



HAL
open science

Dépistage du cancer du sein : limites et pistes de solutions

Léa Rouyer

► **To cite this version:**

Léa Rouyer. Dépistage du cancer du sein : limites et pistes de solutions. Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2024, 39. hal-04685918

HAL Id: hal-04685918

<https://hal.science/hal-04685918v1>

Submitted on 3 Sep 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Systeme et politiques de sante

Dépistage du cancer du sein : limites et pistes de solutions

Léa Rouyer

Master 2 Activités de sante et responsabilites, Faculté de Droit, d'Economie et de Gestion de l'Université Paris Cité

Résumé

Avec 12 000 décès par an, le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Alors que le cancer du sein fait l'objet d'un programme de dépistage organisé au niveau national depuis 2004, le taux de participation à ce dispositif reste, à ce jour, insuffisant. Le présent article a pour objet d'évoquer les raisons de ce faible taux de participation et de présenter brièvement les actions mises en place pour atteindre l'objectif d'un million de dépistages supplémentaires d'ici 2025.

Mots clefs

Dépistage, cancer du sein, mammographie

Abstract

Breast cancer is the leading cause of cancer-related deaths among women, with 12,000 fatalities annually. Despite the implementation of a nationwide organized screening program in 2004, the participation rate remains inadequate. This article aims to elucidate the reasons for this low uptake and briefly outline the measures being taken to increase the number of screenings to one million by 2025.

Keywords

Screening, breast cancer, mammography

Un mois après la journée mondiale de lutte contre le cancer, a lieu, en France, la semaine nationale de lutte contre le cancer portée par les différents comités départementaux de la ligue contre le cancer. Cette semaine nationale est une occasion importante pour sensibiliser et éveiller les consciences.

Ce combat contre le cancer passe notamment par la sensibilisation au dépistage. Dépister permet en effet de diagnostiquer tôt certains cancers, avant l'apparition de symptômes, de pouvoir mieux les soigner et de limiter les séquelles liées aux traitements¹.

Cet article sera l'occasion d'aborder plus spécialement le dépistage du cancer du sein, cancer le plus fréquent chez la femme en France. Avec près de 60 000 nouveaux cas et 12 000 décès par an, le cancer du sein est ainsi la première cause de décès par cancer chez la femme.

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS) lorsqu'il est détecté à un stade précoce, le cancer du sein peut être guéri dans plus de 90 % des cas. Pour cette raison, les pouvoirs publics ont mis en place en 1994 un **programme national de dépistage organisé du cancer du sein** puis l'ont généralisé à tout le territoire en 2004. Les **femmes de 50 à 74 ans** sont désormais invitées à bénéficier, **tous les deux ans**, d'une **mammographie de dépistage** réalisée par un médecin radiologue. Le programme national de dépistage garantit ainsi un égal accès au dépistage sur l'ensemble du territoire. L'examen étant pris en charge dans le cadre du tiers payant, aucuns frais ne sont avancés par les

1 - Définition de l'Institut National du Cancer.

patientes. Les mammographies peuvent être réalisées dans des structures médicales publiques ou privées et la personne est en mesure de choisir son radiologue dans la liste des professionnels participant au programme.

Le bilan réalisé par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (Igas) sur ces programmes de dépistage est toutefois sévère. Les résultats sont décevants et le dispositif souffre de différents problèmes organisationnels, d'un pilotage trop complexe et de retards dans plusieurs domaines. Le **taux national de participation** pour la **période 2021-2022** n'est par ailleurs que de **47,7 %** ; 50,5 % pour l'année 2021 et 44,9 % pour l'année 2022². Les femmes étant invitées à réaliser un dépistage tous les deux ans, il est nécessaire d'étudier et d'interpréter les données sur les périodes de deux années glissantes.

