondaires de la maladie et des traitements : stress, anxiété, fatigue, perte de confiance en soi. Sont proposés : l'écoute active, l'activité physique adaptée, la sophrologie, l'accompagnement diététique, des soins socio-esthétiques, l'onco-coiffure, et des soins innovants comme la réflexologie plantaire, la musicothérapie, ou l'hortithérapie. **Chaque soin donne lieu à une évaluation de la part du malade et des réajustements sont mis en place avec l'équipe de professionnels.**

En parallèle de son parcours « bien-être cancer », l'association organise **des événements** tels que les journées «**Re'Source et vous**». Conçue comme une journée de déconnexion, Re'source et vous propose une parenthèse uniquement dans le bien-être. Elle propose également des soins gratuits en partenariat avec un médecin généraliste en cabinet médical à Epinay-sur-Seine et aux Thermes d'Enghien-les-Bains avec Valvital.

Depuis sa création, Une Luciole dans la nuit a su nouer des partenariats pérennes autour de

DEPUIS SA CRÉATION, UNE LUCIOLE DANS LA NUIT A SU NOUER DES PARTENARIATS PÉRENNES AUTOUR DE LA PRÉVENTION

→ ROSEUP

Association pour des patientes touchées par tout type de cancer



QUITTERIE BRÉZILLON

Directrice de la communication
RoseUp



RoseUp est une association nationale, d'intérêt général, agréée par le ministère de la Santé et de la Prévention, fondée et animée par des femmes touchées par le cancer. Depuis 2011, son ambition est de permettre aux femmes de poursuivre le plus sereinement possible leurs vies personnelle et professionnelle dès l'annonce de leur cancer, pendant et après les traitements pour se sentir moins seules face à la maladie. Un comité scientifique composé de professionnels de santé très engagés épaula l'association depuis sa création.

LES MISSIONS DE ROSE UP AUPRÈS DES PATIENTES TOUCHÉES PAR TOUT TYPE DE CANCER :

Informer les femmes touchées par tout type de cancer grâce à des contenus de qualité, accessibles à toutes.

Rose magazine, est le 1^{er} magazine de société, gratuit, engagé et positif destiné aux femmes touchées par un cancer. Un féminin haut de gamme qui les informe et répond à toutes leurs questions. Il est édité à 180 000 exemplaires, 2 fois par an **et diffusé gratuitement dans 2 000 centres et services d'oncologie en France.**

Rose magazine propose des rubriques rien que pour les femmes touchées par un cancer : *santé, société, psychologie, sexualité, sport, beauté, mode.*

Rose magazine ancre ses lectrices du côté de la vie. Sans jamais oublier ce qu'elles sont : des amoureuses, des mères, des filles, des collègues, des amies, des citoyennes au-delà d'être des patientes.

Pour découvrir Rose magazine : www.rose-up.fr/kiosque-virtuel-rose-magazine

Pour commander Rose magazine pour votre salle d'attente : www.rose-up.fr/rose-magazine/#trouver-rose-magazine

ACCOMPAGNER les femmes et les aider à trouver des solutions pour faire face aux conséquences de leur cancer sur leur vie quotidienne, tant privée que sociale, et à se sentir moins seules dans cette traversée.

Les missions et les projets de RoseUp s'inscrivent dans une **logique d'amélioration de la qualité de vie des femmes touchées par un cancer dès l'annonce de la maladie, pendant et après les traitements.**

LES MAISONS ROSE UP DE PARIS ET BORDEAUX

Ce sont de jolis cocons et de véritables lieux de vie en plein centre ville. Elles offrent aux femmes une parenthèse d'écoute et de bienveillance entre l'hôpital et leur domicile ainsi qu'un accompagnement personnalisé au travers de soins de support sur des thématiques variées : *beauté/bien-être, partage d'expérience, séances d'activité physique adaptée, nutrition avec ou sans mise en pratique, sexualité, conférences avec des professionnels de santé, coaching emploi, gestion des effets secondaires, prévention tertiaire, soutien aux aidants...*

M@ MAISON ROSE UP

M@ Maison RoseUp, c'est un service en ligne qui permet à toutes les femmes, où qu'elles se trouvent en France d'être mieux informées et accompagnées, dès l'annonce de la maladie, pendant et après les traitements. Elles pourront y découvrir toutes les ressources et la convivialité des Maisons RoseUp en 1 clic. Et plus que ça, obtenir un accompagnement humain avec des intervenants professionnels

récurrents et une chargée de mission dédiée, pour rester actrices de leur parcours de vie.

Pour créer son espace sur M@ Maison RoseUp : www.rose-up.fr/mamaisonroseup

Mieux vivre son cancer, c'est aussi être bien entourée. Pour aider le plus possible les femmes touchées par tout type de cancer, **RoseUp a créé pour leurs proches une offre d'accompagnement en ligne gratuite sur M@ Maison RoseUp qui propose :**

- de l'information et des contenus adaptés à leurs besoins (articles, vidéos, podcasts, témoignages) ;
- un accompagnement dédié avec une programmation de webinaires.

Pour créer son espace proche sur M@ Maison RoseUp : www.rose-up.fr/soutenir-proche-malade-cancer-aidant/

DES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES AU SEIN DES MAISONS ROSE UP :

Le maintien et retour à l'emploi

- Pour reprendre le chemin du travail plus sereinement, accompagnées d'une psychologue du travail, une art-thérapeute, un médecin du travail, un médecin spécialisé dans les troubles cognitifs et divers professionnels.

L'accompagnement des femmes concernées par un cancer métastatique

- Au travers d'un programme dédié qui leur propose des soins de support autour de plusieurs thématiques : activité physique adaptée, coaching individuel emploi, échanges avec un onco psychologue.

DÉFENDRE LES DROITS des femmes touchées par le cancer en agissant auprès

→ des pouvoirs publics pour les aider à conserver toute leur place dans la société.

RoseUp agit auprès des pouvoirs publics pour défendre les droits des femmes touchées par un cancer à conserver toute leur place dans la société. L'association a débuté le combat pour le droit à l'oubli à 5 ans en 2013 qu'elle

a gagné en février 2022. RoseUp porte aussi d'autres sujets notamment en matière de reste à charge ou de traitements médicaux. Le chemin reste long pour construire la démocratie sanitaire et RoseUp reste mobilisée sur tous les fronts !

Pour en savoir plus sur les missions de RoseUp : www.rose-up.fr

→ SKIN

Skin, du parcours de soins au parcours de soi



CÉCILE REBOL

Fondatrice de l'association Skin et déléguée générale

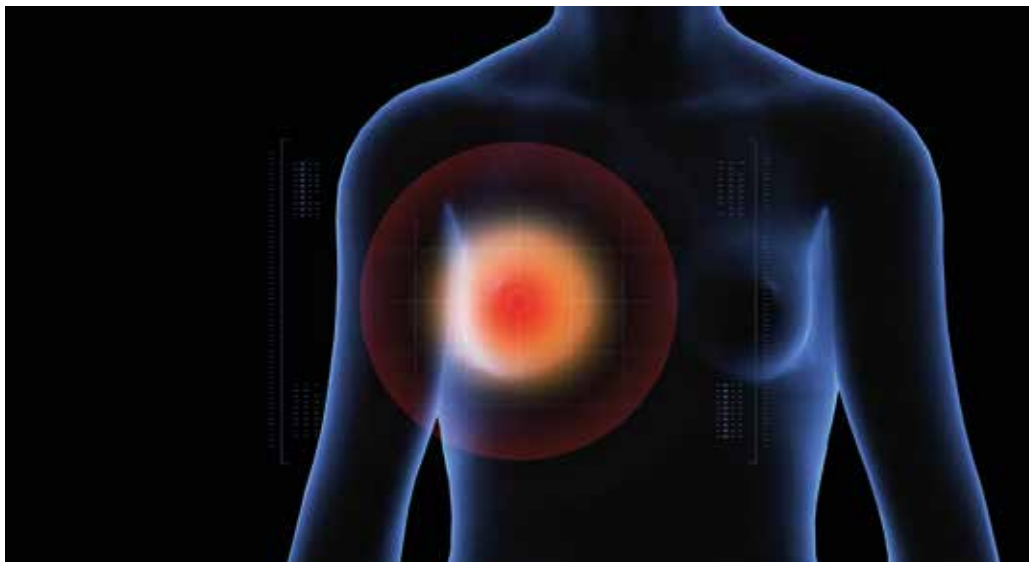


Parce que l'après cancer compte, Skin a pour mission d'accompagner les personnes atteintes d'un cancer, en particulier les femmes atteintes d'un cancer du sein, et de les aider à se (re) découvrir pour une guérison durable par le beau.

d'isolement, d'angoisse et de profond désarroi. Considérée comme la phase la plus difficile par 2 personnes sur 3, l'après cancer répond à un véritable enjeu de santé publique et représente une période laissée dans l'invisible.

Créée en 2012, **Skin favorise la résilience des malades du cancer en mettant l'art et le lien à l'autre au service de la santé.** Skin permet ainsi aux personnes touchées par la maladie de rebondir après les traitements, période

LA PRÉVENTION, C'EST LA POSSIBILITÉ POUR TOUTES ET TOUS DE S'ENGAGER DANS UN SUIVI MÉDICAL PEU CONTRAIGNANT.



Pour les accompagner dans ce processus de reconstruction, **Skin propose des défis artistiques** à des binômes Femmes-Artistes, soit autant d'expériences de dépassement et de récréation de soi. Au terme d'une année de co-création, Skin restitue ces oeuvres et/ou performances artistiques dans des lieux prestigieux avant de les exposer sous forme photographique dans les hôpitaux et tout autre structure qui le souhaite, en France, en Belgique et même au Québec.

Toute l'année, Skin propose également des visites culturelles (théâtre, expos, conférences, cinéma...) à ses bénéficiaires, ainsi que des ateliers collectifs (créatifs, bien-être, sportifs), des coachings solidaires et des tables-rondes, avec toujours ce même objectif de sortir ces personnes de l'isolement consécutif au parcours de soins et de les remettre dans la vie, dans le lien à l'autre. En cela, Skin est une véritable famille du cœur,

dans laquelle l'attention portée à l'autre prime. En dix ans, Skin a accompagné individuellement plus de 300 femmes : si l'efficacité des traitements s'améliore en permanence, nous savons combien l'épreuve de la maladie est rude. La prévention constitue donc un sujet qui nous est cher. La prévention, c'est la possibilité pour toutes et tous de s'engager dans un suivi médical peu contraignant. La prévention, véritable enjeu de santé publique, est aussi la meilleure façon de détecter une éventuelle maladie à un stade très précoce. La prévention, c'est donc aussi des traitements plus simples mais surtout nettement moins intrusifs et moins traumatisants.

C'est pourquoi, Skin s'associe pleinement aujourd'hui à la campagne de sensibilisation lancée par La Fédération Nationale des Médecins Radiologues pour le dépistage du cancer du sein.

→ SOROPTIMIST INTERNATIONAL FRANCE

Le dépistage organisé du cancer du sein : Quel lien avec le Soroptimist International ?



BEATRICE MASSON

Présidente SI
France 2023-2024
✉ presidente@soroptimist.fr



Le Soroptimist International France, membre de l'ONG Soroptimist International, est une organisation composée de femmes professionnelles, qui agissent au niveau local, national et international pour les droits des femmes, et en particulier dans 5 domaines de programmes : la santé, l'éducation, l'autonomisation et le leadership des femmes et des filles, la lutte contre les violences à l'égard des femmes et des filles, et la défense de l'environnement.

Nos programmes sont en lien avec les objectifs de développement durable de l'ONU. Pour cette mandature, la santé des femmes et des filles a été l'un des éléments

centraux de nos actions, à travers une vaste campagne de prévention sur les risques très importants présentés par les maladies cardiovasculaires chez les femmes.

Les clubs Soroptimist International de France ont poursuivi dans le même temps **leur soutien à la prévention du cancer du sein**, grâce à leur participation aux manifestations Octobre Rose, et ont publié sur leurs réseaux depuis de nombreuses années l'affiche du dépistage organisé du cancer du sein publiée par la FNMR.

Au cours de nos actions, **nous avons pu constater**, comme c'est le cas pour les risques de maladies cardiovasculaires chez les femmes, **le manque d'information des femmes quant à ce dépistage organisé** : beaucoup pensent « qu'on n'y a plus droit

après 70 ans » et très peu savent que le médecin radiologue, peut être consulté sans passage préalable chez un généraliste ou un gynécologue en cas de signe inquiétant.

Il nous paraît donc de toute première importance de participer une fois encore à cette campagne, pour son vingtième anniversaire, et de diffuser dans nos clubs et sur nos réseaux, lors de nos actions et de nos différentes manifestations, une information claire et précise sur ce qu'est ce dépistage,

en quoi consiste la deuxième lecture, par qui est pratiqué cet examen, et quels résultats sont mis en avant après vingt ans. ■

POUR CETTE MANDATURE, LA SANTÉ DES FEMMES ET DES FILLES A ÉTÉ L'UN DES ÉLÉMENTS CENTRAUX DE NOS ACTIONS

→ VAINCRE AVEC ELLES

Améliorer la qualité de vie



CORINNE JOUBERT

Présidente

✉ vaincreavecelles@gmail.com

www.vaincreavecelles.fr



Vaincre Avec Elles, association fondée début 2020 à Herblay sur Seine s'adresse aux femmes touchées par le cancer et à leurs aidants.

Elle leur offre en toute première intention un lieu d'écoute, d'échanges et de parole, permettant de tisser un réseau d'entraide pour trouver face à la maladie des réponses et des solutions concrètes dans des domaines qui ne relèvent pas du champ couvert par l'oncologie médicale : vie professionnelle, vie familiale, sport, image de soi, diététique, bien-être...

L'action de l'association s'inscrit **pleinement dans le Plan décennal 2021/2030 de lutte contre le cancer car elle intervient** sur 2 des 4 axes définis par ce plan :

- **Limiter les séquelles de la maladie et améliorer la qualité de vie des patientes**

L'association s'appuie pour déployer ses actions internes sur un réseau de professionnels sensibles à la cause du cancer féminin et solidaires de l'association, qui prodiguent des soins de support : sophrologue, hypnothérapeute, ostéopathe, réflexologue, yoga, coach PNL...



Elle organise par ailleurs pour ses adhérentes des sorties culturelles, des marches, des événements festifs qui favorisent les rencontres et échanges entre les adhérentes de l'association et offrent à ces dernières des moments de détente et de plaisir.

Des ateliers de bien être, avec les différents professionnels avec des soins de support.

- **Améliorer la prévention :** je suis Ambassadrice Cancer formée par la Ligue contre le Cancer du Val d'Oise et par la CPAM 95. L'association a auto-subventionné l'acquisition d'un buste Lydia qui permet de faire pratiquer la palpation au public et de délivrer les messages de prévention, d'alerter sur l'importance des dépistages et des contrôles. Nous développons ces actions de prévention en milieu scolaire (lycée, collège), dans les entreprises - notamment pendant la semaine de la qualité de vie au travail, dans les lieux de passage tels les centres commerciaux, dans les collectivités avec la tenue de réunions publiques sur la prévention par exemple pendant Octobre Rose.

Nous avons subventionné un weekend entier autour du bien être, avec des ateliers

diététiques, du yoga du rire, séances de coaching, sophrologie, atelier écriture, shiatsu. Tous ces ateliers ont révélé aux participantes les femmes quelles sont et devenues avec le parcours de la maladie mais surtout celles qu'elles ne souhaitent plus être.

De plus, nous avons subventionné un séjour POST CANCER à Limoges, séjour de reconstruction psychologique et physique. ■

→ VIVRE COMME AVANT

En 20 ans, l'apport du dépistage organisé



ANNIE BROUSSE

Responsable de la
Communication
✉ communication@
vivrecommeavant.fr

En 20 ans, les avancées du dépistage organisé du cancer du sein sont majeures et essentielles : innovations technologiques et médicales, améliorations de l'organisation et de la prise en charge, développement des informations. Et les améliorations sont constantes.

Grâce aux campagnes de dépistage et aussi aux événements Octobre Rose, plus personne n'ignore les incitations au dépistage et pourtant elles sont mal reçues : le taux de participation est en-deçà des attentes puisqu'une femme sur 2 ne fait pas de mammographie. Ce taux est même en baisse. L'association Vivre Comme Avant et ses bénévoles, qui ont toutes vécu un cancer du sein, sont convaincues de la nécessité de

faire les mammographies de dépistage : "Cela nous a sauvé la vie ". " C'est une chance de pouvoir bénéficier de cet examen ". " C'est un examen de qualité, fiable et sécurisé et avec une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie ".

