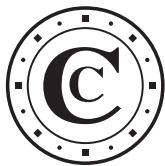


Cour des comptes



LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN

Communication à la commission des affaires sociales
de l’Assemblée nationale

Évaluation de politique publique

Janvier 2026

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES.....	5
SYNTHÈSE	7
RECOMMANDATIONS.....	13
INTRODUCTION.....	15
CHAPITRE I LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN, UN DISPOSITIF PROBANT QUI DOIT ÊTRE RENFORCÉ	21
I - UN RECOURS AU DÉPISTAGE ORGANISÉ STRICTEMENT ENCADRÉ MAIS DONT LE COÛT DOIT ÊTRE PRÉCISÉ.....	22
A - Un dispositif promu par l'Organisation mondiale de la santé et adopté par la plupart des pays occidentaux.....	22
B - Un dépistage organisé mis en place en 2004 en France et récemment réaménagé	24
C - Un dépistage organisé confronté à une baisse préoccupante de la participation	28
D - Des difficultés à évaluer le coût du dépistage organisé	31
II - UN DISPOSITIF CONCURRENCÉ PAR LE DÉPISTAGE INDIVIDUEL ET QUI A PU ÊTRE CRITIQUÉ.....	33
A - Une coexistence avec un dépistage individuel qui présente des lacunes	33
B - Malgré ses limites, le dépistage organisé est le dispositif de prévention et de suivi le plus efficace	36
III - DES INÉGALITÉS D'ACCÈS AU DÉPISTAGE ORGANISÉ À CORRIGER	39
A - Une disparité de l'offre de dépistage pouvant conduire à un renoncement	40
B - Des comportements divers des femmes corrélés à leurs caractéristiques personnelles et sociales	43
C - Face à ces difficultés, une multiplicité d'initiatives pour aller au contact de la population	45
IV - DES ÉVOLUTIONS EN COURS, À ÉVALUER AVANT TOUT DÉPLOIEMENT	49
A - Une réflexion en vue d'une évolution de la tranche d'âge éligible au dépistage organisé	49
B - Des études en cours pour différencier le dépistage en fonction du risque.....	51
C - Un recours accru au numérique et à l'intelligence artificielle qui doit respecter le principe de surveillance humaine.....	53
CHAPITRE II UNE OFFRE DE SOINS DISPARATE, DANS UN CONTEXTE DE FORTE PROGRESSION DES DÉPENSES	57
I - UN ENCADREMENT DU PARCOURS DE SOINS QUI PRÉSENTE DES LIMITES	57
A - Un parcours de soins en cancérologie structuré autour d'étapes clefs	57
B - L'absence d'un référentiel national de prise en charge du cancer du sein	58
C - Des disparités dans l'application des recommandations de bonnes pratiques et le respect des référentiels.....	59
D - Des évolutions progressives dans les prises en charge en établissement, mais des défis persistants	62
E - Des difficultés de prise en charge et de suivi des patientes	64
II - UNE ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS PEU PERTINENTE, DÉGRADANT LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS	66
A - Des seuils d'activité qui ne sont pas toujours respectés au sein des établissements autorisés à pratiquer la chirurgie	67
B - Des prises en charge au sein d'établissements non autorisés au titre de la chirurgie du cancer du sein	67
C - Poursuivre le rehaussement des seuils de prise en charge chirurgicale dans une logique de qualité et sécurité des soins.....	69

III - UN ACCÈS HÉTÉROGÈNE AUX ÉTUDES CLINIQUES ET AUX THÉRAPEUTIQUES INNOVANTES	76
A - Une recherche clinique française de haut niveau en matière de cancer du sein, bien qu'en léger recul sur le plan international	76
B - Un accès cependant disparate des femmes aux études cliniques et protocoles de prise en charge innovants	77
C - Encourager la démarche de désescalade thérapeutique	78
IV - UNE CHARGE FINANCIÈRE CROISSANTE POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ.....	79
CHAPITRE III UN ACCOMPAGNEMENT ET DES SOINS ENCORE LACUNAIRES DANS LA PÉRIODE DE L'APRÈS-CANCER	83
I - LE CANCER DU SEIN, UNE MALADIE QUI FRAGILISE DURABLEMENT LES FEMMES	83
A - Des conséquences sanitaires	83
B - Des conséquences financières et l'existence d'un reste à charge lié à la maladie	85
C - Des conséquences professionnelles.....	91
II - L'ACCOMPAGNEMENT APRÈS CANCER : UNE DIMENSION À DÉVELOPPER ENTRE SUIVI STRUCTURÉ ET SOUTIEN GLOBAL	93
A - Un accompagnement promu par les pouvoirs publics mais insuffisamment appliqué.....	93
B - Les soins de support, essentiels et pourtant insuffisamment financés.....	95
C - L'activité physique adaptée en post-cancer : un levier thérapeutique reconnu sans financement pérenne	97
D - Des obstacles à dépasser dans l'accès aux soins oncologiques de support	100
CONCLUSION GÉNÉRALE	107
LISTE DES ABRÉVIATIONS	109
ANNEXES	111

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

**

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur la base du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a été saisie par le président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, par lettre du 11 décembre 2024, en application de l'article L. 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête relative à l'impact des dépassements d'honoraires sur l'accès aux soins et les dépenses de santé. À la suite d'une réunion de travail tenue le 30 janvier 2025, il a été décidé de mener une première analyse de cet impact en 2025, dans le cadre circonscrit d'une évaluation de politique publique sur le cancer du sein. Sur ce fondement, le Premier président, dans une lettre datée du 22 avril 2025, a précisé les modalités d'organisation du travail demandé à la Cour.

L'enquête de la Cour a été notifiée aux administrations et organismes publics concernés par lettres en date du 14 février et 21 mars 2025. La date de remise à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du présent rapport et du cahier méthodologique qui le complète a été fixée à la fin du mois de janvier 2026.

Un comité d'accompagnement a été constitué (cf. annexe n° 1).

Les rapporteurs ont conduit une soixantaine d'entretiens avec les représentants des principales administrations et organismes publics concernés.

Afin de compléter leurs appréciations, ils ont également rencontré des professionnels de santé, des associations de patientes, des fédérations et sociétés savantes, des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (Île de France, Normandie, Occitanie), ainsi que des associations de patientes et des personnalités qualifiées (chercheurs, collège des économistes de la santé, ou encore URPS kinés d'Île-de-France).

Des visites sur place ont été réalisées au sein de cinq régions : Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Occitanie Pays-de-la-Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. À cette occasion, l'équipe de rapporteurs a visité neuf établissements de santé, choisis selon des critères de statut et d'activité (mono-activité en cancérologie ou hôpital général) : Centre Oscar Lambret (Lille, 6 juin 2025), Hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris, AP-HP, 19 juin 2025), Institut de cancérologie de l'Ouest (Nantes, 27 juin 2025), Institut Paoli-Calmettes (Marseille, 30 juin 2025), Institut Curie (Saint-Cloud, 1^{er} juillet 2025), Clinique Hartmann (Neuilly-sur-Seine, 2 juillet 2025), Hôpital privé des Peupliers (Paris, 21 juillet 2025), Centre hospitalier de Rodez (30 juillet 2025), Centre hospitalier d'Évreux (8 septembre 2025).