Le programme national de dépistage organisé concerne essentiellement les femmes de 50 à 74 ans toutefois, en pratique, il est courant qu'une première mammographie soit réalisée vers les 40 ans. Le médecin indiquera alors le rythme de suivi le plus adapté en fonction de la situation de chaque femme. Les différents facteurs de risque du cancer du sein sont connus : âge, prédisposition génétique, antécédent personnel de pathologie mammaire, consommation d'alcool et tabagisme, expositions hormonales endogènes. Néanmoins, ces facteurs de risques n'affectent pas les femmes de la même façon. En effet, comme c'est le cas pour tous les cancers, des femmes qui présentent pourtant plusieurs facteurs de risques pourront ne jamais développer le cancer tandis que d'autres n'en présentant aucun seront touchées. En raison de cette inégalité face à la maladie, il s'avère essentiel de réaliser un dépistage pour détecter le cancer au stade le plus précoce.

En réalité, le dépistage commence bien avant la mammographie. Que ce soit le médecin gynécologue, la sage-femme ou encore parfois le médecin généraliste, tous ces professionnels réalisent des examens cliniques par palpations sur leurs patientes afin de détecter de potentielles lésions. Dans le cas où le médecin détecterait une « boule » au toucher, d'autres examens seront rendus nécessaires afin de déterminer la nature de cette masse : kyste, mastose, cancer. C'est seulement dans cette hypothèse qu'une mammographie sera prescrite.

Malgré ces efforts des soignants, les dépistages du cancer du sein sont encore insuffisants en France, ce qui a poussé les pouvoirs publics à renforcer le dépistage organisé.

Le présent article envisagera dans un premier temps les raisons de ces résultats décevants de dépistage puis évoquera les actions envisageables pour améliorer les choses.

Pourquoi les résultats sont-ils si décevants malgré une mobilisation des pouvoirs publics par un dépistage organisé ?

Plusieurs raisons sont évoquées par l'Igas dans son rapport de 2022³.

Une politique trop complexe

Si les programmes étaient initialement organisés au niveau départemental, ils sont, depuis le 1er janvier 2019, organisés au niveau régional et pilotés par des centres régionaux de coordination des dépistages de cancer (CRCDC). Selon le rapport de l'Igas, les modalités de pilotage national étaient complexes en raison de la multiplicité d'entités intervenant dans la gestion du dépistage organisé.

Au niveau national, les pilotes sont les suivants : la direction générale de la santé au pilotage des programmes, la HAS qui formule des recommandations, l'Institut National du Cancer (INCa) dans le pilotage opérationnel, l'Assurance Maladie pour le cofinancement, l'ANSM pour l'édiction des normes de contrôle et de qualité des installations de mammographie, Santé publique France s'agissant de l'évaluation des programmes et la Cnil comme régulateur des données personnelles.

2 - Résultats diffusés par Santé publique France.

3 - Rapport 2021-059R de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, publié le 30 mai 2022. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-059r.pdf>.

Au niveau régional, les CRCDC sont chargés de coordonner les programmes pilotés par l'Agence régionale de santé (ARS). Les CRCDC avaient, avant 2024, huit missions parmi lesquelles figuraient la mise en œuvre du dispositif de dépistage, l'évaluation, assurer les relations entre les populations ciblées et les professionnels de santé, la gestion du système d'information, la recherche ou encore la réalisation d'expérimentations.

Selon le rapport de l'Igas, la régionalisation opérée en 2019 a conduit à une réorganisation dont la complexité avait été sous-estimée. À cette époque, les présidents des CRCDC affirmaient ne pas être associés aux décisions nationales tout en faisant l'objet d'un encadrement très intrusif du niveau national. De fortes tensions étaient présentes entre les pilotes nationaux et l'échelon régional. Les structures régionales remettaient en cause la légitimité des acteurs nationaux dans le pilotage du dépistage.

En mai 2022⁴, l'Igas a fait une série de propositions à l'égard de ces dysfonctionnements afin de rendre plus efficaces les dépistages organisés des cancers. Trois axes d'amélioration ont été mis en avant : le passage au numérique, la restructuration du pilotage des programmes et la précision du rôle des CRCDC sur le suivi des patientes et la mise en œuvre d'actions d'identification des espaces avec un faible taux de participation au dépistage afin d'y mener des actions particulières et d'y promouvoir l'importance de cet examen.