Dans le cadre de leur mission d'accompagnement des femmes soignées pour un cancer du sein, les bénévoles ont rencontré, en 2024, plus de 7 000 femmes pendant leur hospitalisation, et notamment celles qui viennent d'être opérées d'un cancer du sein.

VOICI QUELQUES TÉMOIGNAGES DE CES PATIENTES CONCERNANT LE DÉPISTAGE

- Pour certaines, le cancer a été détecté lors d'une mammographie de dépistage. « Heureusement que je l'ai fait ! ». « J'ai fait la mammographie. Il y avait une anomalie. Cela a été pris à temps. J'ai été opérée en ambulatoire. J'ai conservé mon sein ». « Je pensais qu'à mon âge (72 ans), je ne risquais plus rien. Je me suis trompée ». « Je fais cette mammo tous les 2 ans. J'ai toujours peur mais je la fais. Je me disais toujours, ils (les médecins) ne passeront à pas à côté de quelque chose et j'ai eu raison ». Il y a aussi des moments dans la vie où la santé n'est pas une priorité, notamment pour les femmes en situation précaire financièrement et socialement.

-
- D'autres n'ont pas fait cette mammographie... et culpabilisent... « J'ai oublié », « J'ai perdu la convocation », « Je n'ai pas le temps ». « Je pensais que ça ne m'arriverait pas ». « Je ne me sentais pas concernée : je ne fume pas, je ne bois pas, j'ai une vie saine, je fais du sport ». « Je m'occupe de mon mari malade. J'ai négligé ma santé ». « Je n'avais aucun symptôme ». Cette culpabilité est parfois accentuée par l'entourage " Tu aurais dû ... ". " Pourquoi tu ne l'as pas fait... ? ".

POURQUOI LES FEMMES NE FONT PAS CETTE MAMMOGRAPHIE DE DÉPISTAGE ? QUELLES SONT LES PRINCIPALES RAISONS ?

→ La peur

- La peur d'avoir une maladie grave, et pas n'importe laquelle : la peur d'avoir un cancer. Le mot « cancer » fait peur, effraie. Le cancer a des représentations variées : un mal invisible, des cellules qui se développent de façon anarchique, un crabe ...
- La peur liée aux représentations négatives des traitements du cancer
- La peur de la dégradation physique, du changement de l'image corporelle (dont la perte des cheveux), des douleurs ...
- La peur d'avoir mal pendant l'examen
Faire une mammographie n'est pas très agréable mais ce n'est pas très douloureux non plus, même si la douleur et la sensibilité à la douleur sont très personnelles. La pression des plaques ne dure que 3 secondes maxi... Compter jusque 5 et c'est (déjà !) fini ... Dire aux femmes que cette pression est inconfortable, sans danger et parfaitement sécurisé. Qu'elles peuvent faire part de leur appréhension, de leur peur au médecin. « J'avais peur que la pression ne s'arrête pas et que mon sein allait être complètement écrasé ».

→ La gêne, la honte

La mammographie nécessite d'exposer une partie intime de son corps, et notamment le sein, un organe particulièrement investi et chargé en symboles (féminité, maternité, sexualité). Certaines femmes peuvent se sentir gênées d'exposer leur sein, et notamment voir et ressentir leur sein aplati sous 2 plaques peut être insupportable.

→ Des fausses croyances

" On ne guérit pas d'un cancer ... alors, pourquoi se faire dépister ? ".

→ La difficulté à obtenir un rendez-vous

→ Habiter loin d'un centre de radiologie

→ La difficulté de compréhension des femmes qui ne maîtrisent pas la langue française.

EVEILLER LES CONSCIENCES

Comment faire pour inciter les femmes ? Voici quelques suggestions.

→ Rassurer

- **Réduire la peur de l'inconnu** en informant et en expliquant comment se déroule l'examen, la durée, quoi faire, quoi dire, etc.
- **Communiquer davantage sur les chiffres qui rassurent.**

Exemples :

- « Sur 1000 femmes de 50 à 74 ans qui font une mammographie dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein :
- 7 auront une confirmation de cancer, et seront prises en charge par une équipe médicale spécialisée.
- 993 ont un résultat normal et sont rassurées » (Source INCa)
- Les 2/3 des femmes opérées d'un cancer du sein conservent leur sein. La mastectomie avec une ablation du sein n'est pas systématique. C'est un des traitements qui effraie le plus les femmes car il a un impact fort sur la féminité.

Vivre
comme avant.



Nous l'avons vécu...
...Nous pouvons vous aider

- 1 femme sur 2 soignée pour un cancer du sein n'a pas de chimiothérapie. Ce traitement effraie par ses effets secondaires dont la perte des cheveux avec la modification de l'image corporelle et de la féminité

→ **Informez, expliquez avec des mots simples et des images/photos qui ne font pas peur**

• **Informez sur les traitements du cancer du sein** car les femmes ne les connaissent pas ou peu si elles n'ont pas eu ce cancer.

Par exemple :

- la chirurgie est incontournable : le chirurgien doit enlever la tumeur (mais pas nécessairement le ou les seins)
- les autres traitements d'un cancer du sein qui sont la chimiothérapie, la radiothérapie ne sont pas systématiques et seront décidés, au cas par cas par les médecins.

• **Mettre en évidence des éléments factuels et non pas les risques** qui font peur si on ne fait pas de mammographie.

Par exemple, dire qu'un cancer détecté à un stade précoce permet d'éviter une chirurgie avec ablation du sein ou une chimiothérapie (au lieu de « permet d'éviter des traitements lourds et agressifs »).

• **Mettre en évidence les avantages de la mammographie par rapport à d'autres examens médicaux.**

Faire une mammographie ne nécessite pas :

- de faire un prélèvement
 - d'être à jeun
 - de prendre un médicament avant l'examen pour le préparer
 - d'avoir une anesthésie, même locale
 - d'être hospitalisée, même en ambulatoire
- C'est une fois tous les 2 ans

• **Donner des techniques de réduction du stress** qui pourraient être utiles en vue d'une mammographie

• **Éviter les photos représentant une femme qui a un cancer du sein et qui est souvent photographiée avec un turban**, un bonnet ce qui induit qu'elle a perdu ses cheveux, et donc qu'elle est en traitement de chimiothérapie, alors que ce traitement n'est pas systématique.

EN CONCLUSION, QUELQUES PHRASES À DIRE ET REDIRE

« Mettez toutes les chances de votre côtés ! »

« Une fois tous les 2 ans → un rendez-vous à ne pas rater ! »

« Un examen qui peut vous sauver la vie » et c'est vrai ... nous sommes là pour témoigner !





DANS LE RESTE DU MONDE

Le dépistage dans le monde

Le dépistage du cancer du sein est une composante majeure des stratégies de santé publique. Cette pathologie demeure l'une des plus fréquentes chez les femmes et fait encore chaque année de nombreuses victimes. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2,3 millions de cas et 670 000 décès ont été recensés en 2022¹. Cependant, les pratiques et l'efficacité des programmes de dépistage peuvent varier considérablement d'un pays à l'autre. Des disparités entre continents sont également clairement visibles.

→ QUELQUES CHIFFRES

Lorsqu'un dépistage organisé existe, il est proposé selon les pays aux femmes de 40/50 ans jusqu'à 69/75 ans. L'immense majorité de ces pays recommande une mammographie tous les deux ans pour cette partie de la population. Toutefois, c'est sur le taux de participation au dépistage que de grandes différences existent entre les pays.

→ PANORAMA DES CONTINENTS

De nombreux pays ne proposent pas encore de dépistage organisé du cancer du sein. Quand c'est le cas, le taux de participation du public cible est très disparate selon les

pays. C'est en Europe que la participation au dépistage est la plus élevée, notamment dans les pays nordiques tels que le Danemark, la Finlande et la Suède ([Graphique 1](#)). Le Portugal et l'Espagne obtiennent aussi des bons résultats. La situation est plus contrastée pour l'Italie (56%), l'Allemagne (48%) et la France (47%). Concernant les pays à l'est de l'Europe, les résultats ne sont pas bons. En Pologne, le taux de participation n'est que de 33% en 2021, et de 31% en Hongrie.

En Amérique, la participation au dépistage est très bonne aux Etats-Unis (76%) et de bon niveau au Canada (60%). Le Chili (36%) et le Costa Rica (36%) sont à la peine, de même que le Mexique où seulement 20% des femmes en âge de se faire dépister ont effectué une mammographie au cours des deux dernières années.

Concernant l'Océanie, la Nouvelle-Zélande (63%) et l'Australie (47%) obtiennent des résultats corrects. Il en est de même en Asie, avec la Corée du Sud (70%) et le Japon (46%).

Il est à souligner que seuls les pays membres sont pris en compte dans les statistiques de l'OCDE².

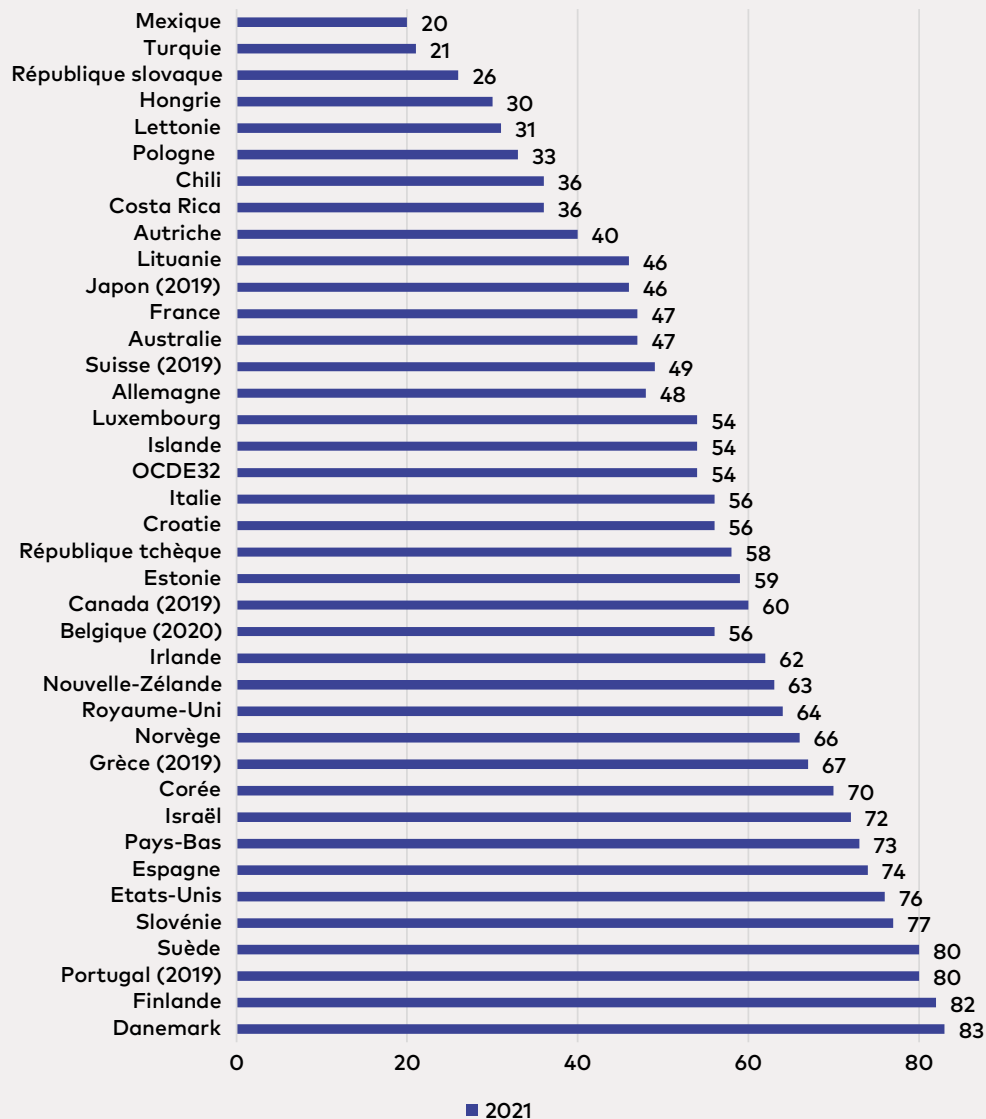
¹ Site internet de l'OMS

² Organisation de Coopération et de Développement Économiques

³ Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023

⁴ CONCORD (diagnostics 2010-2014)

Taux de femmes ayant réalisées une mammographie de dépistage au cours des deux dernières années





LA FRANCE MAUVAISE ÉLÈVE ?

D'après les chiffres de l'OCDE, elle se situe dans la moyenne basse de participation au dépistage organisé du cancer du sein. En revanche, le taux de survie à 5 ans est de 87 % alors que la moyenne européenne est de 83 %⁴.

→ → QUELQUES EXEMPLES EUROPÉENS

Danemark : le déploiement du dépistage organisé s'est fait entre 2007 et 2010⁵. Les femmes âgées de 50 à 69 ans sont concernées. Le dépistage se fait par mammographie tous les 2 ans. Si une anomalie est détectée, des examens complémentaires sont réalisés dans les 14 jours suivants. Il est recommandé aux femmes de consulter leur médecin si des symptômes apparaissent⁶.

Finlande : Les femmes âgées de 50 à 69 ans sont concernées. Le dépistage se fait par mammographie tous les 2 ans. 5 000 finlandaises reçoivent chaque année un diagnostic positif. Environ deux tiers des cancers du sein sont détectés par le dépistage⁷.

Portugal : Les femmes âgées de 50 à 69 ans sont concernées. Le dépistage se fait par mammographie tous les 2 ans. Il permettrait une réduction de la mortalité d'environ 30%⁸.

Pays-Bas : Les femmes âgées de 50 à 75 ans sont concernées. Le dépistage se fait par mammographie tous les 2 ans. Le programme néerlandais de dépistage du cancer du sein est coordonné par l'Institut national de la santé publique et de l'environnement (RIVM⁹). L'âge moyen au moment du diagnostic est d'environ 61 ans¹⁰.

Belgique : Les femmes âgées de 50 à 69 ans sont concernées. Le dépistage se fait par mammographie tous les 2 ans. Des programmes de dépistage ont été lancés en Flandre en 2001, à Bruxelles et en Wallonie en 2002¹¹.

Estonie : Les femmes âgées de 50 à 68 ans sont concernées. Le dépistage se fait par mammographie tous les 2 ans. Le dépistage est gratuit pour les femmes qui ont une assurance santé. Les invitations sont envoyées par l'EHIF (*Estonian Health Insurance Fund*)¹².

Luxembourg : Les femmes âgées de 50 à 70 ans sont concernées. Le dépistage se fait par mammographie tous les 2 ans. Il est pris en charge par la sécurité sociale luxembourgeoise¹³.

Allemagne : Les femmes âgées de 50 à 69 ans sont concernées. Le dépistage se fait par mammographie tous les 2 ans. Le dépistage est gratuit. Chaque femme reçoit une invitation de la part de son centre régional. 95 centres sont agréés pour effectuer le dépistage¹⁴⁻¹⁵.

Pologne : Les femmes âgées de 50 à 69 ans sont concernées. Le dépistage se fait par mammographie tous les 2 à 3 ans. Il a été mis en place en 2007 et aurait permis une baisse de la mortalité de 10 à 25%¹⁶.

Autriche : Les femmes âgées de 45 à 74 ans sont concernées. Le dépistage se fait par mammographie tous les 2 ans, suivi d'une échographie pour les femmes ayant des seins denses¹⁷. Il a été mis en place en 2014¹⁸.