Un centre d'accueil de femmes souffrant de cancer, la maison Rose-Up, a aussi été visité, le 28 mars 2025.

Pour compléter ces entretiens et visites sur place, des questionnaires ont été envoyés aux personnes rencontrées.

Pour mesurer le ressenti des femmes souffrant de cancer du sein, un sondage en ligne a été réalisé. Il s'appuyait sur le relai d'établissements de santé et d'associations de patientes et a permis de recueillir 2 648 réponses.

**

Le projet de rapport a été préparé, puis délibéré le 12 décembre 2025, par une formation de la 6^{ème} chambre, présidée par M. Lejeune, président de chambre, et composée de Mmes Caroli, Duchêne et Régis, conseillères maîtres, de MM. Burckel, Chastenet de Géry, Fourrier, Guégano, Stussi et Vallet, conseillers maîtres ainsi que, en tant que rapporteurs, de MM. Gonalons et de Montalembert, conseillers référendaires en service extraordinaire, M. Pingué, vérificateur, Mme Chariot, *data scientist*, M. Netter, conseiller expert et, en tant que contre-rapporteur, M. Machard, conseiller maître.

Il a été examiné et approuvé, le 13 janvier 2026, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de Mme Camby, présidente de la première chambre faisant fonction de Première présidente, M. Hayez, rapporteur général, M. Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune, M. Cazé, présidente et présidents de chambre de la Cour, M. Oseredczuk, président de section, président par intérim de la 5^{ème} chambre, M. Glimet, représentant M Bertucci, président de la chambre du contentieux, M. Albertini, M. Roux, M. Vught, Mme Daussin-Charpentier, Mme Renet et Mme Daam, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes, et Mme Hamayon, Procureure générale, entendue en ses avis.

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Synthèse

Le cancer du sein constitue un enjeu de santé publique majeur. Il s'agit du cancer le plus répandu chez les femmes, avec 61 214 nouveaux cas diagnostiqués en France en 2023, selon les dernières données disponibles. Une femme sur huit développe un cancer du sein au cours de sa vie. Celui-ci constitue la première cause de mortalité par cancer chez les femmes, avec plus de 12 000 décès annuels.

La France est en outre le pays où le taux d'incidence du cancer du sein, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas par an rapporté à la population, serait parmi les plus élevés au monde, d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

En ce qui concerne la prévalence, soit le nombre de patientes touchées par la maladie, 727 100 femmes ont été prises en charge pour un cancer du sein en 2023 selon la caisse nationale d'assurance maladie. Leur nombre augmente rapidement puisqu'elles n'étaient que 686 820 en 2015.

Les dépenses liées à la prise en charge du cancer du sein pour l'assurance maladie s'élevaient à près de 4,7 Md€ en 2023. Elles ont substantiellement augmenté sur la période récente, à hauteur de plus de 65 % depuis 2015 (2,8 Md€). Sur la même période, le nombre de patientes n'a pourtant augmenté que de 6 %.

La Cour s'est en conséquence intéressée à la fois aux politiques de prévention, notamment à travers le dépistage organisé, et de prise en charge du cancer du sein de la femme, au regard des techniques diagnostiques et thérapeutiques disponibles, en établissement de santé comme en ville.

La période de l'évaluation correspond aux années 2015 à 2025.

Pour évaluer ces politiques, la Cour s'est attachée à répondre à trois questions évaluatives.

Première question évaluative : les mesures de dépistage organisé du cancer du sein atteignent-elles les objectifs fixés par les pouvoirs publics ?

Cette question vise à évaluer si le dépistage organisé du cancer du sein, mis en place en France depuis 2004, permet à la fois de réduire la mortalité liée au cancer du sein et d'améliorer l'information et la qualité des soins des personnes concernées. Le programme de dépistage organisé des cancers du sein cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, qui sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie et un examen clinique de leurs seins auprès d'un radiologue agréé. Il est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais. Si aucune anomalie n'est décelée, la mammographie est ensuite systématiquement relue par un second radiologue expert. Lorsqu'une anomalie est décelée, le radiologue premier lecteur effectue immédiatement un bilan diagnostique pour raccourcir le délai d'une éventuelle prise en charge.

La détection précoce permise par le dépistage organisé permet une prise en charge rapide, au bénéfice des patientes : quand il est détecté tôt, le cancer du sein guérit dans neuf cas sur dix. Les objectifs assignés en termes de taux de participation ont évolué au gré des différents plans cancers dont s'est dotée la France.

En dépit d'objectifs ambitieux, en France, on observe un recours au dépistage organisé insuffisant et en recul, avec un taux de participation de seulement 44,0 % en 2024, contre 52,3 % en 2011. La baisse estimée de participation est observée dans toutes les tranches d'âge. Ce dépistage organisé est en outre concurrencé par un dépistage dit individuel, car réalisé en-dehors du cadre proposé par les pouvoirs publics. Celui-ci, qui concerne des patientes dans comme en-dehors de la tranche d'âge du dépistage organisé, présente toutefois des lacunes, comme l'absence d'une seconde lecture. Il est en outre coûteux pour les patientes comme pour la collectivité. La possibilité de dépassements d'honoraires dans le cadre du dépistage individuel fait naître un risque que les femmes soient incitées, par exemple en jouant sur les délais d'accès à la mammographie, à privilégier le dépistage individuel.

Des dispositifs existent au niveau local pour favoriser la participation des femmes ayant peu recours au dépistage organisé. Ils sont hétérogènes et souvent coûteux, même s'ils ont une utilité en matière de santé publique. Ils doivent être davantage évalués.

Par ailleurs, le dépistage organisé peut être amené à évoluer dans les années à venir. Plusieurs évolutions sont possibles : changement de la tranche d'âge concernée, personnalisation du dépistage, en particulier des délais entre deux mammographies, et dématérialisation des mammographies. Cette dernière rend possible une éventuelle utilisation de l'intelligence artificielle dans le cadre du dépistage organisé, que la Cour appelle à prévoir et encadrer.

Ce constat conduit la Cour à formuler trois recommandations visant à renforcer le recours au dépistage organisé et à encadrer ses évolutions prévisibles :

- rendre obligatoire, dans la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les centres d'imagerie souhaitant pratiquer l'imagerie sénologique - mammographique et échographique - de diagnostic et de dépistage ;
- adopter d'ici 2027 et mettre en œuvre un plan de déploiement futur de l'intelligence artificielle dans le dépistage organisé du cancer du sein en définissant ses modalités d'application dans le dispositif de double lecture et en garantissant une supervision humaine ;
- confier, d'ici 2027, à la Haute autorité de santé une mission d'évaluation régulière et de labellisation des logiciels d'intelligence artificielle utilisés dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

Deuxième question évaluative : la prise en charge est-elle suffisante et adaptée au regard des besoins des patientes ?