La peur et la charge mentale du diagnostic

94 % des femmes se déclarent favorables au dépistage du cancer du sein. Néanmoins, le passage à l'acte demeure insuffisant avec un taux à moins de 50 % de participation au dépistage.

La peur représente un autre facteur permettant d'expliquer le faible taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein. Selon un sondage mené en août 2023 par la Ligue contre le cancer⁵, 16 % des femmes ont peur qu'on leur diagnostique un cancer, cela représente plus de 200 000 femmes concernées par les campagnes de dépistages. Cette peur du dépistage est transmise de génération en génération du dépistage jusqu'à la fin de traitement, la rémission en passant par le diagnostic. Cette crainte concerne à la fois la douleur pour soi-même, pour les proches, mais également toutes les conséquences sur la carrière professionnelle et la vie intime et personnelle qu'induisent l'annonce et les traitements d'un cancer. Ces peurs, si elles sont ancrées dans l'inconscient, peuvent être mieux appréhendées par une bonne transmission de l'information par le corps médical. Pour réaliser un dépistage du cancer du sein, il est nécessaire de passer une mammographie. Pour cet examen, la patiente est torse nue, chaque sein est comprimé entre deux plaques afin de réaliser des clichés de face et de profil. D'après le sondage suscité, la peur est également celle de se dénuder devant un médecin : environ 130 000 femmes concernées par les campagnes de dépistages ne se font pas dépister du fait de cette appréhension de la nudité. Outre la peur du diagnostic et de ses conséquences, différents témoignages de femmes mettent également en exergue la douleur de l'examen. À ce titre, la Ligue contre le cancer affirme que 20 % des femmes craignent d'avoir mal, soit 260 000 concernées par les campagnes de dépistages. Pour toutes ces raisons, cet examen est perçu comme une réelle épreuve pour certaines, à un tel niveau que des femmes, ayant déjà réalisé une mammographie, refusent de repasser cet examen tous les deux ans comme cela est préconisé. La douleur étant trop forte lors de la mammographie, ces dernières préfèrent s'abstenir malgré les risques d'un dépistage positif.

Le faible taux de dépistage s'explique également par la charge mentale qu'entraîne un tel diagnostic. Le Professeur Steven Le Gouill, Directeur de l'ensemble hospitalier de l'Institut Curie affirme en ce sens que « *pendant et après les traitements, la survenue d'un cancer chez une femme est une rupture renforcée et l'impact social de la maladie est plus lourd pour elles* »⁶. Une étude sur les problématiques sociétales des cancers chez la femme⁷ a été réalisée pour l'Institut Curie auprès d'un échantillon de 1 500 personnes représentatif de la population française avec des résultats qui illustrent cette charge mentale chez les femmes concernées. Parmi 43 % des Français qui pensent qu'il existe des inégalités entre hommes et femmes atteints de cancer en matière de charge mentale et d'organisation

4 - *Ibid.*

5 - Sondage OpinionWay commandé par la Ligue contre le cancer, août 2023. Communiqué disponible sur : <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/media/downloadable-files/2023-09/CP%20octobre%20rose%202023%20-%20chiffres%20cl%C3%A9s.pdf>.

6 - Actualité « Journée mondiale contre le cancer » du site de l'Institut Curie, publié le 3 février 2022. Disponible sur : <https://curie.fr/actualite/journee-mondiale-contre-le-cancer/cancer-au-feminin-les-impacts-sociaux-intimes-et>.

7 - Étude « les problématiques sociétales des cancers chez la femme », Viaivoice pour l'Institut Curie, janvier 2022.

familiale, 37 % d'entre eux pensent que ces inégalités sont en défaveur des femmes. Selon l'étude VICAN 5^e menée par l'INCa, plus de la moitié des Françaises pense que les femmes atteintes de cancer ne peuvent pas retrouver la même vie professionnelle qu'avant la maladie. La charge mentale qu'entraîne un tel diagnostic décourage fortement les femmes et mères de famille à se faire dépister.