→ ENCOURAGER LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

En dépit de son intérêt pour la santé des femmes, le dépistage organisé du cancer du sein est encore trop faiblement implanté dans le monde. Lorsqu'il l'est, une large partie de la population cible n'y participe pas. Parmi les raisons qui expliquent ce constat décevant et quel que soit le pays concerné, la peur du diagnostic est souvent citée. De même que le manque de temps ou l'éventuelle douleur liée à la mammographie. ■

⁵ <https://bmccancer.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12885-017-3929-6>

⁶ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2023/Kraeft/Screening/UK-Infoark-brystkraeft.ashx>

⁷ <https://cancerregistry.fi/screening/breast-cancer-screening/>

⁸ <https://www.sns24.gov.pt/en/tema/doencas-oncologicas/rastreios-oncologicos/>

⁹ <https://www.rivm.nl/en/breast-cancer-screening-programme>

¹⁰ <https://iknl.nl/en/screening>

¹¹ <https://www.healthibelgium.be/en/health-system-performance-assessment/specific-domains/preventive-care#P-6-9>

¹² <https://www.kliinikum.ee/en/for-the-patient/prevention/screenings/>

¹³ <https://chronicle.lu/category/medical/47012-luxembourg-stresses-importance-of-early-breast-cancer-detection>

¹⁴ <https://www.mammography-screening.de/the-program>

¹⁵ <https://www.mammography-screening.de/organisation>

¹⁶ <https://www.archivesofmedicalscience.com/The-impact-of-the-Polish-mass-breast-cancer-screening-program-on-prognosis-in-the-59391,0,2.html>

¹⁷ <https://www.auntminnie.com/clinical-news/womens-imaging/breast/article/15605555/breast-cancer-screening-in-austria-a-new-approach-to-early-detection>

¹⁸ https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit/medizinische_versorgung/screening-programm_brustkrebs-frueherkennung.html

Dépistage du cancer du sein au Canada

Historique et mise à jour en 2024



DR JACQUES LEVESQUE

Radiologue
MD, FRCPP, FCAR
Ancien président CAR¹



Le Gouvernement fédéral a fourni à la fin des années 80 le budget, mais la responsabilité de la mise en application est revenue à chacune des provinces.

Le programme a donc vu le jour en Colombie Britannique en 1988. Au Québec, le dépistage systématique au niveau du groupe des femmes âgées de 50-70 ans a pris son envol en 1998 et est donc en vigueur depuis plus de 25 ans.

Les facteurs de risque principaux étant les antécédents familiaux, gène BRCA, la ménopause tardive ou un traitement hormonal substitutif très prolongé, la limite d'âge du dépistage organisé a été porté récemment à 75 ans. Aussi, la société canadienne du cancer recommande depuis 2023 **un dépistage systématique aux 2 ans pour le groupe 40-74 ans**. La majorité des provinces canadiennes l'a adopté. Le cancer du sein est le 2^{ème} cancer le plus fréquent au Canada.

Les patientes à haut risque sont détectées annuellement. De plus, si leur composante glandulaire est supérieure à 75 %, **un examen échographique bilatéral** de dépistage est fait.

Nous avons introduit depuis 3 ans dans certaines cliniques, centres beta associées à un CHU, l'échographie automatisée ABUS, modalité très prometteuse. Celles qui sont BRCA sont suivies annuellement en IRM.

En 2022, la population du Canada étant exactement de 38,93 millions, 50.6 % étant des femmes soit 19.7 millions.

10.8 M de femmes canadiennes sont visées par le dépistage.

Au Canada, le taux de participation **des femmes : 46,5 %**. **Au Québec, le taux est de 63,4 %** ce qui est nettement plus élevé.

Environ **28 600 femmes canadiennes auront été diagnostiquées** en 2022 **avec un cancer du sein**.

¹ Association Canadienne des Radiologistes

1 femme sur 8 recevra un diagnostic de cancer au cours de sa vie. 83 % des cas surviennent chez les femmes de 50 ans et plus.

Nette tendance à l'augmentation des cas de cancer dans le groupe 40-50 ans. 82 % des cas de cancer du sein sont diagnostiqués de façon précoce, soit au stade 1 ou 2.

La probabilité de survivre au moins 5 ans après un diagnostic de cancer du sein est d'environ 89 % au Canada. Depuis 1986, le taux de mortalité a été réduit de moitié, du en grande partie au dépistage précoce.

Depuis plus de 20 ans, le programme d'accréditation en mammographie **PAM** de l'Association Canadienne des Radiologues (**CAR**), assure une qualité optimale et uniforme des examens de façon pancanadienne. Ce programme d'accréditation est obligatoire pour participer au dépistage et a eu un impact majeur sur la qualité des examens mammographiques.

En 2014, j'ai publié dans le journal de l'Association Canadienne des Radiologistes, Volume 65, issue 3 (**Mammography Accreditation Program Spurs Improve Quality**) qui a servi mondialement de référence pour démarrer plusieurs programmes de dépistage dont le Maroc pour n'en nommer qu'un.

Technologiquement : au Canada, la mammographie est entièrement numérique (initialement CR et maintenant uniquement DR) depuis plus de 10 ans et tous les examens sont déposés au RID (dépôt d'imagerie diagnostique) de chacune des provinces.



Je demeure dans la ville de Québec et fais régulièrement l'interprétation des examens mammographiques de dépistage soit à la clinique ou à mon domicile avec l'utilisation de la fibre optique.

Pour chaque compte rendu, j'ai un accès instantané à tous les examens antérieurs (images et rapports) fait depuis plus de 15 ans dans n'importe quelle ville de la Gaspésie jusqu'à Montréal et Ottawa. Un modèle unique de rapport numérique est utilisé par tous les radiologues du Québec, incluant la dictée digitale au besoin.

Pour les médecins référents, les images et l'interprétation du radiologue sont accessibles au DSQ (Dossier de santé du Québec) dans les 24 heures suivantes. ■

LA PROBABILITÉ DE SURVIVRE AU MOINS 5 ANS APRÈS UN DIAGNOSTIC DE CANCER DU SEIN EST D'ENVIRON 89 % AU CANADA

Le travail inachevé du dépistage et du diagnostic du cancer du sein



GERALDINE MCGINTY

Weill Cornell Medicine Depts.
of Radiology and
Population Science

Aux États-Unis, le dépistage annuel par mammographie est pris en charge par tous les assureurs santé pour toutes les femmes de plus de 40 ans. Et pourtant, il reste tant à faire.

On a beaucoup écrit sur le potentiel de l'Intelligence Artificielle (IA) pour aider les radiologues à interpréter les mammographies, mais les défis sont complexes et l'IA ne peut être qu'une réponse partielle.

Le système de paiement complexe en vigueur aux États-Unis signifie que même si le dépistage initial est pris en charge à 100 % par l'assureur, les femmes doivent souvent déboursier des sommes importantes pour le suivi recommandé. Nos recherches montrent que ces coûts empêchent les femmes de bénéficier de l'imagerie diagnostique nécessaire et réduisent même leur volonté de se soumettre à un dépistage dans les années à venir¹.



La mammographie reste l'examen de référence pour le dépistage du cancer du sein, mais son éclat est terni par le fait qu'elle est relativement peu sensible, en particulier pour les femmes dont le tissu mammaire est dense.

Bien que le risque global de cancer du sein soit plus faible, les femmes noires en meurent plus souvent. Les raisons sont complexes et multifactorielles, mais comprennent un accès réduit à l'imagerie avancée, comme la mammographie 3D et l'IRM².

L'identification des patientes présentant un risque génétique élevé de cancer du sein permet de prendre des mesures thérapeutiques préventives essentielles, mais l'accès aux tests et aux conseils génétiques

est limité pour beaucoup d'entre elles.

Les patientes atteintes d'un cancer du sein obtiennent de meilleurs résultats lorsqu'elles sont traitées dans des centres de soins multidisciplinaires, mais même dans ces centres, le processus de diagnostic est plus lent qu'il n'est optimal et sujet à des erreurs³.

Et dans de nombreuses régions du monde, le cancer du sein est diagnostiqué tardivement, voire pas du tout, lorsqu'il s'est manifesté cliniquement plutôt que lorsque la guérison est possible.

Les réponses aux défis identifiés ci-dessus sont multifactorielles, mais je vois des promesses dans les 5 domaines suivants :

- 1. La communauté mondiale de l'imagerie se rassemble pour influencer les décideurs politiques sur l'intérêt d'investir dans les infrastructures d'imagerie. Chaque dollar investi rapporte 1,74 dollar d'amélioration de la productivité économique grâce aux vies sauvées⁴.

- 2. Les essais en cours avec d'autres modalités de dépistage, telles que l'IRM abrégée, peuvent offrir un test de dépistage qui transcende le pouvoir diagnostique limité de la mammographie⁵.
- 3. Des efforts législatifs sont en cours aux États-Unis pour supprimer le partage des coûts de l'imagerie diagnostique de suivi⁶.
- 4. L'utilisation de nouvelles technologies telles que les chatbots peut permettre aux personnes présentant un risque génétique potentiel de bénéficier des soins dont elles ont besoin⁷.
- 5. Diagnostics intégrés : l'assemblage de données d'imagerie, de pathologie, de génomique, de démographie et d'autres données de santé, facilité par l'intelligence artificielle, peut améliorer et accélérer la précision des diagnostics.

Il reste beaucoup à faire, mais la possibilité de révolutionner le dépistage et le diagnostic du cancer du sein est devant nous. ■

Bibliographie

¹ Hughes DR, Espinoza W, Fein S, Rula EY, McGinty G. Patient Cost-Sharing and Utilization of Breast Cancer Diagnostic Imaging by Patients Undergoing Subsequent Testing After a Screening Mammogram. *JAMA Netw Open*. 2023 Mar 1;6(3):e234893. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.4893. PMID: 36972047; PMCID: PMC10043745.

² Waite S, Scott J, Colombo D. Narrowing the Gap: Imaging Disparities in Radiology. *Radiology*. 2021 Apr;299(1):27-35. doi: 10.1148/radiol.2021203742. Epub 2021 Feb 9. PMID: 33560191.

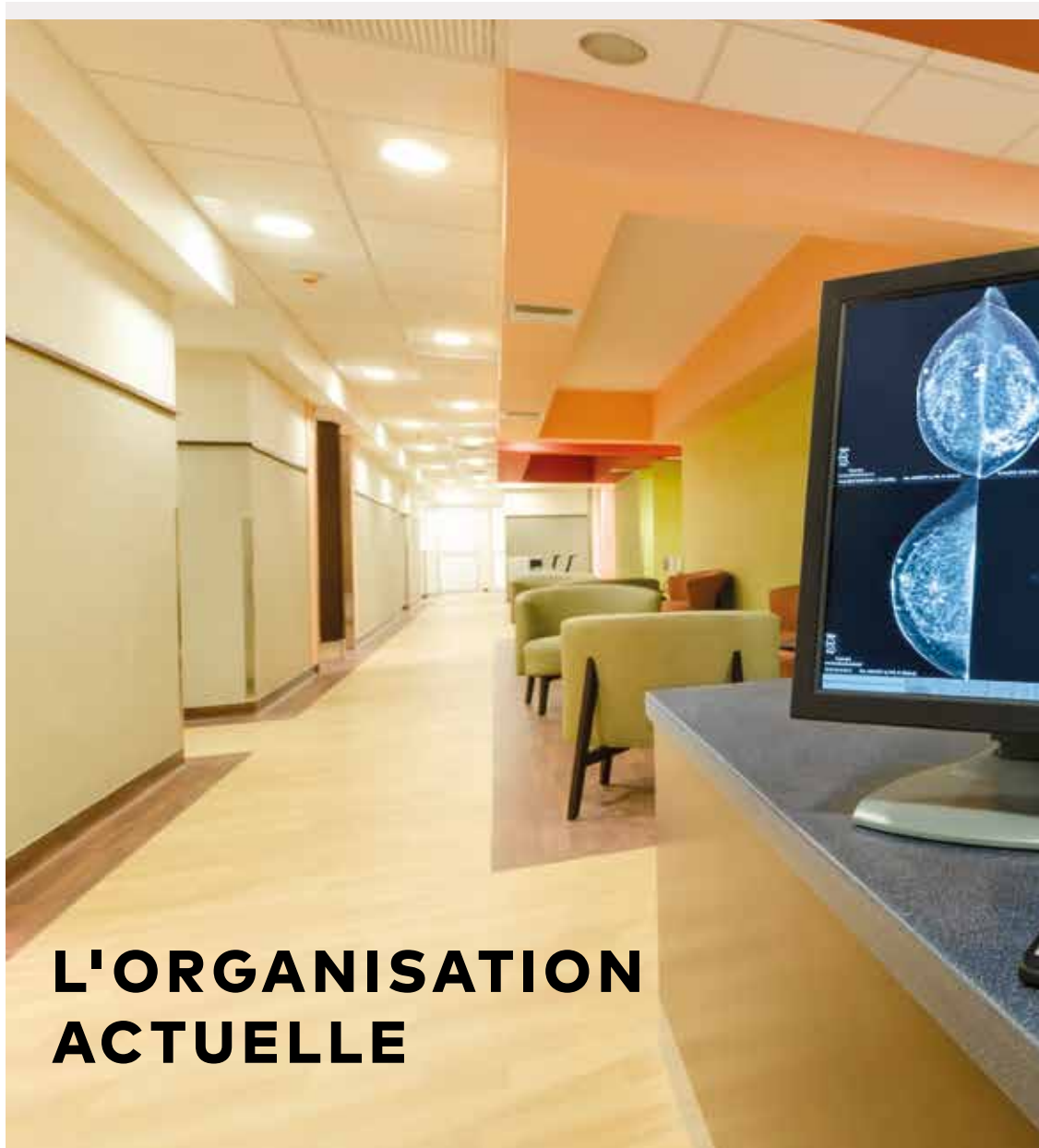
³ Beauchamp NJ, Bryan RN, Bui MM, Krestin GP, McGinty GB, Meltzer CC, Neumaier M. Integrative Diagnostics: The Time Is Now—A Report From the International Society for Strategic Studies in Radiology. *J Am Coll Radiol*. 2023 Apr;20(4):455-466. doi: 10.1016/j.jacr.2022.11.015. Epub 2022 Dec 21. PMID: 36565973.

⁴ Hricak H, Abdel-Wahab M, Atun R, Lette MM, Paez D, Brink JA, Donoso-Bach L, Frijó G, Hierath M, Holmberg O, Khong PL, Lewis JS, McGinty G, Oyen WJG, Shulman LN, Ward ZJ, Scott AM. Medical imaging and nuclear medicine: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*. 2021 Apr;22(4):e136-e172. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30751-8. Epub 2021 Mar 4. PMID: 33676609; PMCID: PMC8444235.

⁵ Christiane K Kuhl, Abbreviated breast MRI for screening women with dense breast: the EA1141 trial, *British Journal of Radiology*, Volume 91, Issue 1090, 1 October 2018, 20170441, <https://doi.org/10.1259/bjr.20170441>

⁶ <https://mgaleg.maryland.gov/mgawebsite/Legislation/Details/HB0376?ys=2023RS> accessed 09/08/2024

⁷ Webster EM, Ahsan MD, Perez L, Levi SR, Thomas C, Christos P, Hickner A, Hamilton JG, Babagbemi K, Cantillo E, Holcomb K, Chapman-Davis E, Sharaf RN, Frey MK. Chatbot Artificial Intelligence for Genetic Cancer Risk Assessment and Counseling: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JCO Clin Cancer Inform*. 2023 Sep;7:e2300123. doi: 10.1200/CCI.23.00123. Erratum in: *JCO Clin Cancer Inform*. 2024 Jan;8:e2300240. doi: 10.1200/CCI.23.00240. PMID: 37934933; PMCID: PMC10730073.



L'ORGANISATION ACTUELLE



Le rôle des CRCDC dans le dépistage organisé



DR LAURENT VERZAUX

Radiologue au Havre

**DÉPISTAGE
DESCANCERS**
Centre de coordination
Régionaux

Après une phase d'expérimentation du dépistage organisé, l'évaluation de ces expérimentations départementales en 1998 a abouti à la généralisation en 2004 du dépistage suivant un cahier des charges effaçant les différences entre le dépistage individuel (DI) et le dépistage organisé (DO).

Après une organisation départementale, **une organisation régionale est mise en place en 2018.**

Un nouveau cahier des charges des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) est publié par arrêté 16 janvier 2024.

Les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers ont pour missions :

- de participer à la sensibilisation et à l'information des populations concernées ;
- d'organiser la formation des médecins et professionnels de santé sur les dépistages ;
- d'assurer le suivi des dépistages ;
- de veiller à la qualité du dispositif ;
- de collecter les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes.

L'envoi des invitations aux femmes de la tranche d'âge 50-74 ans qui doivent bénéficier d'un dépistage organisé est

maintenant repris par l'assurance maladie. Dans ce nouveau dispositif et après la régionalisation, **les CRCDC ont dû modifier et adapter leurs organisations.** Une partie du personnel dédié aux invitations ayant été repris par les CPAM¹.

La sensibilisation et l'information des populations concernées constitue une des actions fondamentales des CRCDC, en particulier dans un contexte de croissance de la défavorisation sociale à mettre peut-être en parallèle d'une diminution régulière du taux de participation.