Le parcours de soins de la patiente atteinte d'un cancer du sein présente des limites, pour plusieurs raisons : absence d'un référentiel national de prise en charge, disparités dans l'application des recommandations de bonnes pratiques, coopérations entre établissements

encore limitées, accès inégal des patientes aux études cliniques et aux innovations thérapeutiques¹ ou encore difficultés liées aux prises en charge en ville et au suivi².

L'activité de traitement du cancer du sein est soumise à autorisation, délivrée par les agences régionales de santé en fonction de nombreux critères, dont un qui a trait au volume d'activité. En effet, un seuil minimal d'actes a été défini par les pouvoirs publics, récemment réévalué pour son versant chirurgical de 30 à 70 séjours hospitaliers minimum par an. Or, malgré cet encadrement de principe, des établissements autorisés ne parviennent pas à atteindre les seuils obligatoires qui s'imposent à eux³, tandis que la Cour a mis en évidence un phénomène de prises en charge illégales dans des structures non autorisées. Le nouveau seuil reste inférieur aux recommandations européennes, qui préconisent 150 séjours minimum par an. Un consensus scientifique atteste de risques, de complications et de moins bons résultats sanitaires pour les femmes lorsqu'elles sont prises en charge dans un centre à plus faible volume d'activité⁴.

Face à cet enjeu de qualité de la prise en charge, la Cour appelle à relever à 150 le seuil minimal de séjours nécessaire afin d'autoriser un établissement de santé à assurer une activité de prise en charge chirurgicale en matière de cancer du sein. Ce relèvement, s'il diminuerait le nombre d'établissements autorisés à la pratique de la chirurgie du cancer du sein, n'augmenterait que dans une proportion modérée le temps de trajet pour les patientes⁵, tout en leur offrant une prise en charge plus sécurisée. Afin de conserver un suivi de proximité, la Cour appelle, dans les prochains projets régionaux de santé, à renforcer la coopération entre établissements de santé. L'objectif est de permettre aux patientes que les interventions chirurgicales soient réalisées en centre expert à haut volume d'activité tandis que d'autres parties du traitement, comme les chimiothérapies, exigeant des déplacements réguliers de la patiente, puissent intervenir à proximité de leur domicile, lorsque cela est possible.

La prise en charge du cancer du sein représente par ailleurs un coût important, aussi bien pour la sécurité sociale que pour les patientes. Ainsi, alors que l'effectif de patientes traitées pour un cancer du sein a augmenté de 6 % entre 2015 et 2023, les dépenses d'assurance maladie ont crû de 65 % pour atteindre 4,6 Md€ par an. La progression des dépenses s'explique notamment par la forte augmentation des dépenses de médicaments ainsi que des dépenses d'hospitalisation.

¹ Ainsi, d'après des données du centre national de la coordination de la recherche, en 2023, 91 % des inclusions de patientes dans ces études cliniques promues par un établissement de santé français l'étaient dans des études promues par les centres de lutte contre le cancer (5 % pour les CHU et 3 % pour les centres hospitaliers généraux).

² Une étude de l'INCa sur « *la vie cinq ans après un diagnostic de cancer* », en 2018, relevait que 35 % des patientes souffrant d'un cancer du sein n'avaient pas consulté leur médecin traitant dans les cinq ans suivant le diagnostic.

³ Sur 432 établissements autorisés en 2024, 57 d'entre eux (13 %) avaient une activité inférieure au seuil de 30 séjours en 2023.

⁴ Voir par exemple Roohan PJ, *et alii*, “*Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer*”, *American Journal of Public Health*, mars 1998 et Greenup RA *et alii*, “*The effect of hospital volume on breast cancer mortality*”, *Annals of Surgery*, février 2018, cités par INCa, *Proposition d'évolution des critères d'agrément des établissements de santé pour le traitement du cancer*, avril 2020.

⁵ D'après les analyses de la Cour, en moyenne, en 2024, les femmes de 45 à 74 ans résident à 18 minutes de route d'un établissement autorisé à pratiquer la chirurgie du cancer du sein, tous niveaux d'activité confondus. Cette durée s'élève à 27 minutes lorsque seuls les établissements ayant réalisé au moins 150 séjours sont pris en compte.

La Cour tire de ces constats les trois recommandations suivantes :

- assurer un suivi régulier de l'activité des établissements autorisés à pratiquer le cancer du sein, et faire cesser sans délai toute prise en charge chirurgicale intervenant dans un établissement non autorisé ;
- afin d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge, relever à 150 le seuil minimal annuel de séjours chirurgicaux requis pour que soit octroyée à un établissement de santé l'autorisation d'assurer une activité de prise en charge chirurgicale en matière de cancer du sein. Pour ce faire, prévoir dans les prochains projets régionaux (2028-2032) de santé la recomposition de l'offre de soins liée à des seuils d'activité minimaux chirurgicaux relevés à 150 séjours, afin d'anticiper le report de prise en charge des patientes des structures plus petites vers les centres en capacité d'assurer un plus haut volume d'activité ;
- dans les prochains projets régionaux de santé (2028-2032), renforcer la coopération entre établissements de santé afin de permettre aux patientes de bénéficier d'interventions chirurgicales en centre expert à haut volume d'activité et d'être prises en charge à d'autres étapes, lorsque cela est possible, dans un centre plus proche de leur domicile.

Troisième question évaluative : les mesures actuelles permettent-elles de limiter les séquelles de la maladie, de prévenir la récidive et d'améliorer la qualité de vie des patientes ?

La maladie se traduit par des conséquences médicales importantes pour les patientes, sous forme de symptômes chroniques, comme la fatigue, des douleurs ou encore des troubles cognitifs.

La maladie a également souvent des conséquences importantes pour les femmes en matière de revenus, un quart d'entre elles déclarant une baisse de ceux-ci à la suite de la maladie. Professionnellement, une femme sur cinq en âge de travailler déclare ne pas avoir repris d'activité deux ans après le diagnostic de son cancer.

Le reste à charge pour les patientes peut également être élevé et conduire, dans certains cas, au renoncement à certains soins.

En se fondant sur les données du système national des données de santé (SNDS), la Cour estime que le reste à charge moyen des femmes atteintes d'un cancer du sein, après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et avant remboursements éventuels par l'assurance maladie complémentaire, s'élève à 1 549 €.

Malgré des limites dans les données disponibles, ne permettant pas d'estimer précisément et de façon globale l'intervention des couvertures complémentaires, les traitements médicaux et chirurgicaux essentiels à la prise en charge de la patiente sont cependant *in fine* largement couverts par l'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, par l'assurance maladie complémentaire.

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé peuvent cependant être importants : un tiers des patientes déclarent faire face à des dépassements d'honoraires, pour

un total parfois supérieurs à 2 000 €⁶. Des actes peuvent être particulièrement concernés par ces dépassements, comme la reconstruction mammaire⁷. Certaines dépenses induites par la maladie et non remboursées par la sécurité sociale ou les assurances complémentaires, ou seulement partiellement remboursées, peuvent de surcroît rester à la charge des patientes dans des proportions parfois importantes.