Le manque d'information sur le dépistage

Une troisième raison du faible taux de participation au dépistage du cancer du sein peut résider dans le manque d'information sur le dépistage organisé. L'étude précitée réalisée pour l'Institut Curie démontre que 59 % des jeunes entre 18 et 24 ans pensent qu'ils ne sont pas suffisamment informés en termes de prévention concernant les facteurs de risque de cancer en général. Quant aux personnes de plus de 65 ans, 67 % d'entre elles s'estiment suffisamment informées. L'Institut National du Cancer réalise tous les cinq ans, un baromètre afin d'appréhender les comportements des Français face au cancer. Ce baromètre est utilisé comme un outil de pilotage des politiques de prévention. Il s'agit d'une enquête menée auprès de cinq mille personnes de 15 à 85 ans contactées par téléphone. D'après les données fournies par le baromètre de 2021, les Français affirment se sentir suffisamment informés sur les cancers. Néanmoins, lorsque les facteurs de risques évitables sont évoqués, les perceptions des citoyens ne s'appuient pas sur des connaissances scientifiques. À titre d'exemple, l'INCa affirme que le lien entre facteurs psychologiques et cancer est très souvent cité par les personnes interrogées, or aucune preuve scientifique n'est avérée sur ce lien. Ce baromètre met également en lumière une forme de mise à distance du risque individuel en fonction de son propre comportement. L'enquête de 2021 fait, par ailleurs, figurer les niveaux de diplôme et de revenu des Français parmi les facteurs influant sur la perception de l'information. En ce sens, les personnes aux faibles revenus seraient davantage sujettes à se fier aux idées reçues sur le cancer. En effet, ce baromètre montre l'augmentation d'idées reçues sur le cancer avec comme premier exemple l'hérédité de la maladie.

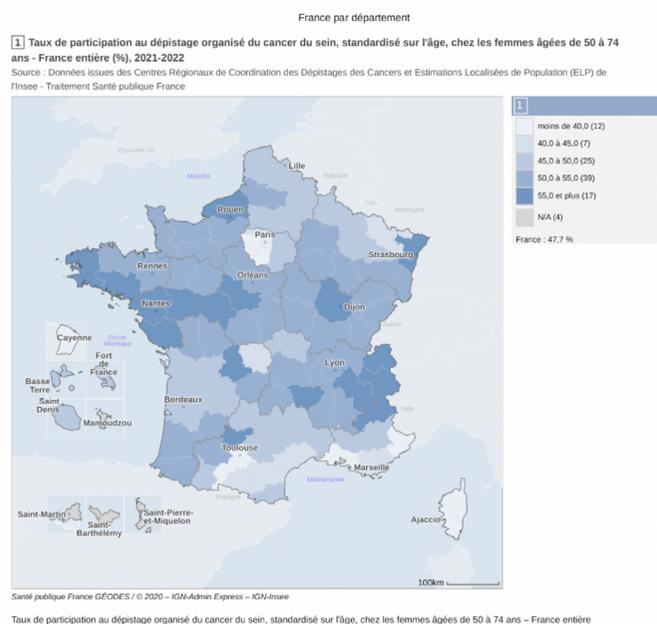
Ainsi, si la population affirme être suffisamment informée sur le cancer, ses risques et ses dépistages, les études menées montrent que ces informations peuvent s'avérer éloignées de la réalité. En ce sens, la Ligue contre le cancer met en avant un pourcentage alarmant de femmes ne réalisant pas de dépistages pour "absence de symptômes" : 34 % soit plus de 400 000 femmes concernées par le dépistage organisé. 11 % des femmes pensent que le dépistage ne sert à rien, 8 % ne se sentent pas concernées par le dépistage, 7 % ne savent pas où se faire dépister. On regrette donc à ce titre une information encore précaire dans le domaine du dépistage du cancer du sein. Ces données permettent d'interroger les dispositifs d'information et d'intervention en place. L'information est heureusement au cœur de l'action de l'OMS qui agit par des mesures d'éducation en santé publique visant à sensibiliser les femmes et leurs proches aux signes et symptômes du cancer du sein. L'objectif est de sensibiliser sur l'importance d'une détection précoce et d'un traitement rapide. Toutefois, l'éducation du public doit être associée à une éducation des professionnels de santé sur les signes et symptômes du cancer du sein de stade précoce afin que les femmes soient orientées vers des services de diagnostic.