Ce constat a amené **le CRCDC de Normandie** à participer à un travail scientifique en partenariat avec l'INSERM² de mesure de l'impact d'un dispositif mobile en appui des

¹ Caisse Primaire d'Assurance Maladie

² Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale



→ installations existantes dans les zones à indice de défavorisation sociale élevé. Les résultats de cette étude sont en cours de traitement et seront disponibles en 2025. Les résultats de cette expérimentation sont attendus afin d'améliorer la lutte contre les inégalités de santé et les actions d'aller-vers. La formation des médecins et des professionnels passe par l'organisation régulière d'échanges notamment avec les URPS³ et les leaders d'opinions responsables de FMC⁴ qui œuvrent efficacement dans chaque région. Un temps fort à notamment constituer en la formation des pharmaciens à la remise des tests de dépistage du colon. Assurer le suivi des dépistages constitue la mission essentielle des CRCDC et l'objet de grandes préoccupations dans le contexte de reprise des invitations les CRCDC n'ayant pas l'assurance d'une transmission par l'assurance maladie de la liste des femmes invitées.

Le recueil et l'enregistrement des examens réalisés, de leurs résultats, le suivi, les relances en l'absence de suivi connu et la gestion des

perdus de vue sont les fondamentaux de la qualité du programme de dépistage. Il ne suffit pas de réaliser un examen mais bien d'avoir la capacité de mesurer les résultats et surtout d'accompagner les femmes ayant un résultat positif afin de s'assurer qu'elles ont bien été inscrites dans une démarche diagnostique qui elle seule permet à la fin de donner un résultat précis aux femmes, ce qu'elles attendent souvent avec une angoisse justifiée. Les CRCDC gèrent des situations différentes mais toujours stressantes :

"Il y a une lésion et vous allez être prise en charge par une équipe thérapeutique".

" Vous n'avez pas de lésion, un nouveau dépistage vous sera proposé dans deux ans".

" Vous avez une situation intermédiaire qui nécessite une surveillance et nous veillons à cette surveillance".

La sollicitation des équipes des CRCDC comme celle des services de radiologie qui

³ Union Régionale des Professionnels de Santé

⁴ Formation Médicale Continue

participent au dépistage organisé est sous-estimée, elles le sont d'autant plus que les difficultés d'accès aux soins sont une réalité sur l'ensemble des territoires.

Veiller à la qualité du dispositif : le CRCDC est destinataire des résultats des contrôles qualité effectués dans les centres de radiologie, il vérifie les formations obligatoires des personnels et des médecins.

Collecter les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes. Les bases de données des CRCDC sont une richesse sans doute insuffisamment utilisée même si elles sont transmises à Santé Publique France qui chaque année apporte son expertise pour leur exploitation ce qui permet d'avoir une cartographie précise concernant les taux de participation mais aussi les stades des lésions au diagnostic.

Les missions des CRCDC dans ce contexte renoué se trouvent, dans les faits, renforcées d'où la nécessité clairement exprimée par l'ensemble des Centres de maintenir les moyens alloués et de les renforcer en fonction des projets locaux adaptés aux territoires. Une attention particulière doit être apportée à la modernisation des échanges en utilisant la dématérialisation et en introduisant dans la pratique quotidienne des radiologues les outils d'intelligence artificielle.

Le déploiement du projet DRIM-M et des DRIMbox dans le cadre de la vague 2 du Ségur du numérique est potentiellement un formidable accélérateur et une très belle opportunité de voir les planètes s'aligner afin d'améliorer les résultats du dépistage organisé, ce qui est notre objectif premier depuis 20 ans ! ■

IL NE SUFFIT PAS DE RÉALISER UN EXAMEN
MAIS BIEN D'AVOIR LA CAPACITÉ DE
MESURER LES RÉSULTATS ET SURTOUT
D'ACCOMPAGNER LES FEMMES AYANT UN
RÉSULTAT POSITIF

L'avis du radiologue sur la nouvelle organisation du DOCS



DR ROMAIN FOUCHER

Radiologue

Alors même que les chiffres de participation au dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) continuent de diminuer (46,5% sur la période 2022-2023 contre 47,7% en 2021-2022, cf. figure. 1) un changement dans l'organisation du DOCS est effectif depuis le 1^{er} janvier 2024 (<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049025564>).

Cette modification porte sur le pilotage du DOCS avec une gestion territoriale confiée aux directeurs généraux des Agences Régionales de Santé et transfère l'envoi des invitations et relances des CRCDC aux Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) coordonnées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Cette nouvelle organisation a connu un début quelque peu chaotique avec un retard important dans la mise en place et l'envoi des invitations (jusqu'à 6 mois pour

certaines caisses) générateur de stress et d'incompréhension chez les femmes voire de conflits avec les secrétariats.

Pour le médecin radiologue, cela se traduit au quotidien par une désorganisation des vacations de mammographie, certains centres devant même fermer des vacations par manque de patientes. Cela entraîne également un travail de secrétariat accru, les secrétaires devant vérifier l'éligibilité des patientes se présentant sans avoir reçu de convocation avec, selon les régions, des caisses injoignables ou débordées, renvoyant parfois vers les CRCDC n'ayant pourtant plus la main sur les invitations.

Même si des progrès ont été réalisés avec une certaine hétérogénéité selon les régions (mise en place d'un numéro unique, de serveur d'éligibilité pour les secrétariats), une probable chute des chiffres de participation sera donc à prévoir, d'autant plus que de nombreuses femmes se sont vues proposer un dépistage individuel devant l'impossibilité de les intégrer au DOCS.

Concernant les relances au dépistage qui sont désormais dématérialisées et déposées dans le compte Ameli, on peut craindre une moindre efficacité avec le risque de majorer la fracture numérique chez les femmes les plus âgées ou de milieux défavorisés alors

même que les CRCDC assuraient un suivi minutieux de ces dernières, ainsi que des cas positifs, par des équipes dédiées et expérimentées.

Au final, cette réforme interroge le médecin radiologue, pourquoi défaire un système qui fonctionnait plutôt bien pour y rajouter chaos et désorganisation alors même que les chiffres de participation sont en baisse ? Vision purement comptable ? N'aurait-il pas mieux fallu s'atteler à une réforme en profondeur pour notamment y intégrer les dernières évolutions technologiques (L2, dématérialisation, tomosynthèse, Intelligence Artificielle, etc.) et mieux cibler les freins au DOCS en incluant plus les femmes et associations de patientes dans ce beau programme qu'est notre DOCS ? ■

POURQUOI DÉFAIRE UN SYSTÈME QUI FONCTIONNAIT PLUTÔT BIEN POUR Y RAJOUTER CHAOS ET DÉSORGANISATION

Figure 1

Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, par âge - Période 2005-2023, données Santé Publique France



Le mammobile : un usage politique sans intérêt médical



DR KATIA GIOBBINI

Radiologue au centre
CIL à Narbonne

Le cancer du sein est un enjeu de santé publique : il se situe au premier rang des cancers féminins et au deuxième rang de tous les cancers.

Il est de bon pronostic avec un taux de survie à 5 ans de 86% et à 10 ans de 76% d'où l'intérêt de réaliser un dépistage qui permettra de trouver des lésions de petite taille permettant d'améliorer le taux de survie¹. Le dépistage organisé du cancer du sein, national depuis 2004, s'adresse à des femmes asymptomatiques, en bonne santé. En effet, une femme qui présente un signe clinique doit être prise en charge différemment avec réalisation d'une mammographie diagnostique, elle sera donc « sortie » du dépistage.

Le dépistage se fait généralement dans un centre de radiologie agréé et il consiste en la réalisation par un(e) manipulateur(trice) de 2 clichés par sein (face et oblique externe) en numérique. Le radiologue procède à une première lecture avec éventuellement des clichés complémentaires, une échographie ou une IRM, après réalisation d'un examen clinique. Si la mammographie est normale, elle sera envoyée en seconde lecture. Si la mammographie est anormale, la patiente sera prise en charge immédiatement dans le centre de radiologie.

NOTRE SYSTÈME EST PERFORMANT,
CONFORME AUX NORMES EUROPÉENNES,
SAUF EN CE QUI CONCERNE LA PARTICIPATION.

Il existe une alternative dans 2 départements, l'Orne et l'Hérault où circule un mammobile à bord duquel peuvent se rendre les femmes pour réaliser un examen de dépistage. Il s'agit d'un camion itinérant équipé pour réaliser des mammographies et qui se déplace selon un planning défini.

L'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein en France est réalisée par Santé Publique France qui publie l'ensemble des résultats. Notre système est performant, conforme aux normes européennes, sauf en ce qui concerne la participation. En effet, il est préconisé une participation à 70% mais elle est plutôt aux alentours de 50% avec même une baisse en 2022 à 44,9%. C'est pour améliorer ce point que sous l'influence des politiques est introduit la notion « d'aller vers », en partant du postulat que l'accès à un centre de radiologie est difficile pour les patientes et que l'on va aller les « chercher ». D'où l'idée de promouvoir le mammobile.

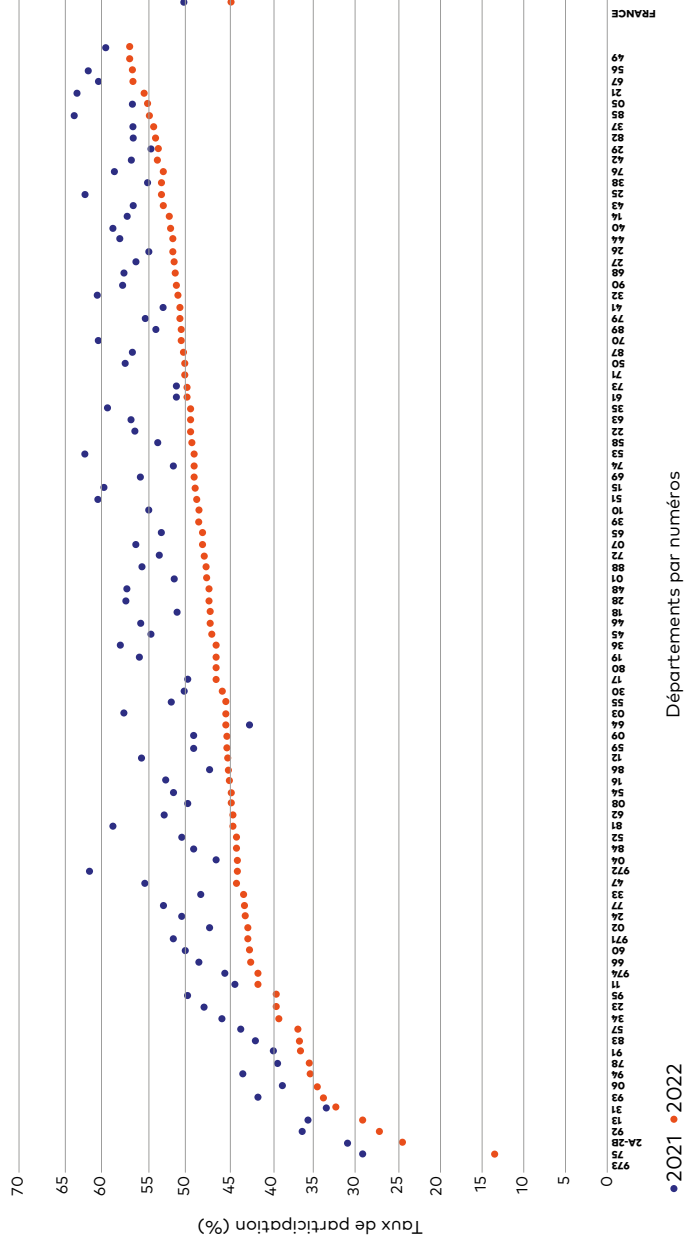
Le mammobile fonctionne actuellement grâce à une dérogation, étant donné qu'il ne répond

¹ Explaining the difference in prognosis between screen-detected and symptomatic breast cancer, PC Allgood, S W Duffy, O Kearins, E O'Sullivan, N Tappenden, M G Wallis, G Lawrence BR J Cancer. 2011 May 24 ;104(11)1680-5.



TAUX DE PARTICIPATION STANDARDISÉ PAR DÉPARTEMENT

Années 2021 vs 2022



→ pas au cahier des charges du dépistage. Mais pour pouvoir permettre son déploiement, il est acté dans le dernier cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein ainsi que dans la nouvelle convention médicale signée le 4 juin 2024. Il s'agit bien d'une volonté politique d'imposer ce modèle qui présente de nombreux inconvénients et qui fait l'unanimité contre lui chez les radiologues, en affichant une prétendue aspiration à une meilleure prise en compte de la couverture médicale du territoire. Ces inconvénients sont d'ordre médical, technique et financier.

Les inconvénients médicaux : sont essentiellement liés à une mauvaise prise en charge des patientes. Tout d'abord, il est impossible de réaliser un bilan diagnostique immédiat (BDI) à bord du mammobile, seul un examen clinique est réalisé. En l'absence de radiologue à bord, il n'y a pas de lecture des clichés « immédiatement » donc pas de possibilité de réaliser des examens complémentaires ou une échographie, il n'y a aucune adéquation entre l'examen clinique et la lecture des clichés. La patiente repart sans résultat. Si une anomalie est détectée lors de la lecture des clichés qui se fait à distance de l'examen, la patiente ainsi que son médecin traitant sont prévenus par courrier de l'obligation de réaliser des examens complémentaires, sans accompagnement, sans suivi. Ceci génère un stress important chez la patiente qui doit se « débrouiller » pour trouver une équipe médicale qui la prenne en charge. Celle-ci fera des examens complémentaires qui entraîneront parfois un surcroît d'exposition ionisante.

Ceci augmente de façon importante les « perdus de vue » par rapport à un dépistage en centre de radiologie. Les femmes se sentent livrées à elles-mêmes et sont tentées de ne pas suivre les recommandations.

Les inconvénients techniques et financiers :

Le mammobile est un semi-remorque qui transporte du matériel fragile. Du fait de sa taille, il ne peut pas emprunter l'ensemble du réseau routier en France et peut être confronté à des problèmes de stationnement. Par ailleurs, le matériel transporté nécessite une stabilité importante du camion. Il est très coûteux, 700 000 € environ pour l'achat du camion auquel il faut ajouter les coûts de maintenance et assurance du camion, l'essence, la formation des conducteurs avec d'éventuelles heures supplémentaires. C'est du fait de ces problèmes de coût que le mammobile qui circulait dans l'Aveyron a été arrêté en 2012 avec de surcroît une participation en dessous de la moyenne nationale. Par ailleurs, il peut exister un surcroît pour l'assurance maladie avec la facturation des examens complémentaires dans un second temps.

Tout ceci plaide contre le déploiement du mammobile et son intérêt dans l'amélioration du taux de participation au dépistage n'est pas démontré. En effet, après analyse des chiffres publiés par Santé Publique France² en mars 2023, nous constatons que les départements où circule le mammobile ne figurent pas dans le trio de tête de la participation.

La volonté de promouvoir le mammobile est « un effet d'annonce » politique sans intérêt médical, sans amélioration de la prise en charge des patientes, bien au contraire.

Une meilleure information des patientes sur l'intérêt du dépistage avec l'aide des associations serait certainement plus utile médicalement et moins coûteuse. ■

² Taux de participation départemental standardisé au dépistage du cancer du sein, traitement Santé Publique France mars 2023.

Les sages-femmes et le dépistage organisé du cancer du sein



CLAUDINE SCHALCK

Docteure en psycho-sociologie du travail, Chercheuse associée au CRTD-CNAM, membre ANSFT du CNPM



SABINE PAYSANT

Sage-femme clinicienne et coordinatrice Administratrice du CNSF et de l'ANSFC Présidente du CNP de Maïeutique

12 000 femmes, chaque année, décèdent des suites d'un cancer du sein. 1 femme sur 8 sera concernée par cette pathologie au cours de sa vie. 80 % des femmes touchées par le cancer du sein ont plus de 50 ans.

Sachant que, lorsque ce dernier est dépisté tôt, le taux de guérison est élevé, il est primordial, en termes de santé publique, d'adopter une politique de prévention majeure permettant de mobiliser tous les acteurs de santé, en capacité de participer à ce dépistage.

A ce propos, les travaux du comité d'orientation de la concertation citoyenne et scientifique ont bien identifié la sage-femme, comme acteur de santé, au cœur de la prévention. En effet, elle est une interlocutrice de choix pour informer les femmes sur le cancer du sein, les éduquer à l'autopalpation et effectuer des dépistages



réguliers.

Le dépistage organisé du cancer du sein concerne les femmes en bonne santé ne présentant pas de facteurs de risques associés. Or, les sages-femmes, grâce à leurs compétences variées, sont formées spécifiquement à suivre les femmes.