Ces constats soulignent l'importance des efforts à conduire pour accompagner les femmes après la prise en charge de leur cancer. Les pouvoirs publics ont à ce titre prévu des dispositifs structurant l'accompagnement et le suivi. Mais ceux-ci sont proposés et mis en place de manière diverse suivant les établissements, à l'instar du programme personnalisé d'après-cancer. La Cour suggère donc de rendre obligatoire ce dernier, devant s'imposer à l'avenir comme une étape incontournable du parcours de soins.

La variabilité des pratiques se constate en particulier en ce qui concerne l'accès aux soins de support. Ceux-ci correspondent à l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux patientes pendant et après la maladie, comme la gestion de la douleur, l'accompagnement psychologique ou l'aide à la pratique d'une activité physique adaptée. Ils se font en association avec les traitements spécifiques contre le cancer. S'ils ont montré leur utilité, ils ne sont pas proposés de manière homogène et ne sont souvent que peu, voire pas, remboursés. Tous cancers confondus, un tiers des patients ne bénéficient toujours pas d'au moins un soin de support, et certains y renoncent du fait de leur coût⁸.

Les soins de support ont pourtant démontré leur intérêt en matière de stratégie thérapeutique pour la patiente mais également de moindres dépenses pour le système de santé, du fait de leur impact sur la gestion des séquelles et la prévention de la récidive. C'est particulièrement le cas de l'activité physique adaptée, dont la littérature scientifique suggère une récidive de cancer du sein diminuée de 20 % à 35 % lorsque les femmes en bénéficient. En se fondant sur les données 2023 de la Caisse nationale d'assurance maladie, la Cour a évalué que les économies potentielles pour le système santé, si l'ensemble des patientes atteintes d'un cancer du sein bénéficiaient de cette pratique et que ces taux de récidive étaient confirmés, représenteraient une fourchette d'économie de 11 à 376 M€ selon les hypothèses retenues.

La Cour tire de ces constats les deux recommandations suivantes :

- publier en 2026 les textes réglementaires d'application de la loi n° 2025-106 du 5 février 2025 visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie, afin d'en permettre l'application effective ;
- dès 2027, rendre obligatoire pour les établissements de santé l'élaboration du programme personnalisé d'après cancer et en faire un critère d'autorisation d'exercer en cancérologie.

⁶ Voir « Sondage réalisé auprès de femmes atteintes ou ayant été atteintes d'un cancer du sein » dans le cahier méthodologique publié séparément du présent rapport.

⁷ Voir « Analyse du reste à charge pour les femmes atteintes d'un cancer du sein (à partir du système national des données de santé) » dans le cahier méthodologique publié séparément du présent rapport.

⁸ Résultats du 3^{ème} baromètre des soins de support – AFSOS, juillet 2025. Voir par ailleurs les résultats du sondage menés auprès de patientes atteintes d'un cancer du sein dans le cadre de la présente enquête, publiés dans le cahier méthodologique distinct du présent rapport.

Recommandations

1. Rendre obligatoire, dans la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les centres d'imagerie souhaitant pratiquer l'imagerie sénologique - mammographique et échographique - de diagnostic et de dépistage (*ministère chargé de la santé*).
2. Adopter d'ici 2027 et mettre en œuvre un plan de déploiement de l'intelligence artificielle dans le dépistage organisé du cancer du sein en définissant ses modalités d'application et en garantissant une supervision humaine (*ministère chargé de la santé, INCa*).
3. Confier à la Haute autorité de santé, d'ici 2027, une mission d'évaluation régulière et de labellisation des logiciels d'intelligence artificielle utilisés dans le cadre du dépistage du cancer du sein (*ministère chargé de la santé, HAS*).
4. Assurer dès 2026 un suivi régulier de l'activité des établissements autorisés à pratiquer la chirurgie du cancer du sein, et faire cesser sans délai toute prise en charge intervenant dans un établissement non autorisé (*ministère chargé de la santé*).
5. Dans le but d'améliorer la qualité et sécurité des prises en charge, éléver à 150 le seuil minimal annuel de séjours chirurgicaux à atteindre afin d'autoriser un établissement de santé à assurer une activité de prise en charge chirurgicale en matière de cancer du sein. Pour ce faire, prévoir dans les prochains projets régionaux (2028-2032) de santé la recomposition de l'offre de soins liée au relèvement de ce seuil(*ministère chargé de la santé*).
6. Dans les prochains projets régionaux de santé (2028-2032), renforcer la coopération entre établissements de santé afin de permettre aux patientes de bénéficier d'interventions chirurgicales en centre expert à haut volume d'activité tandis que d'autres étapes de la prise en charge interviendraient, lorsque cela est possible, dans un centre plus proche de leur domicile (*ministère chargé de la santé*).
7. Publier en 2026 les textes réglementaires d'application de la loi du 5 février 2025 visant à améliorer la prise en charge des dépenses liées au traitement du cancer du sein, afin d'en permettre l'application effective (*ministère chargé de la santé*).
8. Dès 2027, rendre obligatoire pour les établissements de santé l'élaboration du programme personnalisé d'après cancer et en faire un critère d'autorisation d'exercer en cancérologie (*ministère chargé de la santé, INCa*).

Introduction

Le cancer du sein constitue un enjeu majeur de santé publique en France au regard de ses conséquences sanitaires, sociales et économiques pour les femmes comme pour le système de santé et la société dans son ensemble⁹.

Il s'agit du cancer le plus fréquent en France¹⁰. Son incidence, soit le nombre de nouveaux cas annuels, a crû au cours des dernières décennies : il représentait 30 000 cas en 1990 et 61 214 en 2023¹¹. Cela représente une hausse de 104 %, dont 30 % seraient attribuables à l'accroissement de la population, 23 % au vieillissement de la population et 51 % à différents facteurs de risques selon Santé publique France.

Le taux d'incidence¹² de 99,2 cas en France pour 100 000 femmes en 2023¹³, serait l'un des plus élevés au monde, selon l'Organisation mondiale de la santé¹⁴. Ce résultat doit cependant être nuancé selon Santé Publique France, au regard des incertitudes liées à ces estimations et aux données utilisées¹⁵, ainsi qu'au regard de la proximité des taux d'incidence de plusieurs pays.

En 2023, la prévalence¹⁶ était estimée par la Cnam à 727 360 patientes atteintes d'un cancer du sein (contre 685 550 en 2015, soit une hausse de 6 % sur la période)¹⁷.

⁹ La Cour porte, dans ce rapport, son analyse sur cette pathologie de façon exclusive, bien que plusieurs de ses constats et mesures favorables à sa prévention pourraient être partagés avec d'autres pathologies cancéreuses comme avec de nombreuses maladies chroniques.

¹⁰ Voir annexe 2 pour le détail des données. Le cancer du sein existe aussi chez les hommes mais il est rare : moins de 1 % de tous les cancers du sein affectent des hommes. Seules les femmes sont concernées par des politiques publiques telles que le dépistage organisé du cancer du sein. C'est pourquoi ce rapport a fait le choix de se concentrer sur les cas de cancers du sein chez les femmes.