Cette prévention par l'information est au cœur de la nouvelle politique nationale, présentée le 26 janvier 2024 par l'Assurance Maladie et l'INCa.

8 - Rapport VICAN 5, INCa, publié en juin 2018. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-Rapport>.

Quels moyens mobiliser pour favoriser la participation au dépistage du cancer du sein et lutter contre les inégalités sociales et territoriales ?

L'intérêt grandissant pour les mammobiles dans les territoires isolés



Les disparités régionales représentent un enjeu très fort de la lutte contre le cancer du sein. Santé Publique France démontre par cette carte, un très faible taux de participation au dépistage organisé en Ile-de-France (36,7 %) et dans le Sud-Est (21,4 %) s'agissant de la période 2020-2021. Si ces faibles taux dans de tels territoires non isolés peuvent être expliqués en partie par un recours à des dépistages individuels, cette participation reste toutefois insuffisante. En effet, selon le site Ameli, 10 à 15 % de femmes se font dépister dans le cadre d'une démarche de détection individuelle pour l'ensemble du territoire national.

Afin d'assurer un accès à ce dépistage aux populations isolées des expérimentations sont mises en œuvre, parmi lesquelles se trouve la mammobile.

Les mammobiles sont des camions porteurs d'un appareil de mammographie permettant d'aller vers des populations éloignées des centres de radiologies.

Actuellement, il existe seulement deux mammobiles en France : un dans l'Hérault et l'autre dans l'Orne. Cinq projets sont en cours pour mettre en place cette expérimentation dans différentes régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Pays de la Loire, Normandie et dans le Nord où on constate des publics plus défavorisés. D'autres régions réfléchissent à opter pour cette solution notamment l'Ile-de-France.

Résultats dans l'Hérault : Le mammobile a été mise en place il y a plus de 33 ans dans le département en relation avec le CRCDC Occitanie. En 2021 dans le cadre du dépistage organisé, 11 204 mammographies ont été réalisées par le mammobile et 36 279 dans un centre d'imagerie. Ainsi, ¼ des dépistages ont été réalisés par le mammobile permettant à plus de 10 000 femmes d'accéder au dépistage.

Résultats dans l'Orne : En moyenne 48,4 % des mammographies dans ce département sont réalisées dans le mammobile. On déplore cependant, plus de « perdues de vue » parmi les femmes ayant eu le dépistage dans le mammobile que dans les centres d'imagerie. Si le mammobile semble essentiel dans ce département, le dispositif se heurte à un manque de personnel. L'examen peut être réalisé par un médecin généraliste, toutefois, seul un radiologue peut interpréter les résultats, doublant ainsi le coût pour l'Assurance Maladie. Le coût pourrait donc être moindre si un radiologue se trouvait dans le camion, toutefois cela semble compliqué de demander à un radiologue de fermer son centre d'imagerie un jour par semaine pour assurer les examens du mammobile. Les questions sont multiples pour atteindre l'équilibre financier de ce dispositif pourtant bénéfique : faut-il exiger de réaliser les trois dépistages de cancers dans ce mammobile ? Utiliser le mammobile sur des périodes courtes ? Laisser la possibilité à des manipulatrices de pratique avancée de réaliser l'examen clinique ? On pourrait également se demander si les nouvelles technologies relatives à la télétransmission ou l'intelligence artificielle ne seraient pas en mesure de rendre plus efficient ce dispositif.