Les sages-femmes suivent les femmes en bonne santé tout au long de leur vie, pour les accompagner durant ses événements majeurs : de la puberté à l'entrée dans la vie sexuelle et affective, la grossesse désirée ou refusée avec l'IVG, l'accouchement, la période postnatale qui comprend aussi la santé de



→ l'enfant, le soutien à l'allaitement maternel, l'établissement et le développement des premiers liens, la construction de la maternité/parentalité ainsi que la santé gynécologique et sexuelle jusqu'au-delà de la ménopause. Depuis 2009, avec la loi HPST¹, les sages-femmes pratiquent des consultations de suivi gynécologique de prévention auprès des femmes et prescrivent tous les contraceptifs, actuellement. Tout en considérant l'attention portée à la santé mentale lorsqu'il s'agit de la période postnatale, voire de violences au sein du couple et de la famille.

De ce fait, les sages-femmes sont présentes auprès des femmes en bonne santé comme des partenaires, très proches de leur vie quotidienne de femme, de couple et de famille et ce, d'autant plus que, pour les sages-

femmes libérales, territoriales ou exerçant en HAD², leurs consultations sont, non seulement en proximité avec leur lieu de vie, mais qu'elles s'y rendent aussi bien en prénatal qu'en postnatal, pour une naissance, dans l'idée « d'aller vers », propre aux consultations à domicile. Ce qui rend le soin des sages-femmes accessible à toutes les femmes, quelles que soient leurs conditions sociales.

C'est dans ce cadre que **les sages-femmes interviennent spécifiquement dans les soins primaires et dans la prévention, notamment pour celle du cancer du sein**, là où elles réalisent frottis, vaccins, examens cliniques et médicaux de dépistage, voire des échographies. Les sages-femmes ont ainsi, avant tout, un rôle privilégié d'éducation, d'information, de suivi, d'accompagnement et de délibération dans les conseils donnés auprès des femmes afin de les aider à prendre les meilleures décisions pour la santé de chacune en fonction de son contexte de vie, de ses antécédents médicaux et de son histoire personnelle et familiale. Mais aussi, afin de les orienter vers un professionnel

¹ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST, qui établit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale, accessible à tous, satisfaisant l'ensemble des besoins de santé avec la mise en place d'une offre de soins graduée de qualité.

² Hospitalisation à domicile

médical spécialisé en cas de besoin.

De cette façon, dès lors qu'il s'agit de prévention du cancer du sein, le rôle de la sage-femme peut s'envisager dans la continuité des cycles de vie de chaque femme au sein d'une relation de confiance où la sage-femme occupe une place sur la scène de l'intime entre féminité, sexualité et maternité, là où le sein corporel peut être à la fois sein nourricier et sein sexuel mais dont les enjeux de santé peuvent être partagés. Que ce soit dans ses manifestations naturelles, de sa constitution à la puberté, de son expression dans les symptômes prémenstruels, dans ses modifications durant la grossesse et dans le postnatal ou que ce soit par l'observation et avec le toucher, notamment pour l'allaitement maternel, lors de sa maturation, ou en cas d'inquiétude.

LE RÔLE DE LA SAGE-FEMME
PEUT S'ENVISAGER DANS LA CONTINUITÉ
DES CYCLES DE VIE DE CHAQUE FEMME
AU SEIN D'UNE RELATION DE CONFIANCE.

Certains cancers du sein, hormonosensibles, plutôt rares, trouvent un terrain plus favorable à leur expression durant la grossesse et le postnatal, que l'examen clinique, réalisé par la sage-femme, lors de ses interventions dédiées, peut détecter précocement. Néanmoins auprès de toutes les femmes, dès leur jeune âge, **la sage-femme joue un rôle important dans la prévention du cancer du sein par une approche informative et éducative ainsi que par l'apprentissage de l'observation et de l'autopalpation des seins** faites régulièrement :

- **Être informées** concernant les enjeux liés à la prévention du cancer du sein permet aux femmes de clarifier les idées concernant son apparition, les facteurs de risques, les prédispositions personnelles, et de débattre des enjeux liés à son dépistage, en particulier lorsqu'il s'agit de la mammographie. Car, il reste le cancer féminin le plus fréquent avec la mortalité la plus élevée alors qu'un dépistage précoce donne toutes chances à la guérison.
- **Être éduquées à l'observation** de toute modification des seins et à leur autopalpation régulière permet aux femmes d'être actives et responsables de leur santé là où la sage-femme peut veiller à un apprentissage méthodique et minutieux, vérifié périodiquement à quatre mains avec la clinique professionnelle.

Dans ce cadre, les consultations auprès de la sage-femme sont l'occasion pour les femmes de se faire conseiller, de poser des questions et de discuter de ce sujet, en particulier de la mammographie ainsi que des modalités et du fonctionnement du dépistage organisé du cancer du sein, dès 50 ans et jusqu'à 74 ans. En effet, **l'accès à des sources d'informations variées permet aux femmes d'être de mieux en mieux informées** sur les savoirs des experts médicaux et les associations de malades ou d'usagers se mobilisent également pour intervenir dans ces contextes. Or, l'intérêt réel de ce dépistage ne rencontre pas de consensus et fait l'objet d'une controverse scientifique au niveau international en raison de l'incertitude quant au peu de vies sauvées et de ses bénéfices incertains face au risque de surdiagnostic et de surtraitement, un effet indésirable reconnu. Il s'agit de fournir aux femmes des informations claires et complètes afin de les aider à se déterminer : entre ne pas se



faire dépister, éviter l'angoisse des examens réguliers de surveillance mais risquer de mourir d'un cancer repéré trop tard ; ou se faire dépister régulièrement, tous les deux ans, via la mammographie et, se donner de meilleures chances de survie, mais avec des risques inutiles.

Si le choix n'est pas facile, alors qu'elle peut changer d'avis, **il revient à chaque femme d'en prendre la responsabilité au sein d'une relation de confiance**, étayée par le consentement libre et éclairé, inscrit dans la loi.

Toutefois, quoi qu'il en soit, dépistée ou non, l'observation et l'autopalpation des seins régulières, pour chaque femme, gardent un intérêt constant pour le dépistage du cancer du sein auxquels la sage-femme peut former. De même, elle peut sensibiliser et encourager chaque femme à adopter des mesures préventives du cancer du sein, en termes de

qualité de vie. Il est, en effet, reconnu que l'activité physique ou sportive régulière, ainsi qu'une alimentation variée et équilibrée, sans tabac, avec peu d'alcool, réduisent significativement le risque de cancer du sein comme les récidives. L'attention à l'alimentation ainsi qu'au mode de vie, sans tabac ni alcool, avec le maintien d'une activité physique, fait partie des enjeux de la bonne santé pendant leur grossesse pour les femmes, qu'elles ont l'occasion de discuter avec leur sage-femme. Tout comme il en est lors du processus naturel de la ménopause, alors que la question des traitements hormonaux substitutifs, eu égard à leur incidence sur un risque plus élevé de cancer du sein, est toujours posée. C'est bien tout au long de leur vie que les femmes peuvent être encouragées et accompagnées par la sage-femme à adopter des mesures pour une meilleure qualité de vie, afin d'agir pour leur santé et par là, également agir pour la prévention d'un cancer du sein. ■

C'EST BIEN TOUT AU LONG DE LEUR VIE QUE
LES FEMMES PEUVENT ÊTRE ENCOURAGÉES
ET ACCOMPAGNÉES PAR LA SAGE-FEMME

Le rôle de l'Assurance Maladie dans la nouvelle organisation du dépistage organisé des cancers du sein



DR CATHERINE GRENIER

Directrice des Assurés
et promotion de la santé
CNAM



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

La lutte contre le cancer est une priorité de santé publique, et le dépistage organisé du cancer du sein en est un pilier fondamental.

Avec des taux de dépistage en deçà des objectifs européens, la France se devait de réagir. Le 5 décembre 2022, la Première Ministre annonçait plusieurs évolutions de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030¹ (QR code), s'appuyant notamment sur les constats et recommandations du rapport de l'IGAS² de janvier 2022³ sur le dépistage organisé des cancers en France. Ainsi, depuis janvier 2024, l'Assurance Maladie a pris en charge le pilotage des invitations au dépistage organisé, avec l'objectif d'améliorer les taux de participation encore trop faibles en France.

Pour ce faire, un nouveau système d'information de grande ampleur a été mis en place pour cibler et inviter les femmes éligibles au dépistage du cancer du sein, en utilisant notamment les bases de données de consommation de soins (SNIIRAM⁴). Ce système permet d'identifier les femmes selon des critères précis (âge, sexe, certains antécédents, etc.) et de leur

envoyer les invitations et relances au dépistage organisé selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé en vigueur.

→ DES ACTIONS DE PROXIMITÉ POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS

Pour lutter contre les inégalités en santé, qui prévalent également dans le champ des dépistages, des opérations d'"aller-vers" individuelles, en complément des actions d'aller-vers collectif mises en place au niveau régional, accompagnent ce dispositif. Ces actions proactives, inspirées des campagnes de promotion de la vaccination contre le Covid-19, visent à atteindre les publics précaires et éloignés du système de santé. Ainsi, depuis fin 2023, l'Assurance Maladie recourt à des



² Inspection Générale de l'Action Sociale

³ Le dépistage organisé des cancers en France, Inspection générale des affaires sociales, janvier 2022

⁴ Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie

→ conseillers spécialement formés réalisant des appels téléphoniques pour encourager les femmes à réaliser le dépistage, en facilitant la prise de rendez-vous chez un radiologue agréé.

→ **UNE OFFRE EN RADIOLOGIE CONSÉQUENTE MAIS AVEC DES DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES**

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme et celui responsable du plus grand nombre de décès. En France, le programme national de dépistage organisé (DO) du cancer du sein cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, qui bénéficient d'une prise en charge à 100 % et d'une seconde lecture des mammographies (qui permet de dépister davantage de cancers : c'est le cas d'environ 6 % d'entre eux) réalisée dans les CRCDC. En 2023, 3 572 469 de mammographies bilatérales ont été réalisées, dont 64 % prises en charge au titre du DO.

On constate une variabilité de la part des mammographies bilatérales prises en charge au titre du DO selon les départements, allant de 26 % à Paris à 82 % dans l'Indre et la Lozère. Cette variabilité souligne la nécessité de mesures adaptées pour améliorer l'accessibilité du dépistage. L'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers a défini le cahier des charges pour les unités mobiles de dépistage, comme les "mammobiles". Ces unités, déjà en place dans des territoires comme l'Orne, jouent un rôle crucial en offrant un accès au dépistage dans les zones rurales ou sous-desservies.

→ **UNE COLLABORATION RENFORCÉE AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

Les médecins traitants jouent également

un rôle clé dans la promotion du dépistage organisé. Pour les soutenir, un téléservice d'information a été mis en place sur amelipro depuis juin 2024. Cet outil leur permet de consulter la liste de leurs patients éligibles aux trois dépistages organisés et non dépistés, facilitant ainsi un suivi personnalisé. D'autres outils verront également le jour dans les prochains mois, à destination notamment des radiologues et des assurés.

→ **PREMIERS CHIFFRES ET PERSPECTIVES**

Les premiers mois de cette nouvelle organisation montrent des résultats encourageants, et qui incitent à amplifier les efforts déjà engagés. À fin mai 2024, 2 millions d'invitations pour le dépistage du cancer du sein ont été envoyées, et plus de 290 000 assurées ont été contactées dans le cadre des actions d'aller-vers.

Les efforts pour promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein se poursuivront avec des campagnes de communication intensifiées et un objectif clair : offrir à chaque femme la meilleure chance de dépister précocement un éventuel cancer, en limitant les conséquences et améliorant ainsi les chances de guérison.

Ces initiatives reflètent l'engagement de l'Assurance Maladie à promouvoir la santé publique et à assurer la mise en œuvre rigoureuse de ses responsabilités dans les dépistages organisés des cancers. En impliquant activement tous les acteurs du système de santé et en exploitant les données disponibles, l'Assurance Maladie contribue à une détection précoce plus efficace du cancer du sein, au bénéfice de toutes les femmes. ■

Des maires qui agissent en faveur de la prévention et du dépistage



FRÉDÉRIC CHÉREAU

Maire de Douai
Vice-Président de l'AMF
Co-président de la commission santé de l'AMF

L'AMF porte l'impératif de la prévention et de la promotion de la santé. En effet, les élus locaux sont de plus en plus convaincus que les déterminants de la santé publique ne dépendent pas exclusivement de l'accès à une offre de soins (même si ce point est bien entendu essentiel) mais d'un ensemble de facteurs relevant du cadre de vie.

Ainsi, pour l'AMF, les enjeux de réduction des inégalités en santé appellent des réponses transversales et les maires sont les acteurs clés pour favoriser une « ville qui maintient en bonne santé » en prenant en compte les déterminants de santé : logement, habitat, accès aux espaces verts, à l'activité physique, etc.

Sur le volet de la santé environnementale, les maires agissent et innovent au quotidien, à hauteur de leurs moyens, pour limiter l'exposition de leurs administrés, notamment



les plus fragiles, aux pollutions, bien que cela ne relève pas nécessairement de leur compétence.

Les maires engagés dans le dépistage organisé du cancer du sein :

L'AMF est associée à la stratégie décennale de lutte contre les cancers et travaille avec l'Institut national du Cancer. En effet, dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, l'Institut national du Cancer s'est engagé dans un programme d'accompagnement des collectivités sur les enjeux de promotion de la santé et de prévention des cancers considérant que le déploiement des actions au plus près du terrain est particulièrement pertinent, notamment en matière de prévention et de

→ dépistage, afin de promouvoir une société protectrice de la santé tout en réduisant les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé. L'AMF est associée à ces travaux depuis leur lancement en 2021.

Acteurs de proximité au contact direct des habitants, des professionnels de santé ainsi que du tissu associatif local, les maires ont la capacité de réunir l'ensemble des acteurs concernés afin d'informer et de sensibiliser la population aux enjeux du dépistage. Ils peuvent aussi co-organiser des actions de dépistage du cancer du sein au plus près des habitantes, en particulier de celles qui, pour diverses raisons (précarité, mobilité, manque d'informations...) sont moins suivies sur le plan médical. Ainsi, en lien très étroit avec les associations de quartiers notamment, les maires organisent par exemple, des réunions d'informations et de sensibilisation mais également des lieux de dépistages mobiles.

Le contrat local de santé un outil plébiscité par les maires, à leur main, facilitant le déploiement de politiques de prévention et de dépistage :

Les maires sont très attachés au contrat local de santé qui est l'un des seuls outils de contractualisation en santé à leur main. Le contrat local de santé leur permet, en lien avec l'ensemble des acteurs concernés à l'échelle locale ainsi que l'Agence Régionale de Santé d'inscrire des objectifs partagés qui peuvent tout à fait prendre la forme d'actions en faveur du dépistage organisé de différents cancers, dont le cancer du sein.

Des moyens à consolider :

A l'image de l'ensemble des actions qu'ils portent en matière de prévention et de dépistage, les maires soulignent la nécessité

que des moyens pérennes, qui ne peuvent exclusivement reposer sur des ressources communales aujourd'hui très contraintes, soient dédiés à ces politiques. ■

L'AMF EST ASSOCIÉE À LA STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS ET TRAVAILLE AVEC L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

L'engagement local des maires pour sensibiliser et faciliter l'accès au dépistage organisé du cancer du sein



GIL AVÉROUS

Président de Villes de France
Maire de Châteauroux



En retard sur ses voisins européens, la France fait figure de mauvaise élève lorsque l'on se penche sur le taux de dépistage du cancer du sein.

Alors que le cancer du sein est l'une des principales causes de mortalité chez les femmes, le dépistage organisé du cancer du sein constitue un enjeu de santé publique majeur, au fondement de notre politique nationale de prévention de cette pathologie cancéreuse.

Dans nos territoires, **les Maires déclinent localement de nombreuses actions** nous engageons un véritable travail de collaboration avec les professionnels de santé du territoire **de prévention et de sensibilisation** pour prolonger l'action déployée au niveau national.

Nous partageons **un objectif : accroître la participation des femmes** au dépistage du cancer du sein. Pour cela, nous nous

attachons à conscientiser l'opinion publique sur le dépistage. Nous apportons donc notre soutien à de nombreuses campagnes d'informations, à de multiples manifestations sportives ou festives en soutien à cette cause, nous engageons un véritable travail de collaboration avec les professionnels de santé du territoire pour organiser de la collecte de matériel, des réunions d'information, des ateliers ; tout en utilisant les canaux de communication de la municipalité pour diffuser des messages clés autour du dépistage, notamment à l'approche d'"Octobre rose".