¹¹ Lapôtre-Ledoux B *et alii*, « Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2023.

¹² Le taux d'incidence désigne le nombre de cas nouveaux d'une maladie apparus durant une période de temps donnée.

¹³ Lapôtre-Ledoux B *et alii*, *ibid*.

¹⁴ OMS, «*Cancer today*». Une étude récente suggère également un positionnement comparable de la France. Voir Force, Lisa M. *et alii*, “*The global, regional, and national burden of cancer, 1990–2023, with forecasts to 2050: a systematic analysis for the global burden of disease study 2023*”, *The Lancet*, 2025.

¹⁵ Projections temporelles, années et zone géographique considérées.

¹⁶ La prévalence désigne le nombre de cas pris en charge pour cancer du sein avec remboursement de soins par l'assurance maladie au moins une fois dans les cinq ans précédents, sans limitation d'âge.

¹⁷ Les données estimées de prévalence varient selon les sources utilisées. L'Institut national du cancer (INCa) estime le nombre de malades à 913 089 en 2017.

Le cancer du sein est la première cause des décès par cancer chez les femmes en France (12 757 en 2022¹⁸), comme dans le monde¹⁹. Les tendances de mortalité par cancer du sein chez les femmes sont en baisse sur la période 2015-2022. Cette baisse est cependant moins importante en France que dans des pays comparables. Plusieurs pays, à l'instar de la Belgique et du Danemark, atteignent l'objectif de l'initiative mondiale contre le cancer du sein, à savoir une diminution d'au moins 2,5 % par an de la mortalité, ce qui n'est pas le cas de la France. Son taux de mortalité y est enfin significativement plus élevé qu'en Espagne, pays le plus performant d'Europe (10,6 décès pour 100 000 femmes en Espagne contre 15,8 en France en 2022²⁰).

Le taux de survie nette standardisée²¹ (SNS) à cinq ans des femmes atteintes d'un cancer s'élève dans l'Hexagone à 88 % (et 97 % à un an). Sur l'ensemble de la période 1990- 2015, la survie s'est améliorée pour tous les âges²². La France se positionne de façon avantageuse par rapport aux autres pays. Dans une étude (Concord-3), réalisée à partir des cas diagnostiqués entre 2000 et 2014, la France faisait partie des quelques pays avec un taux de survie nette à cinq ans supérieure à 85 %, avec le Canada, les Etats-Unis et 15 autres pays européens²³. Ce taux de SNS est de 83 % en moyenne au sein de l'Union européenne.

Ces bons résultats en matière de survie masquent cependant des disparités importantes en fonction du stade de dépistage du cancer. Plus le cancer du sein est détecté tôt, plus il se soigne facilement, et plus les chances de guérison sont élevées. Selon l'Institut national du cancer (INCa), le taux de survie à cinq ans est de 99 % pour un cancer détecté à un stade précoce et de seulement 26 % pour un cancer diagnostiqué à un stade tardif.

**

Le cancer du sein est favorisé par différentes causes²⁴. Les facteurs de risque reconnus à ce jour par la communauté scientifique sont nombreux mais certains font encore l'objet d'interrogations et de recherches. Au total, les trois-quarts des cancers du sein seraient attribuables à des facteurs de risque connus²⁵.

D'après l'INCa, 20 à 30 % des cancers du sein surviennent chez des femmes ayant des antécédents familiaux de cancer (notamment mais pas exclusivement du sein).

¹⁸ D'après Fouillet *et alii*, « Grandes causes de mortalité en France en 2022 et tendances récentes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°18, octobre 2024.

¹⁹ Freddie Bray *et alii*, « Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries », *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, mai-juin 2024.

²⁰ Globocan, *op. cit.* Taux standardisé sur l'âge (monde).

²¹ D'après Santé publique France, la survie nette est la survie qui serait observée si la seule cause de décès possible était le cancer étudié. Elle se situe dans un cadre qui, en s'affranchissant des différences de mortalité dues à d'autres causes que le cancer, permet des comparaisons entre pays et périodes.

²² Voir Molinié *et alii*, *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Sein*, 2020.

²³ Une nouvelle édition de l'étude (Concord-4) est en cours, avec pour la France des données extraites en 2023 de la base commune des registres de cancers pour la période 2000-2015.

²⁴ Voir annexe 3 pour le détail des données.

²⁵ Laureen Dartois, *et alii*, « Proportion of premenopausal and postmenopausal breast cancers attributable to known risk factors: estimates from the E3N-EPIC cohort », *International Journal of Cancer*, mai 2016.

D'autres facteurs sont dus à l'âge²⁶ ou relèvent d'autres situations, telles que les règles précoces, une ménopause tardive, ou encore la nulliparité²⁷.

Plusieurs facteurs comportementaux peuvent accroître le risque de survenue du cancer du sein. Ceux-ci peuvent être individuels, sociaux, économiques ou environnementaux. Le rôle de certains de ces facteurs dans la survenance d'un cancer du sein fait l'objet d'un consensus scientifique au niveau international.

Parmi les facteurs accessibles à des changements de comportement, les principaux comportements à risque sont la consommation d'alcool, le tabac, le surpoids et l'obésité, la mauvaise alimentation, ou encore le manque d'activité physique. Près de deux cancers du sein sur cinq seraient ainsi attribuables à des facteurs comportementaux²⁸.

De nombreux travaux laissent également penser qu'un lien pourrait être établi entre la survenance d'un cancer du sein et d'autres facteurs comportementaux ou des facteurs environnementaux.

**

Pour faire face à cet enjeu majeur de santé publique pour les femmes, plusieurs plans de santé publique généraux et des programmes consacrés au cancer dans son ensemble ont été mis en œuvre. Ces plans et programmes pour la prévention et la prise en charge des cancers ne ciblent pas spécifiquement le cancer du sein.

Lancé le 24 mars 2003 par le président de la République, le plan cancer 2003-2007 a constitué la première stratégie nationale structurée de lutte contre le cancer. Organisé autour de six axes prioritaires (prévention, dépistage, qualité des soins, accompagnement, formation et recherche), ce plan avait pour objectif de réduire l'incidence et la mortalité des cancers tout en améliorant la qualité de vie des patients. Il a notamment instauré un programme national de dépistage gratuit du cancer du sein. Par ailleurs, il a encouragé l'accès aux thérapies innovantes en définissant un objectif minimal de 10 % de patientes intégrées dans des essais cliniques, et a mis en place des référentiels de qualité imposant des seuils d'activité pour la chirurgie mammaire. Il a également structuré l'organisation des soins, notamment par le biais des réunions de concertation pluridisciplinaires et la mise en place des centres de coordination en cancérologie ainsi que de sept cancéropôles régionaux.

Le deuxième plan cancer 2009-2013 visait en particulier à mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers. Le rôle central du médecin généraliste dans le parcours de soins était réaffirmé et un meilleur partenariat entre la médecine de ville et l'hôpital, notamment en matière de prévention, était encouragé.