La plus grande difficulté de ce dispositif réside dans le nombre de « perdues de vue ». Il s'agit de femmes qui ne se présentent pas en centre d'imagerie après avoir réalisé un dépistage en mammobile malgré la convocation qu'elles reçoivent. Si le mammobile figure au rang des dispositifs permettant de favoriser le dépistage du cancer du sein dans des zones isolées, la suite du parcours de soin se heurte donc aux problèmes habituels de ces populations éloignées du système de soins. Ainsi une autre interrogation est soulevée : comment garantir l'accompagnement dans le parcours de soin des personnes réalisant l'examen mammographique au sein du mammobile ?

Un nouveau système d'invitations aux dépistages organisés des cancers organisé par un arrêté du 26 janvier 2024

Pour pallier les disparités et difficultés susmentionnées, un nouvel arrêté publié au Journal officiel le 26 janvier 2024⁹ est venu préciser les modalités du pilotage du dépistage organisé pour les cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon. Cette réforme, inspirée des recommandations précitées de l'Igas, vise à remédier au faible taux de participation aux dépistages. Ce nouveau dispositif est présenté par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et l'INCa le 26 janvier 2024 lors d'un point presse. La volonté est de faire de l'acte de dépistage une action qui rentre dans la routine de chacun avec pour objectif une augmentation d'un million de personnes dépistées annuellement en 2025.

Ce nouveau pilotage est centré sur l'information du public de façon individualisée. L'évolution majeure concerne le transfert d'activité d'envoi des invitations à se faire dépister aux femmes concernées. Désormais, l'envoi des invitations à se faire dépister relève de la compétence de l'Assurance Maladie et non plus de celle des CRCDC. Pour faciliter l'invitation des populations, la CNAM utilise les données du système national des données de santé (SNDS) qui comporte les historiques des examens et traitements des personnes afin d'inviter les personnes concernées à se faire dépister. Un travail de ciblage est ainsi réalisé pour déterminer les personnes éligibles à cet examen. L'invitation au dépistage se fera par voie postale et par voie numérique pour les personnes ayant un compte Ameli. Pour cette année 2024, l'objectif est d'envoyer jusqu'à 5 millions d'invitations à se faire dépister du cancer du sein. Si l'espace numérique Mon Espace Santé ne figure pas, pour l'instant, parmi les rouages du nouveau système, il est possible d'imaginer que cet espace pourrait être utilisé comme une source importante d'information sur le dépistage.

Mise en place d'actions d'« aller vers »

Découlent également du nouvel arrêté de nouvelles actions visant à lisser les inégalités sociales, culturelles, économiques et géographiques. À ce titre, des transports partagés permettant d'emmener des personnes à leur rendez-vous de dépistage seront mis en place dans les régions par les ARS en fonction des besoins. En Guyane, là où le taux de dépistage est le plus faible avec seulement 21,4 % de participation pour la période 2020-2021, des déplacements par bateau sont également prévus.

Afin de cibler les populations les plus fragiles et éloignées du système de santé, sept plateformes téléphoniques et 115 conseillers seront également chargés de joindre 1,4 million de personnes afin de les inciter à se faire dépister et les aider dans leurs démarches de prise de rendez-vous. Étant chargés du suivi des personnes ayant eu un dépistage positif, les CRCDC conservent toujours un rôle important dans ce dispositif. Ces structures régionales assurent l'accompagnement des personnes testées positives dans leurs parcours de soins et permettent de limiter le taux de femmes dites « perdues de vue » en assurant une continuité entre le diagnostic et le début du parcours de soin.

Des initiatives sont aussi ponctuellement prises par les établissements de santé. Le centre hospitalier de Vienne en Isère, a, par exemple, ouvert en janvier 2024, un dispositif « SOS Sein » afin d'améliorer le parcours des soins des patientes. Ce système permet aux professionnels de santé de ville d'adresser plus facilement les patientes atteintes de cancer du sein ou ayant une forte suspicion au service spécialisé du CH de Vienne via une ligne téléphonique spécifique. Ce numéro direct permet en effet l'obtention d'un rendez-vous à l'hôpital dans les 48 heures et une prise en charge rapide en fonction du diagnostic.

9 - Arrêté JORF n°0021 du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers.

Des alternatives à la mammographie ?