Assurément, notre engagement passe également par le soutien financier que nous pouvons accorder à certains centres de santé ou associations de soutien aux femmes atteintes du cancer du sein.

Notre implication est d'autant plus importante que nous le savons, l'accroissement des difficultés d'accès aux



→ soins dans nos territoires fait obstacle à la pratique effective du dépistage du cancer du sein. Alors que de nombreux patients renoncent aux soins, de nombreuses femmes renoncent, elles aussi, au dépistage du cancer du sein par manque de professionnels de santé et d'infrastructures d'imagerie médicale à proximité de leur lieu de vie. Plus largement, le manque de praticiens nuit considérablement à la pratique du dépistage individuel pour les femmes à partir de 25 ans. **Nos villes moyennes n'échappent pas à ce phénomène de désertification médicale** et nous travaillons quotidiennement avec l'ARS pour faciliter l'installation de nouveaux équipements, renforcer les équipes médicales etc.

Ainsi, nous sommes aujourd'hui favorables à toutes les initiatives permettant de favoriser l'accès à l'imagerie médicale et donc l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. Élément central et indispensable du diagnostic et du suivi thérapeutique, l'offre d'imagerie médicale délocalisée dans nos

territoires peine à se développer notamment en raison du délai nécessaire pour obtenir l'autorisation liée à l'installation de matériel lourd d'imagerie médicale.

L'OFFRE D'IMAGERIE MÉDICALE DÉLOCALISÉE DANS NOS TERRITOIRES PEINE À SE DÉVELOPPER

Par ailleurs, il apparaît plus que jamais nécessaire de s'inscrire dans une démarche d'« aller-vers » en accordant **une vigilance toute particulière aux femmes susceptibles de ne pas se faire dépister**. Je pense par exemple aux initiatives de camion itinérant qui sillonne les territoires pour informer sur le dépistage du cancer du sein.

Les Maires en sont persuadés : mener ces actions de prévention et de sensibilisation sont des indispensables pour notre santé publique. Ils y prennent toute leur part, avec constance et conviction. ■

LES PERSPECTIVES





Quel est l'apport de l'intelligence artificielle (IA) pour le dépistage du cancer du sein aujourd'hui et demain ?



**Pr ISABELLE
THOMASSIN-NAGGARA**

Présidente Société d'Imagerie de la Femme (SIFEM)
APHP Sorbonne Université,
Hôpital Tenon, Paris



**Pr PIERRE
CHAMPSAUR**

Président directoire DRIM
France IA
APHM - Aix Marseille
Université, Marseille

Si les premières applications commencent à avoir des applications concrètes dans notre quotidien, la réelle révolution attendue de l'intelligence artificielle serait de surpasser les performances de l'humain pour devenir un véritable « game changer ».

Le dépistage par mammographie constitue une très rare politique de dépistage de façon générale et utilisant la radiologie en particulier mise en place en France. Cette expérience, organisation et compétence acquise dans ce domaine confronte l'IA à une pratique solide. Le rôle du radiologue est d'assurer que les nouveaux outils ou des pratiques comme l'IA garantissent la meilleure prise en charge des patients et en l'occurrence des patientes pour améliorer le

pronostic du cancer le plus fréquent chez la femme.

Dans cet article, nous diviserons les champs d'application de l'IA en fonction de leur possibilité d'intégration à la campagne de dépistage organisé dans sa forme actuelle jusqu'au choix de la modalité de dépistage la plus adaptée dans le cadre de l'évolution du dépistage vers un dépistage personnalisé.

L'intelligence artificielle dans la campagne de dépistage organisé aujourd'hui

L'application de l'intelligence artificielle qui fait l'objet du plus grand nombre de publications à ce jour est l'utilisation de l'IA pour l'analyse des images médicales à travers des algorithmes de deep learning.

Pour la campagne de dépistage organisé, l'enjeu est de chercher à réduire la double lecture en remplaçant le premier ou le



→ second lecteur par un algorithme de deep learning. Le dépistage organisé du cancer du sein en France reste en effet à ce jour une organisation basée sur la mammographie 2D impliquant un premier lecteur (lisant au moins 500 mammographies par an) et un second lecteur (lisant au moins 2 000 mammographies par an).

Intelligence artificielle et qualité du cliché mammographique

L'étape préliminaire est tout d'abord d'entraîner des algorithmes de deep learning à reconnaître une mammographie techniquement analysable, ce qui est une des fonctions premières de la seconde lecture. Ainsi, en se basant sur les critères de qualité de la mammographie, des logiciels d'IA proposent désormais d'indiquer au manipulateur dès l'acquisition d'un cliché de mammographie réalisé si celui-ci satisfait aux exigences minimales. Celles-ci couvrent l'absence de flou ainsi que le bon positionnement sur le cliché de face et sur le cliché oblique. De plus, en se basant sur les données les plus récentes de la

littérature¹ l'HAS a proposé la substitution de l'acquisition de la mammographie 2D classique par une mammographie synthétique reconstruite à partir des acquisitions de tomosynthèse². Il sera donc nécessaire d'entraîner des algorithmes à valider la qualité en mammographie 2D mais également des coupes de tomosynthèse et de l'imagerie synthétique dont elle est issue. Toutes les solutions disponibles sur le marché ne garantissent pas ce prérequis et peuvent donner un résultat pour des clichés ininterprétables !

¹ Comparing accuracy of tomosynthesis plus digital mammography or synthetic 2D mammography in breast cancer screening: baseline results of the MAITA RCT consortium - PubMed. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38262307/>. Accessed 5 Feb 2024

² Évaluation de la performance et de la place de la mammographie par tomosynthèse dans le programme national de dépistage organisé du cancer du sein – Volet 2. In: Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3148278/fr/evaluation-de-la-performance-et-de-la-place-de-la-mammographie-par-tomosynthese-dans-le-programme-national-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-volet-2. Accessed 28 Jan 2024

Intelligence artificielle et remplacement d'une des deux lectures par un radiologue

Une méta-analyse récente a inclus de nombreuses études rétrospectives ayant comparé la performance d'un radiologue à celle d'une IA (utilisée isolément dite Standalone) en termes de taux de détection de cancer (sensibilité) et de taux de faux positifs (ou taux de rappel) (spécificité)³. Cette méta-analyse analyse plus d'un million de mammographies sur près de 500 000 femmes en testant différents logiciels d'IA de différentes versions. Elle démontre que le radiologue en situation de routine est plus performant qu'un système d'IA, les études avec relecture par un radiologue expert dans le cadre de l'étude, étant biaisées par un taux de faux positifs anormalement élevé chez le lecteur radiologue. Enfin, les auteurs de cette méta-analyse regroupant tous les principaux experts mondiaux en IA appliquée à la mammographie, concluent à l'absence de données suffisantes pour évaluer la performance de l'IA sur les acquisitions de tomosynthèse.

Aussi, deux types d'utilisation de l'IA ont été testées de façon prospective dans la littérature :

1. l'IA comme outil de triage ou "gate keeper" basé sur une IA très sensible permettant d'identifier les mammographies à faible risque de cancer pour éviter une double lecture.

Une première étude rétrospective publiée par K Lang en 2021 avait démontré que ce type d'utilisation permettait de réduire le besoin d'une double lecture humaine dans environ 20% des cas⁴. Dans les suites de cette étude, a été publiée une première étude prospective nommée l'étude MASAI⁵ ayant inclus 80 033 femmes sélectionnant sur un score les mammographies devant bénéficier d'une

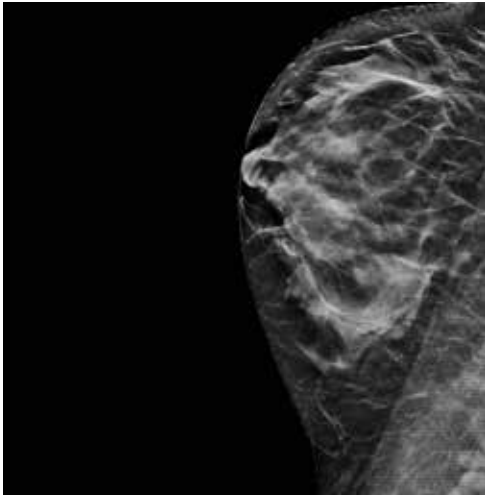


simple ou d'une double lecture. Cette étude démontre une augmentation significative du taux de détection (+1/1000), une stabilité de la valeur prédictive positive des anomalies détectées et une possibilité de diminution de 50% des examens nécessitant une double lecture humaine. Cette étude ne permettait pas d'étudier l'impact sur le nombre de cancers de l'intervalle. Deux éléments

³ Yoon JH, Strand F, Baltzer PAT, et al (2023) Standalone AI for Breast Cancer Detection at Screening Digital Mammography and Digital Breast Tomosynthesis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Radiology* 307:e222639. <https://doi.org/10.1148/radiol.222639>

⁴ Lång K, Dustler M, Dahlblom V, et al (2021) Identifying normal mammograms in a large screening population using artificial intelligence. *Eur Radiol* 31:1687-1692. <https://doi.org/10.1007/s00330-020-07165-1>

⁵ Lång K, Josefsson V, Larsson A-M, et al (2023) Artificial intelligence-supported screen reading versus standard double reading in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a clinical safety analysis of a randomised, controlled, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study. *Lancet Oncol* 24:936-944. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00298-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00298-X)



→ majeurs sont à noter pour cette première étude : l'expertise des radiologues impliqués était très élevée, supérieure ou égale à celle des seconds lecteurs français et cette étude était mono constructeur, mono logiciel.

2. l'IA comme lecteur indépendant basé sur une IA spécifique

Une seconde étude prospective publiée en Suède⁶ (ScreenCAD consortium) a testé l'IA utilisée de façon indépendante comme lecteur à part entière. Les résultats démontraient une tendance à la diminution du taux de cancers détectés en cas d'utilisation de l'IA en mode standalone, et que cette même IA utilisée comme 3ème lecteur indépendant augmentait de façon significative le nombre de cancers détectés mais aussi de 30% le nombre de mammographies considérées anormales nécessitant un bilan complémentaire. Les auteurs concluaient à l'utilité d'une IA comme lecteur indépendant remplaçant un des deux lecteurs (et non pas en complément de deux) (augmentation

significative du nombre de cancers détectés sans augmentation majeure du nombre de mammographies considérées comme anormale par le lecteur humain ou l'IA). Le point important dans cette étude est de bien intégrer que les lecteurs impliqués avaient une expérience médiane de 17 ans en mammographie et une activité de sénologie exclusive, soit un nombre de mammographies lues par jour au moins deux fois supérieur à celui des lecteurs les plus experts en France (niveau L2 minimum). Cette étude était également mono constructeur mono logiciel. Les résultats de cette étude ont conduit à une évolution des pratiques en Suède avec une implémentation de l'IA dans des centres dédiés à l'activité de dépistage mammographique avec des radiologues exclusivement dédiés à cette activité et de grande expertise.

Enfin, récemment une troisième étude prospective, parue dans la revue Nature⁷, est probablement la plus proche sur le plan méthodologique des conditions françaises. Cette étude, conduite en Hongrie, a proposé une utilisation de l'IA en mode lecteur indépendant uniquement en cas de mammographie considérée comme normale par les deux premiers lecteurs. Elle démontre une augmentation de 1,5/1000 le nombre de cancers supplémentaires détectés, soit des chiffres équivalents à ceux qu'apporte la

⁶ Dembrower K, Crippa A, Colón E, et al (2023) Artificial intelligence for breast cancer detection in screening mammography in Sweden: a prospective, population-based, paired-reader, non-inferiority study. *Lancet Digit Health* 5:e703–e711. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00153-X](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00153-X)

⁷ Ng AY, Oberije CJG, Ambrózay É, et al (2023) Prospective implementation of AI-assisted screen reading to improve early detection of breast cancer. *Nat Med* 29:3044–3049. <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02625-9>

deuxième lecture actuellement en France. Cette étude détaille particulièrement bien la gestion des discordances entre l'IA et le radiologue et étudie l'impact des différentes stratégies d'arbitrages sur le nombre de faux positifs notamment en rapport avec le biais d'automatisation : ce biais consiste en l'interaction du radiologue et de l'IA qui peut conduire à une augmentation du nombre de faux positifs qui seront d'autant plus marqués que le radiologue est débutant⁸. Un faux positif induit des examens complémentaires inutiles tels qu'échographie mammaire, IRM mammaire ou même biopsie inutile avec un impact majeur anxio-gène sur les patientes.

En synthèse, l'utilisation de l'IA en mode standalone (isolée) ne permet pas d'atteindre la performance diagnostique d'un radiologue en condition de routine et ce quel que soit son réglage (en mode IA sensible ou en mode IA spécifique)⁹. Ainsi, l'IA doit être combinée à une lecture humaine.

Que les études prospectives aient évalué l'impact de l'utilisation d'une IA soit en triage soit comme lecteur indépendant, elles ont toutes testé l'IA combinée à une lecture humaine faite par un radiologue très expert (au minimum de niveau L2).

L'utilisation de l'IA, que ce soit en mode triage ou en mode lecteur indépendant, pose des problèmes éthiques en termes de responsabilité pour le mode triage et en termes de gestion des discordances, en mode lecteur indépendant.

De plus, l'utilisation de l'IA à la console par un radiologue non expert pourrait avoir les mêmes effets délétères que ceux décrits pour les anciens CAD (augmentation du nombre de faux positifs) en raison du biais d'automatisation.

Ainsi, l'introduction de l'IA dans le système français pourrait permettre d'augmenter le nombre de cancers détectés sans augmenter le nombre de faux positifs sous réserve que l'IA soit combinée à un lecteur expert au minimum de niveau L2. Aussi, l'introduction de l'IA impose au préalable la mise en place d'un système de dématérialisation qui permettra également l'envoi et la centralisation des acquisitions de tomosynthèse pour l'applicabilité des recommandations de l'HAS.

Enfin, il existe une variabilité de performance entre les logiciels d'IA et entre les versions d'un même logiciel d'IA. Tel que suggéré par le consensus de Cambridge¹⁰, un benchmark des solutions d'IA doit être réalisé au mieux par les radiologues (ce qui a été initié par le groupe DRIM France IA¹¹ et des études prospectives en conditions de routine sont nécessaires.

L'intelligence artificielle dans la campagne de dépistage organisé de demain

⁸ Dratsch T, Chen X, Rezazade Mehrizi M, et al (2023) Automation Bias in Mammography: The Impact of Artificial Intelligence BI-RADS Suggestions on Reader Performance. *Radiology* 307:e222176. <https://doi.org/10.1148/radiol.222176>

⁹ Elhakim MT, Stougaard SW, Graumann O, et al (2023) Breast cancer detection accuracy of AI in an entire screening population: a retrospective, multicentre study. *Cancer Imaging* 23:127. <https://doi.org/10.1186/s40644-023-00643-x>

¹⁰ van Nijntzen TJA, Payne NR, Hickman SE, et al (2023) Overview of trials on artificial intelligence algorithms in breast cancer screening - A roadmap for international evaluation and implementation. *Eur J Radiol* 167:111087. <https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2023.111087>

¹¹ Guenoun D, Zins M, Champsaur P, et al (2023) French community grid for the evaluation of radiological artificial intelligence solutions (DRIM France Artificial Intelligence Initiative). *Diagn Interv Imaging* S2211-5684(23)00176-6. <https://doi.org/10.1016/j.diii.2023.09.002>



→ L'évolution du dépistage du cancer du sein tend à aller vers une personnalisation adaptée à chaque femme. Aussi, le besoin est de connaître le risque de cancer du sein de chaque patiente pour définir la modalité de dépistage (Mammographie, échographie, IRM, ...) ainsi que l'intervalle auquel on doit réaliser ces examens.

Dans ce cadre, une grande étude européenne nommée « My Pebs » est en cours et intègre des critères d'imagerie basiques tels que la densité mammaire ainsi que des marqueurs biologiques pour définir 4 niveaux de risque. L'utilisation de l'intelligence artificielle de façon plus avancée sur les images avec notamment des analyses de texture du parenchyme mammaire basée sur des études de radiomique permet d'aller au-delà de ce que peut voir l'œil humain et

de définir des critères prédictifs de risque de cancer du sein.