Le troisième plan cancer 2014-2019 a intégré des objectifs de réduction des inégalités sociales et économiques liées à la maladie et des pertes de chance face aux cancers. Il comportait une action visant à réduire la mortalité et la lourdeur des traitements du cancer du sein grâce

²⁶ Selon l'Institut national du cancer, 80 % des cancers du sein se développent après 50 ans, l'âge médian au diagnostic étant de 64 ans.

²⁷ La nulliparité est le fait, pour une femme, de n'avoir jamais mené de grossesse à terme.

²⁸ Centre international de lutte contre le cancer, « Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine, 2018 »

aux dépistages. Il comportait à ce titre quatre actions en lien avec le dépistage organisé. L'une d'entre elles était que le médecin traitant propose à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi la mieux adaptée à son niveau de risque de cancer du sein, en intégrant particulièrement les personnes à risque aggravé. Le plan cherchait également aussi à faire face à un problème récurrent pour les patientes : la reconstruction mammaire après un cancer du sein, l'accès à ce soin étant déterminé par des facteurs socioéconomiques en raison des restes à charge élevés qui pèsent sur les patientes.

Les plans cancer successifs ont été remplacés en février 2021 par une stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Celle-ci inclut des orientations globales en matière de dépistage, de recherche ou encore d'offre de réhabilitation mais ne comporte pas d'action spécifique en faveur du cancer du sein.

La stratégie nationale de santé (2023-2033) promeut la prévention primaire par l'identification des facteurs de risque individuels et le suivi personnalisé, via le dispositif « Mon bilan prévention ». Elle se fixait notamment pour objectif d'augmenter d'un million le nombre de personnes ayant recours à un dépistage (tous dépistages organisés confondus) à horizon 2025.

Schéma n° 1 : objectifs généraux des plans cancer en France

Prévention	Dépistage	Soins	Recherche	Accompagnement
Réduire l'exposition aux facteurs de risque et promouvoir des comportements favorables à la santé.	Faciliter l'accès aux programmes de dépistage organisé pour détecter précocement les cancers.	Améliorer la qualité des soins et le parcours de santé des patientes, en renforçant notamment les réseaux de prise en charge.	Encourager et financer la recherche pour développer de nouvelles approches thérapeutiques.	Soutenir les patientes et leurs proches tout au long de la maladie, en favorisant une meilleure prise en charge psychosociale et palliative.

Source : Cour des comptes

**

La Cour s'est attelée à évaluer cette politique publique de prévention et de prise en charge du cancer du sein sur la période 2015-2025.

Au-delà de ses enjeux en matière de santé publique, la lutte contre le cancer du sein mobilise d'importantes ressources publiques. Les dépenses liées à la prise en charge du cancer du sein pour l'assurance maladie s'élevaient à près de 4,7 Md€ en 2023. Elles ont fortement augmenté sur la période récente, de plus de 65 % depuis 2015 (2,8 Md€). Sur la même période, le nombre de patientes n'a pourtant augmenté que de 6 %.

Malgré l'ampleur des moyens déployés, de nombreuses lacunes demeurent : hétérogénéité des pratiques de dépistage et de suivi, inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins, coûts élevés pour certaines prises en charge telles que la reconstruction mammaire,

et intégration insuffisante des soins de support²⁹, essentiels pour la qualité de vie et la réhabilitation des patientes.

Sur la base des objectifs des différents plans cancers, la Cour a fait le choix d'évaluer cette politique par le biais de trois questions, correspondant aux principales étapes du parcours des patientes : avant-cancer et phase de dépistage, prise en charge de la maladie dans sa phase aigüe et après-cancer.

La première question concerne la politique de prévention, au travers du dépistage organisé du cancer du sein. Elle vise à apprécier la portée des mesures du dépistage organisé en tant que mesure de prévention secondaire portée par les autorités dans la prévention du cancer du sein en France.

La deuxième question traite de la prise en charge, de son organisation sur le territoire, au regard notamment des enjeux de qualité et de sécurité des soins. Elle s'intéresse aussi à la dimension financière du traitement du cancer du sein, pour le système de santé de façon globale et pour les patientes en particulier, avec l'enjeu des restes à charge.

La troisième question couvre l'après cancer, en particulier les conséquences sanitaires et financières pour les femmes touchées par un cancer du sein. Elle recouvre aussi le sujet de l'accompagnement après cancer, en abordant notamment les soins de support et leur inégal accès sur le territoire.

Le présent rapport détaille ainsi les réponses à trois questions évaluatives distinctes :

- le dépistage organisé du cancer du sein atteint-il les objectifs fixés par les pouvoirs publics ?
- la prise en charge est-elle suffisante et adaptée au regard des besoins des patientes ?
- les mesures actuelles permettent-elles de limiter les séquelles de la maladie, de prévenir la récidive et d'améliorer la qualité de vie des patientes ?

²⁹ Selon l'Association française des soins oncologiques de support (AFSOS), le terme « soins de support », traduit de l'anglais *supportive care*, désigne l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves. Ils sont proposés depuis le début de la prise en charge, pendant les traitements et après les traitements, et jusqu'à la fin de la vie. Ils visent à diminuer les effets secondaires des traitements et les effets de la maladie ainsi qu'à assurer une meilleure qualité de vie possible aux patientes et à leurs proches, sur les plans physique, psychologique et social, en prenant en compte la diversité de leurs besoins.

Chapitre I

Le dépistage organisé du cancer du sein, un dispositif efficace qui doit être renforcé

Ce premier chapitre vise à répondre à la question évaluative suivante : « *Le dépistage organisé du cancer du sein atteint-il les objectifs fixés par les pouvoirs publics ?* ».

Les principaux critères d'évaluation retenus sont le degré de participation au dépistage organisé, l'efficacité de ce dernier par rapport à d'autres dispositifs existants en matière de surveillance et de prise en charge précoce du cancer, et l'accessibilité, géographique et sociale, du dépistage.

Concernant le cancer du sein, une action efficace en santé publique pour réduire les risques de décès lié à cette maladie est la détection à un stade le plus précoce possible. En effet, les taux de survie à cinq ans seraient de 96 à 100 % pour les tumeurs mammaires de stade I³⁰, alors qu'ils ne seraient que de quelques dizaines de mois au stade IV³¹.

Le dépistage organisé a été mis en place pour répondre à cet objectif. Les conséquences attendues concernent non seulement la réduction de mortalité, mais également la diminution de la lourdeur des traitements. Son coût est difficile à évaluer précisément, certaines dépenses étant mutualisées avec d'autres dispositifs de dépistage (pour le cancer du côlon et le cancer du col de l'utérus). Il peut toutefois être estimé à environ 150 M€, dont plus des deux tiers (106 M€) sont dus au remboursement des actes de mammographie.