Plus d'un million de femmes de 50 à 74 ans n'ont jamais participé à un dépistage selon le sondage OpinionWay « Octobre rose » réalisé pour la Ligue contre le cancer¹⁰. Il est alors légitime de s'interroger sur de possibles alternatives à la mammographie.

On pense ici à la réalisation d'une échographie qui peut permettre de caractériser de façon plus précise la nature de la lésion repérée par mammographie. Par ailleurs, cet examen ne compresse pas les seins, et est dès lors mieux accepté par les patientes.

L'alternative la plus souhaitée par les femmes est l'échographie. En réalité, chez les patientes qui ont des seins très denses, chez les femmes enceintes ou qui allaitent ou chez les adolescentes, l'échographie est déjà une alternative à la mammographie. Cet examen peut être une alternative également dans les régions aux ressources limitées, qui n'ont pas suffisamment de centres d'imageries ou de radiologues pour réaliser des mammographies. Néanmoins, une échographie mammaire permet de compléter l'examen mammographique et non de le remplacer car elle génère un risque élevé de « faux positifs ». Les lacunes de l'échographie mammaire justifieraient dès lors que cet examen soit prescrit après la mammographie et non réalisé comme l'examen de première intention. Par ailleurs, l'échographie décèle mal les microcalcifications, qui sont des minuscules dépôts de calcium dans le sein, synonyme d'un cancer à évolution lente détecté de façon précoce. Ces microcalcifications sont, quant à elles, bien visibles lors de la mammographie. De plus, alors que la mammographie est gratuite car prise en charge par la Sécurité sociale dans le cadre du dispositif de dépistage du cancer du sein pour les patientes entre 50 et 74 ans et partiellement prise en charge en dehors de ces conditions, l'échographie mammaire n'est pas prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale lorsqu'elle est réalisée en premier examen.

Depuis plusieurs années, lorsque sont évoquées les alternatives à la mammographie, la thermographie infrarouge est mise en avant. Cette technique permet d'obtenir des images thermiques d'un objet ou du corps et met en évidence les contrastes de températures. Cette méthode est indolore, non invasive et n'expose pas aux rayons X. Une étude danoise¹¹ a démontré que la thermographie pouvait représenter une réelle alternative à la mammographie. Cette méthode n'est cependant pas très reconnue en France, les spécialistes affirmant qu'elle ne permet pas de dépister un cancer du sein à un stade précoce car cette technique ne détecterait pas les tumeurs les plus profondes. Ainsi, un dépistage réalisé avec cette méthode n'aurait pas d'intérêt.

La Haute Autorité de Santé s'est également prononcée en faveur de l'angio-mammographie dans la stratégie de diagnostic du cancer du sein même s'il n'est pas prévu d'en faire un examen de substitution à la mammographie. Cette angio-mammographie serait par contre à prioriser en cas de contre-indication pour l'IRM mammaire. Quoi qu'il en soit, l'angio-mammographie étant un examen d'imagerie réalisé avec l'appareil de mammographie, la douleur sera alors la même que l'examen d'imagerie conventionnelle.

On s'interroge enfin sur la mise en place de kits de dépistage à domicile. Cette technique est déjà développée en France pour le dépistage du cancer colorectal. Une étude menée par des scientifiques de l'Université Sheffield Hallam en Grande-Bretagne a permis de mettre au point un test non invasif qui serait disponible sous forme de kit et consisterait en un test sanguin moléculaire. Mais cette technique ne semble pas avoir séduit ou convaincu les acteurs français du dépistage.

Pour l'instant, aucune discussion politique n'apparaît donc ouverte en France pour privilégier des alternatives à la mammographie qui reste l'examen clé du dépistage du cancer du sein.

Malgré les difficultés énoncées et grâce aux politiques de prévention menées, on espère que sera atteint l'objectif de 75 % de participation au dépistage du cancer du sein en 2025.

Léa Rouyer

10 - *Op. cit.*

11 - Étude menée par Peter Gøtzsche et Ole Olsen du centre nordique Cochrane (Copenhague, Danemark) dans les années 2000.