En conclusion, les champs d'application de l'intelligence artificielle sont très larges. Ces applications principalement centrées sur l'analyse d'images ne couvrent qu'une partie des possibilités d'utilisation de l'IA qui peuvent également s'imaginer sur des données épidémiologiques massives pour mieux comprendre les leviers d'adhésion au dépistage du cancer du sein d'un plus grand nombre de femmes quel que soit leur milieu social ou leur lieu de vie.

Ainsi, nous ne sommes qu'aux prémices d'une ère nouvelle où nous devons bien garder en tête que c'est bien la Femme qui doit rester au cœur de ces innovations technologiques.

La place de l'IA en mammographie en particulier dans le dépistage du cancer du sein n'est pas encore stabilisée. Les radiologues doivent garantir la meilleure prise en charge des patientes, éviter les dérives offertes par la pénurie médicale. Les radiologues sont les porteurs de l'innovation maîtrisée. ■

Constats et perspectives, 20 ans après le déploiement national

L'avis de la Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire



DR LUC CEUGNART

Médecin radiologue
au CRLCC Oscar Lambret
Au nom du CA de la SFSPM

LA SOLUTION SIMPLIFICATRICE CONSISTANT
À SUPPRIMER LA L2 POUR ÉVITER CETTE
ÉTAPE DE LA DÉMATÉRIALISATION
REMETTRAIT EN CAUSE DE FAÇON
PROFONDE LA QUALITÉ DU PROGRAMME

La Société Française de Sénologie et Pathologie Mammaire (SFSPM), créée il y a plus de 40 ans à l'initiative de Charles Marie Gros concepteur du mammographe moderne, a toujours entretenu un lien très étroit avec le Dépistage Organisé du Cancer du Sein (DOCS).

La Société savante multidisciplinaire dédiée principalement au cancer du sein, depuis la prévention jusqu'à la prise en charge thérapeutique, s'est impliquée dès son démarrage dans le dépistage notamment sur le versant scientifique. En effet, outre l'implication de nombre de ses membres fondateurs et actuels dans le programme, la Société a depuis 2002 créé lors de ses Journées annuelles de formation, sous l'impulsion du Dr Brigitte Seradour, le forum du Dépistage. Cette matinée co-organisée avec ACCORDE, le groupe de travail des coordinateurs des structures de dépistage,

dorénavant dénommés Centres Régionaux de Coordination des Cancers (CRCDC), permet de présenter à toutes les spécialités que regroupe notre société les résultats et les évolutions du DOCS.

La médiathèque de notre site internet (www.senologie.com) est riche de toutes ces communications et permet à nos membres de pouvoir y trouver une somme d'informations considérable pas toujours disponibles dans les évaluations officielles de Santé Publique France et des Registres des cancers. En outre l'apport significatif de la mise en place du DOCS depuis sa généralisation depuis 2004 a régulièrement fait l'objet de présentation en séances plénières lors de notre congrès que ce soit pour partager les résultats des évaluations mais aussi pour confronter notre organisation nationale à celles des pays étrangers. Ce lieu d'échange multidisciplinaire de notre Société a permis de mieux appréhender, au cours des 20 dernières années, l'importance de cette action de

→ Santé publique en terme d'organisation, de démarche qualité, de résultats obtenus et d'assurer la transmission indispensable des informations entre les effecteurs principaux du dépistage (radiologues et membres des CRCDC) avec l'ensemble des professionnels impliqués notamment les gynécologues mais aussi les chirurgiens et oncologues qui vont être amenés à prendre en charge les femmes dépistées.

Vingt ans après la généralisation des campagnes à l'ensemble du territoire Français métropolitain, puis un peu plus tardivement dans les Départements et Territoires Ultramarins, **la SFSPM souhaite rappeler son attachement profond à un DOCS respectant les critères Européens de qualité réitérés en 2021**¹ et à une évaluation rigoureuse et indépendante des résultats de celui-ci. A ce titre, notre Société déplore le manque de moyens octroyés à Santé Publique France (SPF) et aux Registres des Cancers. Ces derniers ne couvrent qu'une faible partie du territoire et sont entravés dans leurs démarches par une législation restrictive. Répondre à ces besoins financiers et juridiques permettrait d'obtenir des données précises et précoces sur les résultats des campagnes de dépistage au plus près des territoires et des situations socio-culturelles et économiques de notre pays, seule possibilité d'améliorer de façon continue cette action de santé publique.

Il nous semble que l'organisation Française originale proposée en 2002 d'un dépistage-diagnostic décentralisé incluant un examen clinique, la réalisation d'un éventuel bilan diagnostique immédiat (clichés complémentaires et échographie mammaire), une seconde lecture systématique centralisée et une véritable communication entre le

radiologue et la femme participante a été une vraie réussite, hélas peu documentée et défendue. **Les évaluations annuelles permises par l'analyse des Fiches Nationales de Lecture transmises pour chaque examen de dépistage montrent que nos résultats sont en adéquation parfaite avec les critères de qualité Européens**¹, sauf sur le taux de participation (bien que celui-ci soit au final dans les normes européennes si on agrège dépistage organisé et individuel, autre particularité française)².

La SFSPM partage l'analyse de l'IGAS en 2022 sur les dépistages français³, incluant la qualité majeure du service délivré, le rôle essentiel des CRCDC, mais la nécessité d'une organisation plus soutenable et plus lisible, la suppression des tutelles multiples, en vue entre autres d'une meilleure participation, mais aussi de l'intégration des nécessaires évolutions en cours et à venir dont la digitalisation ou la stratification.

En ce qui concerne les modifications récentes de l'organisation, la reprise des invitations au Dépistage par la CNAM en janvier 2024 inquiète la SFSPM, en raison du fractionnement des responsabilités, de l'absence d'acteur global de santé publique responsable de l'ensemble des parcours de dépistage et des difficultés majeures pour l'évaluation de la qualité de celui-ci avec la nouvelle organisation. Les CRCDC, antérieurement largement investis dans ces missions, deviennent avec cette nouvelle organisation des effecteurs d'aval du dépistage sans vision globale. Nous considérons indispensable que le transfert des informations de l'Assurance Maladie vers les CRCDC soit exhaustif, incluant le fichier complet de toutes les femmes invitées pour permettre à ces derniers de poursuivre leurs missions de suivi des femmes dépistées

notamment dans cette période de « déserts médicaux ». Les retards occasionnés dans la réalisation des mammographies ne sont pas anodins car il a été montré sur des données Françaises qu'ils engendrent des diagnostics de cancer à un stade plus tardif et ce dès le 26^e mois, soit un délai très court par rapport aux préconisations d'un dépistage biennal^{4,5}.

L'une des 22 préconisations de l'IGAS était de mettre en place de façon urgente la dématérialisation des films et des éléments connexes ce qui nous apparaît effectivement une étape primordiale de l'évolution de l'organisation. Source d'efficience en termes économiques, écologiques et de délai de réponse aux femmes, cette dématérialisation permettrait, outre de répondre aux préconisations de la stratégie décennale et du plan « Ma santé numérique », une adaptation des modalités de la seconde lecture (L2) et une réflexion sur l'intégration des solutions d'IA. La SFSPM regrette le manque actuel de stratégie sur cette thématique et surtout l'absence de cahier des charges qui permettait d'envisager un déploiement national d'expériences locales réussies.

La solution simplificatrice consistant à supprimer la L2 pour éviter cette étape de la dématérialisation remettrait en cause de façon profonde la qualité du programme, comme cela est reconnu de façon internationale. En effet, celle-ci permet chaque année de diagnostiquer 2000 cancers non vus par le premier lecteur⁶. Elle permet également un contrôle de la qualité des clichés et des procédures diagnostiques, ce qui a engendré depuis 20 ans une amélioration et une homogénéisation notable de qualité bénéfique à l'ensemble de la filière mammographique, facteur d'équité géographique et temporel pour toutes les

femmes, critère fondamental d'un dépistage éthique. La L2 « oblige » aussi à intégrer la femme dans le DOCS ce qui permet l'évaluation. La supprimer fait courir le risque d'un transfert des mammographies vers le dépistage individuel par perte de cet avantage reconnu par les femmes participantes au dépistage organisé et la simplification du travail pour le radiologue premier lecteur.

Les évolutions technologiques (tomosynthèse, Intelligence artificielle) doivent pouvoir être intégrées pour répondre aux demandes légitimes des professionnels et des femmes toujours mieux informées, mais après une évaluation scientifique rigoureuse et validation par les organismes référents ainsi qu'une évaluation de l'applicabilité pratique dans l'organisation Française du DO. La transposition dans la « vraie vie » des nombreuses études publiées avec des résultats très intéressants doit être effectuée après des expérimentations encadrées et évaluées par des professionnels compétents sous l'égide de l'INCa et de la DGS.

Une autre évolution assez probable des dépistages des cancers est **l'intégration d'un degré de personnalisation**, ce qui implique d'avoir des structures de proximité efficaces et performantes pour pouvoir adapter au plus vite les modalités de suivi à l'évolution de la situation personnelle et familiale. Les axes de recherche sur l'évaluation du risque personnel sont nombreux (tests génétiques ou biologiques, solutions d'IA, etc.) et vont nécessiter des études en population réelle. Ainsi, les programmes de recherche dont la grande étude Européenne coordonnée par la France MyPeBS⁷ ont-ils pu s'appuyer sur les CRCDC pour appuyer les inclusions, la coordination de parcours et le suivi des participantes. Les compétences développées

→ lors des 20 dernières années au sein de ces structures sont, ainsi que le volume de femmes participantes (2,5 millions/ an) des atouts majeurs pour tester ces nouvelles modalités de dépistage potentiellement plus efficaces et plus efficaces. La SFSPM est déterminée à apporter tout son soutien scientifique à ces expérimentations qu'elle juge indispensables à mettre en place en collaboration avec des agences de tutelles pro-actives.

Enfin, la SFSPM souhaite insister sur les bénéfices prouvés du DOCS et qui ne nous semblent pas suffisamment mis en valeur.

Un article récent publié par SPF montre un taux de survie à 5 ans de 97 % pour les participantes et 78 % pour les non participantes⁹. Il a également été montré par les registres des cancers une prévalence de moins de 20 % de stades 2 et plus chez les femmes dépistées⁹, ce qui, outre un pronostic bien meilleur, permet des traitements moins agressifs, en une période où le traitement des cancers de stade 2 et 3 s'est considérablement renforcé. Ces résultats doivent être mieux communiqués aux femmes notamment celles qui hésitent à faire leurs mammographies mais aussi aux décideurs. Les ressources financières investies aujourd'hui dans cette action de prévention et de santé publique sont une source d'économie pour les mois suivant le dépistage par diminution des chimiothérapies et des traitements radicaux, source d'arrêt de travail.

Cet anniversaire des 20 ans du dépistage du cancer du sein est l'occasion de faire le point sur les apports de cette action de santé publique qui est un succès reconnu en France mais aussi aujourd'hui à l'étranger et sur les indispensables évolutions qu'il faut envisager pour la décennie à venir. La SFSPM poursuivra ses actions en faveur d'un dépistage

Organisé de haute qualité, éthique, évalué s'intégrant dans une démarche plus globale de prévention qui participe à l'amélioration globale de la prise en charge des femmes atteintes d'un cancer. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. European Commission, Joint Research Centre, Mansel, R., Uluturk, A., Janusch-Roi, A. et al., *Manual for breast cancer services* – European quality assurance scheme for breast cancer services, Publications Office of the European Union, 2021
2. www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2021-2022-et-evolution-depuis-2005
3. <https://igas.gouv.fr/Le-depistage-organise-des-cancers-en-France>, 2022
4. Plaine J, Quintin C, Rogel A. *Délais entre deux mammographies de dépistage organisé*. 42^{es} Journées de la SFSPM, Nice, 2022
5. Deloraine A, Arnoux A, Plaine J. Cancer de stade avancé dans le dépistage organisé : analyse de la situation 2004-2018 en France au travers des tumeurs pT2 et de la présence de signes cliniques. Forum de dépistage 43^e Journées de la SFSPM Lyon 2021
6. www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/evaluation-du-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-resultats-et-evolution-des-indicateurs-de-performance-depuis-2004-en-france-metropolitaine, 2019.
7. www.mypebs.eu/fr. Accès 20 juin 2023
8. Poiseul M, Payet C, Molinier F et al. Survival after breast cancer according to participation in organized or opportunistic screening and deprivation. *Cancer Epidemio* 2023
9. www.registre-cancers-44-85.fr/wp-content/uploads/2023/11/RA-scientifique-DOCSSTAD-20210629.pdf

Évolution du dépistage en France, médecine personnalisée ?



DR PETER PETROW

Secrétaire du Syndicat des Radiologues Libéraux de l'Oise
Président de l'Union Régionale Haut-de-France des
Syndicats des Radiologues Libéraux
Administrateur de la FNMR

Nous fêtons cette année les 20 ans du dépistage organisé (DO) du cancer du sein. Ce dépistage repose en grande majorité sur les cabinets de médecins radiologues libéraux assurant un maillage territorial et l'accès au dépistage mammographique pour chaque femme entre 50 et 74 ans près de chez elle.

La seconde lecture (L2) des mammographies réalisées dans le cadre du dépistage organisé est effectuée dans les antennes territoriales départementales sous la responsabilité des centres régionaux de dépistage contre le cancer¹. Les antennes sont également responsables du suivi sous la responsabilité des médecins territoriaux des centres. Actuellement, la très grande majorité de cette relecture est effectuée sur des clichés

acheminés au centre de relecture par voie postale, affichés sur des négatoscopes roulants effectuée par des radiologues relecteurs (L2). La patiente est informée par courrier postal du résultat, soit de la normalité, soit de la nécessité de retourner dans le cabinet de radiologie pour effectuer des examens complémentaires pour éclaircir d'éventuelles anomalies.

Depuis 20 ans, cette organisation a permis la découverte d'un nombre important de cancers du sein et leur prise en charge précoce.

Malgré le succès du dépistage, son maintien sera étroitement lié à sa capacité de s'adapter aux demandes des pouvoirs publics, de la santé publique et des données de la science, de maintenir l'adhésion au dépistage des radiologues libéraux et hospitaliers ainsi que l'adhésion des patientes.

Actuellement, le taux de participation du DO, même en additionnant le dépistage ➔

¹ CRCDC Centres Régionaux des Dépistages des Cancers



- **individuel (DI), atteint à peine les 65 %**, taux potentiellement insuffisant pour obtenir un effet sur la mortalité du cancer du sein. L'augmentation de la participation est donc un objectif central de toute action en faveur du dépistage organisé avec l'accès à la mammographie dans des délais raisonnables. Cela nécessite une formation spécifique en nombre suffisant de radiologues, de manipulateurs et de secrétaires. La particularité du dépistage en France consiste en l'association d'un examen clinique systématique avec la réalisation de l'examen mammographique. **L'avantage de la présence physique d'un radiologue** lors de la réalisation de l'examen est au minimum, triple :
- pouvoir dépister des anomalies cliniques dont la patiente ne se serait pas aperçue et réaliser les examens adaptés qui en découlent.
 - communiquer les premiers résultats avant relecture qui sont dans 95 % des cas rassurants pour elle et lui permettent de partir du cabinet rassurée.

- d'effectuer dans le même temps que l'examen mammographique les clichés complémentaires mammographiques et/ou l'échographie mammaire complémentaire si nécessaire.

De plus, le radiologue est capable de répondre à ce premier échelon aux interrogations de la femme concernant ce dépistage notamment, en cas d'antécédents familiaux, de cancer du sein, de l'ovaire, etc. et d'adapter le suivi à chaque cas si nécessaire.

Cet avantage indéniable de cette médecine personnalisée déjà en place est mis en compétition avec la demande légitime d'augmenter le taux de participation. En règle générale, cela passe par l'augmentation de l'offre du parc de mammographes mobiles sous forme de projets locaux pouvant s'affranchir de la présence médicale physique d'un radiologue, en offrant des plages de rendez-vous de mammographie.

Cela laisse **le deuxième lecteur radiologue** dans la position très inconfortable puisque l'examen n'a été que partiel, nécessitant jusqu'à 25 à 30 % d'échographies complémentaires et de clichés mammographiques complémentaires, l'ensemble dans le cadre de bilan diagnostique différé (BDD). Cela impose à 20 à 40 % des femmes de passer deux fois dans un centre de radiologie pour un même examen !

Le remplacement de la seconde lecture par les logiciels d'Intelligence Artificielle (IA) spécifiques pour la mammographie est une autre piste, permettant l'économie du circuit de la seconde lecture tant sur les délais que sur le temps d'investissement de cette lecture. Néanmoins, à ce jour, aucune étude n'a montré l'efficacité de cette approche dans le cas spécifique de la France. Dans les Hauts-de-France, l'utilisation de logiciels d'IA par les médecins radiologues est mentionnée sur les fiches d'interprétation depuis trois ans et une étude sur l'impact des cancers du sein trouvés en deuxième lecture devrait être possible.