Après avoir examiné les modalités selon lesquelles s'exerce ce dépistage organisé (I), la Cour constate qu'il est concurrencé par un dépistage individuel et que le taux de participation au dispositif organisé est à la fois bas et en diminution (II). Il est en outre insuffisamment orienté vers certaines populations et les réponses apportées sont à ce jour non évaluées ou insuffisantes au regard des besoins (III). Enfin, la Cour relève que plusieurs évolutions techniques et organisationnelles sont en cours, avec un impact prévisible sur les modalités de dépistage organisé, qu'il convient d'anticiper et accompagner (IV).

³⁰ Le classement par stades permet de déterminer le degré d'extension de la pathologie. Le stade des cancers du sein au moment du diagnostic est exprimé par un chiffre allant de 0 à IV, en fonction de la taille de la tumeur, de sa localisation, de son infiltration, de son degré de propagation par métastase. Le stade 0 correspond à un cancer dit *in situ* (non infiltrant) et le stade IV, à un cancer métastatique.

³¹ Selon des données fournies à la Cour par la Fédération des spécialités médicales . Ces évaluations sont confirmées par une étude canadienne : la survie nette sur cinq ans pour le cancer du sein chez la femme était de 99,8 % lorsqu'il était diagnostiqué au stade I et de 23,2 % au stade IV (Larry F. Ellison et Nathalie Saint-Jacques, « La survie nette au cancer sur cinq ans selon le stade au moment du diagnostic au Canada », *Statistique Canada*, janvier 2023).

I - Un recours strictement encadré au dépistage organisé mais dont le coût doit être précisé

Selon l'OMS, le dépistage organisé vise à détecter les personnes qui, dans une population apparemment en bonne santé, présentent un risque plus élevé de contracter une maladie ou un problème de santé. Un traitement ou une intervention précoce leur sont alors proposés, réduisant de ce fait l'incidence ou la mortalité due à cette maladie ou à ce problème de santé dans la population.

Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie ou d'une anomalie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Les personnes avec une probabilité plus élevée d'être atteintes, une fois identifiées, feront l'objet d'investigations à visée diagnostique, puis d'une intervention : information personnalisée, traitement, mesure préventive.

A - Un dispositif promu par l'Organisation mondiale de la santé et adopté par la plupart des pays occidentaux

L'OMS assigne quatre objectifs à un programme de dépistage, quelle que soit la pathologie concernée : réduire la mortalité par le traitement précoce d'une maladie ; réduire l'incidence d'une maladie en identifiant et en traitant ses précurseurs ; réduire la gravité d'une maladie en repérant les personnes qui en sont affectées et en offrant un traitement efficace ; élargir les choix en repérant les maladies ou les facteurs de risque à un stade précoce de la vie, lorsque de nombreuses options existent³².

Dix principes pour se prononcer sur l'opportunité d'un dépistage organisé

L'intérêt du dépistage a été démontré dès 1968 avec une publication de Wilson et Jungner pour l'OMS : « Le dépistage consiste à identifier précocelement à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passées jusque-là inaperçues³³. »

Wilson et Jungner ont proposé dix principes permettant de déterminer si le dépistage est bien la ligne de conduite à adopter pour améliorer la santé publique. Ceux-ci continuent à faire référence aujourd'hui :

- il faut que la maladie dont on recherche les cas constitue un problème majeur pour la santé publique ;
- il faut qu'un traitement d'efficacité démontrée puisse être administré aux sujets chez lesquels la maladie a été décelée ;
- il faut disposer de moyens appropriés de diagnostic et de traitement ;

³² *Idem.*

³³ Wilson J, Jungner G. *Principles and practice of screening for disease* . Publication pour l'OMS, 1968.

- il faut que la maladie soit décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique ;
- il faut qu'il existe un test de dépistage efficace ;
- il faut que le test utilisé soit acceptable par la population ;
- il faut bien connaître l'histoire naturelle de la maladie, notamment son évolution de la phase de latence à la phase symptomatique ;
- il faut que le choix des sujets qui recevront un traitement soit opéré selon des critères préétablis ;
- il faut que le coût de la recherche des cas (y compris les frais de diagnostic et de traitement des sujets reconnus malades) ne soit pas disproportionné par rapport au coût global des soins médicaux ;
- il faut assurer la continuité d'action dans la recherche des cas et non la considérer comme une opération exécutée « une fois pour toutes ».

Si la plupart des pays occidentaux ont mis en place un dispositif de dépistage organisé du cancer du sein, ils le font selon des critères d'âge différents : il peut être proposé dans certains pays dès 40 ans et prendre fin dans une tranche d'âge allant de 69 à 75 ans. Dans la grande majorité d'entre eux, le dépistage se fait par mammographie tous les deux ans.

Exemples de pratiques du dépistage organisé en Europe

En Espagne, le dépistage organisé du cancer du sein a débuté en 1990 dans certaines communautés autonomes puis s'est progressivement généralisé à l'ensemble du système national de santé. Toutes les femmes de 50 à 69 ans se voient proposer une mammographie tous les deux ans. Outre le programme de dépistage, pour les femmes qui répondent aux critères d'un risque personnel élevé ou d'un risque familial ou héréditaire de cancer, une évaluation médicale du risque individuel est effectuée et, en cas de confirmation du diagnostic, un suivi est mené au moyen de protocoles d'action spécifiques.

En Italie, le dépistage du cancer du sein s'adresse aux femmes âgées de 50 à 69 ans et prévoit la réalisation gratuite d'une mammographie tous les deux ans. Les femmes concernées par le dépistage du cancer du sein reçoivent de la part de leur agence sanitaire locale une convocation à l'examen de dépistage, soit par courrier ordinaire, soit par SMS, selon les régions. Si le résultat de l'examen est négatif, le rapport est envoyé au domicile de la patiente. Si, en revanche, un examen plus approfondi s'avère nécessaire en raison d'images douteuses ou si le radiologue souhaite effectuer des examens complémentaires, la patiente est contactée par téléphone.

Le Royaume-Uni, pour sa part, dispose depuis 1988 d'un programme national de dépistage organisé du cancer du sein, le *National Health Service Breast Screening Programme*, coordonné en Angleterre par le *National Health Service England*. Il propose, tous les trois ans, une mammographie gratuite aux femmes âgées de 50 à 71 ans enregistrées auprès d'un médecin généraliste, avec la possibilité pour les femmes de plus de 71 ans de continuer à bénéficier du dépistage.

Dans certains pays comme la Suède ou les Pays-Bas, le dépistage organisé repose sur une prise en charge intégrée et l'envoi d'invitations personnalisées. Le taux de participation dépasse souvent les 70 %. La Suède est souvent citée parmi les modèles en matière de prévention et de soins du cancer du sein car le pays a mis en place un système de dépistage organisé très tôt, qui couvre une large tranche de la population. Le système de soins est performant, avec une prise en charge rapide et des technologies de pointe en matière de radiologie et de traitement.

B - Un dépistage organisé mis en place en 2004 en France et récemment réaménagé

1 - Des objectifs initiaux ambitieux

Après une première phase de projets pilotes organisés dans quelques départements français à partir de 1989, et portant sur les femmes âgées de 50 à 65 ans, le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en France en 2004.