Une solution pour augmenter l'accès à la mammographie consiste à **renforcer l'accès à la formation**, notamment des jeunes médecins radiologues (internes et chefs de clinique), la rendant incontournable dans leur cursus ce qui augmente le pool de radiologues pouvant faire du dépistage organisé. L'accès aux cabinets privés en tant qu'interne (phase d'approfondissement ou docteur junior) permet également une formation comme l'a permise la collaboration entre l'ARS-HDF section Picardie, la faculté de médecine d'Amiens, le coordonnateur DES de la spécialité radiodiagnostic et imagerie médicale avec le cabinet de radiologie ACRIM à Compiègne.

Le dépistage organisé en France sera maintenu mais ses modalités vont devoir être adaptées aux progrès techniques et scientifiques pour permettre un suivi personnalisé de chaque femme ce qui caractérise le dépistage français. ■

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ EN FRANCE
VA CONTINUER MAIS SES MODALITÉS
VONT DEVOIR S'ADAPTER AU PROGRÈS
TECHNIQUES ET SCIENTIFIQUES

Le rôle de Senolog ? Qu'apporte la prochaine V3 ?



DR LAURENT VERZAUX

Président de Senolog



Senolog est né avec la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein de la volonté de la CNAMTS¹ et de la FNMR d'évaluer le résultat des actions de dépistage.

Afin de faciliter le suivi, les parties s'engagent à une complète transparence sur les données en leur possession.

Ainsi, les radiologues s'engagent :

- à tenir à la disposition des caisses et de leur service médical les éléments attestant du respect de leurs engagements, notamment en termes d'activité et de formation. Les informations relatives à la gestion des cabinets d'imagerie ne seront transmises à l'assurance maladie et aux instances professionnelles habilitées que dans la mesure où elles concernent directement l'imagerie du sein ;
- à transmettre les données concernant les mammographies visées par le présent accord à une structure professionnelle nationale. Cette structure a pour objet le recueil de données sur l'ensemble des pratiques de l'imagerie du sein. Ces données concernent plus particulièrement les mammographies visées au présent accord et comportent, de façon anonyme,

des éléments médicaux relatifs à la classification ACR des mammographies.

Les parties signataires conviennent de réunir, en tant que de besoin et au moins une fois par trimestre, un groupe national de suivi, composé paritairement de représentants de l'UNCAM² et de radiologues désignés, sur proposition de la FNMR, par les organisations syndicales représentatives signataires du présent accord.

Le groupe national de suivi est chargé notamment :

- D'énumérer les données qui feront l'objet d'une transmission par les radiologues à la structure professionnelle nationale ;
- D'analyser les données nationales fournies par les caisses d'assurance maladie et/ou cette structure, ainsi que les données internationales en matière de mammographie ;

¹ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

² Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

FAIRE ÉVOLUER L'OUTIL TOUT EN
CONSERVANT LES MÊMES OBJECTIFS
ET LE MÊME RÔLE D'OBSERVATOIRE
DE LA PRATIQUE

- D'effectuer une synthèse annuelle des données transmises par les radiologues ;
- De formuler des propositions sur l'évolution souhaitable des pratiques (recommandations, indications et références) ;
- D'émettre un avis consultatif sur d'éventuels litiges qui pourraient lui être signalés.

Il convient de souligner que, pour permettre la réalisation de ces études, le FAQSV³ a soutenu financièrement la mise en place par la Fédération Nationale des Médecins Radiologues d'une structure nationale professionnelle de recueil des données sur les pratiques de l'imagerie du sein (Senolog), le terme de ce financement étant fixé au 30 septembre 2006.

Depuis 2006, chaque radiologue sénologue respectueux des engagements de cet accord, mêmes'il n'est plus opposable, adresse à Senolog les éléments de son activité de sénologie ce qui a permis de constituer **la plus importante base de données concernant le dépistage organisé et individuel, les circonstances d'adressage, la classification ACR.**

Chaque radiologue sénologue reçoit en retour son profil personnalisé et les éléments de comparaison de son activité avec les données nationales.

Quelques chiffres, en 2023 ce sont 22 éditeurs de RIS qui sont agréés, avec trois éditeurs qui représentent 80% des connexions,

NEHS, SOFTWAY, EDL. En 2022, ce sont 1 789 sénologues répartis dans 2 684 sites (garantissant ainsi un accès de proximité) qui ont réalisé 2 497 565 actes.

Année après année, Senolog continue d'être documenté par les radiologues libéraux et constitue une base de données d'une richesse inégalée, surtout lorsqu'elle est croisée avec d'autres données issues de l'assurance maladie ou des structures de gestion.

Mais après dix-huit ans de service, le moment est venu de faire évoluer l'outil tout en conservant les mêmes objectifs et le même rôle d'observatoire de la pratique.

C'est pourquoi nous allons

- Simplifier l'identification du radiologue (RPPS, nom, prénom, code postal et email)
- Simplifier la saisie (limitant l'interface utilisateur)
- **Intégrer d'autres cancers et être en mesure de collecter les données du dépistage du cancer des poumons**
- Simplifier les interfaces éditeurs :
 - Permettre un agrément rapide et autonome
 - Suivi des envois (sans données) pour suivi
- Envoi automatique de relevés mensuels par email aux radiologues

L'intégration de Senolog rénové se fera sans surcoût pour les radiologues. Le développement est en cours et sera disponible début 2025.

Ce faisant, Senolog, filiale à 100 % de la FNMR qui assure et garantit le financement de l'observatoire, continue à être au service de l'ensemble des radiologues dans une mission d'intérêt général et de santé publique. ■

³ Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

Le modèle de formation du DOCS est-il déclinable pour le DO du cancer du poumon ?



DR ROMAIN FOUCHER

Radiologue

Le dépistage du cancer du poumon, à l'heure où l'incidence et la mortalité continuent d'augmenter chez les femmes (**+4,3% et +3% respectivement, données INCA 2023, figure 1**), est une évidence pour la communauté médicale, soutenue par plusieurs essais (NELSON, NCST, ELCAP, etc.).

Sa forme ne pourra cependant être totalement calquée sur le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), vieillissant (initié en 1994 puis généralisé en 2004) qui peine à se réformer et fait face à plusieurs difficultés (tomosynthèse, dématérialisation, pénurie de L1 et de L2, etc.).

Les contraintes économiques actuelles imposeront donc un dépistage frugal, le plus efficient sur le plan médico-économique mais également démographique.

Quant au volet formation d'un futur dépistage organisé du cancer du poumon, la solide expérience de FORCOMED avec le DOCS permet déjà de dessiner ce que pourrait être cette dernière, évolution de la formation préliminaire déjà existante co-organisée avec la SFR¹ permettant d'ores et déjà d'anticiper le nombre de radiologues à former pour la généralisation du dépistage.

Tout d'abord, **l'association formation théorique et mise en pratique sur cas cliniques est un des points clés d'une formation performante**, régulièrement plébiscitée par les participants aux différentes formations. De même et en contexte post-pandémie qui a vu exploser le format « distanciel », très prisé par de nombreux confrères pour diverses raisons (logistiques, financières, familiales, sanitaires, etc.) il apparaît important de pouvoir proposer ce format, qui doit cependant rester partiel et limité à la partie théorique. L'expérience montrant que **des ateliers pratiques, « en condition réelle » sous forme de cas cliniques sur console sont très appréciés et formateurs**. Ces derniers permettant également des moments de

¹ <https://forcomed.org/catalogue/depistage-du-cancer-du-poumon-par-scanner-faible-dose/>

convivialité et d'échanges entre confrères et avec les experts formateurs.

Une évolution intéressante par rapport au DOCS est la poursuite du partenariat FORCOMED-SFR déjà initié avec la formation préliminaire. En effet, la convergence du monde libéral et du monde universitaire s'impose puisque le dépistage est une activité de « masse », nécessitant un maillage étroit du territoire afin d'être le plus performant possible. Ce qui n'est possible qu'avec l'investissement et l'expérience de la radiologie libérale.

Le modèle de seconde lecture (L2) du DOCS est également amené à évoluer et ne pourra être transposé tel quel dans le dépistage du cancer du poumon notamment en raison du coût, des contraintes techniques et logistiques et de la démographie médicale précaire. Devant l'essor de l'Intelligence Artificielle souvent décrit comme « nouvelle révolution industrielle », il apparaît inéluctable que cette

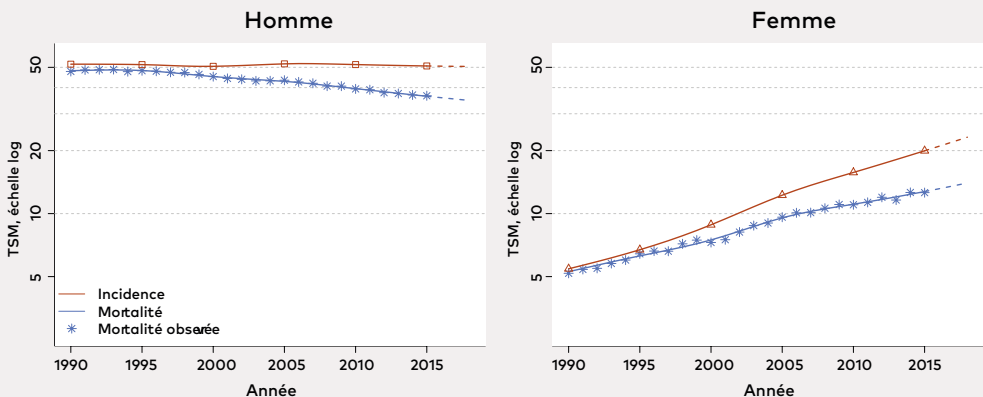
dernière assistera le radiologue que ce soit en première lecture ou en seconde lecture, voire les deux. L'enjeu sera donc une évaluation indépendante de ces solutions et surtout une solide formation initiale mais également continue des radiologues pour parfaitement maîtriser ce nouvel outil en constante évolution.

Enfin, à l'instar du DOCS, cette formation devra être encadrée par un cahier des charges précis garant d'une qualité scientifique, pédagogique et technique, et dispensée par des organismes clairement identifiés et reconnus afin d'éviter toute dérive par des sociétés peu scrupuleuses jouant parfois sur l'ambiguïté des termes comme cela peut se voir dans le DOCS. ■

LE DÉPISTAGE EST UNE ACTIVITÉ DE "MASSE", NÉCESSITANT UN MAILLAGE ÉTROIT DU TERRITOIRE.

Figure 1

Taux d'incidence et de mortalité par cancer du poumon en France selon l'année (1990-2018) – données INCA



CONCLUSION

En son temps, Pierre Corneille écrivait : « Nous partîmes cinq cents ; mais par un prompt renfort, nous nous vîmes trois mille en arrivant au port ».

Dans les années 90, c'est une dizaine de radiologues libéraux qui sont partis dans l'aventure du dépistage du cancer du sein et qui se virent plus de quatre mille lors de sa mise en œuvre.

Cette volonté des femmes et des hommes de la radiologie française a su triompher des obstacles culturels, administratifs et organisationnels. C'est la preuve, s'il en fallait encore une, du dynamisme de la radiologie libérale française et de sa vision à long terme.

Certes, maintenant, le dépistage organisé du cancer du sein existe. Il doit évoluer, et encore progresser, grâce à l'évolution des techniques, l'intelligence artificielle notamment, mais aussi des mentalités et de nombreux freins, certains culturels, qui doivent encore être vaincus.

Il doit aussi être le modèle à suivre pour la mise en place du dépistage du cancer du poumon dont les médecins radiologues sont les fers de lance.

Ces évolutions à venir font, en partie, toute la beauté et la richesse du métier de médecin radiologue au service de la santé de ses patients. ! ■

DR JEAN-PHILIPPE MASSON

Président de la FNMR

LES CONTRIBUTEURS

■ **Giil AVÉROUS**

Maire de Châteauroux
Président de Ville de France

■ **Evelyne BARBEAU**

Présidente
Une Luciole Dans La Nuit

■ **Soline BAUDOIN**

Directrice générale de la FNMR

■ **Quitterie BRÉZILLON**

Directrice de la communication
RoseUp

■ **Annie BROUSSE**

Responsable de la communication
Vivre comme avant

■ **Dr. Luc CEUGNART**

Médecin radiologue
CRLCC Oscar Lambret
CA SFSPM

■ **Pr. Pierre CHAMPSAUR**

Médecin radiologue
APHM Aix Marseille Université, Marseille
Président du directoire de DRIM France IA

■ **Frédéric CHÉREAU**

Maire de Douai
Vice-Président de l'AMF
Co-Président de la commission santé de l'AMF

■ **Dr. Philippe DOUSTE-BLAZY**

Ministre de la Santé 2004-2005

■ **Jean-Claude DUROUSSEAUD**

Journaliste
JCD&B Networking

■ **Maryse EDMOND**

Vice-présidente
Une Luciole Dans la Nuit

■ **Dr. Romain FOUCHER**

Médecin radiologue à Amilly
IRM du Gatinais
CLCC Institut Curie

■ **Virginie GERVAISE**

Président Philips France

■ **Dr. Katia GIOBBINI**

Médecin radiologue
Centre CIL Narbonne

■ **Dr. Catherine GRENIER**

Directrice des Assurés
et promotion de la santé
CNAM

■ **Laure GUEROULT-ACCOLAS**

Fondatrice – Directrice générale
Patients en réseau

■ **Corinne JOUBERT**

Présidente
Vaincre Avec Elles

■ **Émilie LAURENT-TETAZ**

Directrice des Affaires Financières
de la FNMR

■ **Dr. Jacques LEVESQUE**

Médecin radiologue
MD, FRCPP, FCAR
Ancien président CAR

■ **Béatrice MASSON**

Présidente
Sorooptimist International France

■ **Dr. Jean-Philippe MASSON**

Médecin radiologue
Président de la FNMR

■ **Dr. Geraldine McGINTY**

MD, MBA, FACR
Weill Cornell Medicine Depts. of Radiology
and Population Science

■ **Sabine PAYSANT**

Sage-femme clinicienne et coordinatrice
Administratrice du CNSF et de l'ANSFC
Présidente du CNP de Maïeutique

■ **Dr. Peter PETROW**

Médecin radiologue
Consultant à l'Institut Curie

■ **Corentin QUIGNON**

Chargé de mission de la FNMR

■ **Cécile REBOUL**

Fondatrice et déléguée générale
Skin

■ **Emmanuel RICARD**

Porte-parole de la Ligue
Nationale contre le cancer

■ **Marie RICHER**

Chargée de communication
RoseUp

■ **Caroline ROUX**

Journaliste, présentatrice
Et chroniqueuse radio/TV

■ **Claudine SCHALCK**

Docteure en psycho-sociologie du travail,
Chercheuse associée au CRTD-CNAM,
Membre ANSFT du CNPM

■ **Dr. Brigitte SERADOUR**

Médecin radiologue
Présidente du CRCDC Sud-PACA
Présidente de l'ANCR CDC

■ **Pr. Isabelle THOMASSIN-NAGGARA**

Médecin radiologue
APHP Sorbonne Université,
Hôpital Tenon, Paris
Président Société d'Imagerie
de la Femme (SIFEM)

■ **Dr. Laurent VERZAUX**

Médecin radiologue
Président de Senolog

■ **Dominique VEXIAU**

Vice-présidente
Europa Donna

■ **Wilfrid VINCENT**

Délégué général de la FNMR

LES ASSOCIATIONS



NOS PARTENAIRES

PHILIPS



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

ars
Agence Régionale de Santé
Grand Est



AG2R LA MONDIALE



GE HealthCare



INCEPTO

Interfimo
PARTENAIRE ET FINANCIER DES PROFESSIONS LIBERALES



santé
famille
retraite
services

SCREENPOINT
Medical

**SIEMENS
Healthineers**



THERAPIXEL
TECHNOLOGY. FOR LIFE. FOR ALL.

Cet ouvrage retrace la genèse, le déploiement, l'état actuel, les évolutions possibles notamment au travers de l'intelligence artificielle du dépistage du cancer du sein.

De nombreux contributeurs, dont la journaliste Caroline Roux, ont participé à sa rédaction qui rend hommage aux pionniers et qui expliquent comment, à travers les différentes avancées technologiques, le dépistage est devenu de plus en plus performant.

ISBN 978-2-9558316-4-9