Depuis, les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées tous les deux ans par les structures chargées de l'organisation des dépistages, à bénéficier d'une mammographie prise en charge à 100 % par l'assurance maladie sans avance de frais. Cette mammographie comprend un examen clinique réalisé par le médecin radiologue et deux clichés par sein (de face et oblique externe), plus un cliché complémentaire si nécessaire. Une seconde lecture est systématique en cas de résultat normal et un bilan diagnostic immédiat en cas de résultat anormal.

Toute mammographie jugée normale par un premier radiologue est ensuite relue par un second radiologue expert. Le dépistage organisé bénéficie donc d'une double lecture encadrée : les radiologues participants dits « premiers lecteurs » doivent effectuer au moins 500 mammographies par an. Les radiologues assurant la seconde lecture doivent, quant à eux, s'engager à lire au moins 1 500 mammographies par an dans le cadre de cette activité. Les résultats définitifs accompagnés des clichés sont adressés à la patiente dans un délai de 15 jours environ et sont également communiqués au médecin traitant et au gynécologue.

Le programme français fait appel aux structures médicales existantes : les mammographies sont effectuées dans les cabinets de radiologie publics et privés. La personne éligible au dépistage organisé choisit le radiologue dans la liste de ceux participant au programme. Ceux-ci s'engagent à se former, à effectuer un contrôle de qualité de la chaîne de lecture des mammographies de leur cabinet et à transmettre les fiches d'interprétation des mammographies à une structure de gestion, appelée Centre régional de coordination de dépistage des cancers (CRCDC) ainsi que les clichés des mammographies qu'ils jugent normaux pour deuxième lecture. Les structures de gestion coordonnent le programme au niveau local et transmettent les données nécessaires à l'évaluation à Santé publique France.

Lorsqu'une anomalie est décelée, le radiologue premier lecteur effectue un diagnostic immédiat pour raccourcir le délai d'une éventuelle prise en charge. Il peut nécessiter de nouveaux clichés ou d'examens complémentaires, notamment d'une échographie. Cette éventuelle échographie est prise en charge par l'assurance maladie dans les conditions habituelles ; un dépassement d'honoraires est alors possible.

La sensibilisation au dépistage du cancer du sein passe notamment par des campagnes de communication. La plus célèbre d'entre elles, « Octobre rose », si elle peut être accompagnée au moyen de messages spécifiques par les pouvoirs publics, n'émane pas de ces derniers. Elle a pour origine une initiative américaine, datant de 1985. La première campagne française de cette sorte date de 1994. Elle repose depuis sur des initiatives essentiellement privées (associations et entreprises), même si des institutions publiques comme l'Institut national du cancer (INCa) et des établissements publics de santé s'y associent.

2 - Des objectifs ajustés au gré des différents plans cancer

Les objectifs des pouvoirs publics en matière de participation au dépistage organisé ont été adaptés au gré des plans, mais les cibles n'ont jamais été atteintes. En effet, alors que le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein a atteint son maximum en 2011-2012 (52,3 %) et n'était que de 44,0 % en 2024 (cf. *infra*) :

- le plan cancer 2003-2007 visait un taux de participation de 80 % de la population cible ;
- le plan 2009-2013 visait un double objectif : parvenir à un taux global de 65 % de participation, par le biais d'une hausse de 50 % dans les départements les plus défavorisés et de 15 % dans les autres zones. Cette stratégie reposait sur la mobilisation des acteurs locaux et l'introduction de nouvelles modalités de dépistage, notamment l'élargissement des tranches d'âge concernées et la prise en compte d'aspects médico-économiques. Le plan envisageait également d'étudier la possibilité du déremboursement du dépistage individuel ;
- le troisième plan cancer, 2014-2019, ne fixait aucun objectif chiffré de participation mais se contentait d'envisager « proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'assurance maladie ».

Enfin, la stratégie décennale de lutte contre les cancers mentionne l'objectif de couverture recommandé au niveau européen en matière de dépistage organisé du cancer du sein (taux de participation de 70 %) et ambitionne que la France rejoigne le peloton de tête en termes d'adhésion. Elle visait la réalisation d'un million de dépistages supplémentaires d'ici 2025, en englobant les trois programmes nationaux de dépistage organisé (cancers colorectal, du col de l'utérus, du sein), sans fixer de sous-objectifs numériques de hausse pour chacun de ces programmes. Le bilan pour le dépistage du cancer du sein montre un recul (cf. *infra*).

3 - Une organisation institutionnelle impliquant de multiples acteurs

Le pilotage du dépistage organisé obéit à une logique complexe, faisant appel à de nombreux acteurs :

- la direction générale de la santé assure le pilotage stratégique des programmes de dépistage organisé des cancers ;
- la Haute autorité de santé (HAS)³⁴ publie des recommandations évaluant *ex ante* l'opportunité et l'intérêt de mettre en place les programmes de santé publique (dont ceux de dépistage des cancers), ce qui permet ensuite leur prise en charge par l'assurance maladie. Elle a par exemple évalué la performance et de la place de la mammographie par tomosynthèse³⁵ ;

³⁴ Autorité publique indépendante à caractère scientifique, la Haute Autorité de santé (HAS) vise à développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social, au bénéfice des personnes.

³⁵ HAS, « Évaluation de la performance et de la place de la mammographie par tomosynthèse dans le programme national de dépistage organisé du cancer du sein », avril 2023. Le principe de la mammographie par tomosynthèse, ou mammographie 3D, est de reconstituer une image tridimensionnelle du sein à partir d'une série de projections à faible dose, acquises sous différents angles et à différentes profondeurs, obtenues avec un mammographe numérique spécifique. Si les textes d'application n'ont pas encore été pris, elle est dans les faits déjà utilisée en radiologie, y compris dans le dépistage individuel du cancer du sein, en complément des outils existants.

- les organismes d'assurance maladie assurent depuis 2024 le pilotage de la mise en œuvre des invitations et des relances à participer à ces dépistages ;
- l'INCa soutient la recherche et les expérimentations en la matière, assure une veille scientifique, fournit l'expertise nécessaire aux programmes de dépistage organisé des cancers (travaux prospectifs, référentiels, recommandations post-dépistage, études/enquêtes d'évaluation organisationnelle des dispositifs en place, outils d'information et de formation, etc.) et supervise les actions de communication ;
- Santé publique France³⁶ réalise une évaluation indépendante et *ex post* de la performance (efficacité) des programmes de dépistage en place en se fondant sur les données qui proviennent de l'assurance maladie et des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) ;
- l'agence régionale de santé (ARS), en lien avec la direction coordonnatrice régionale de la gestion du risque de l'assurance maladie et la direction de l'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole, pilote les programmes de dépistage organisé des cancers dans sa région. Elle en détermine les orientations régionales et conventionne avec le CRCDC afin de fixer les modalités de déclinaison opérationnelle du cahier des charges, les orientations régionales et les modalités de financement.

Jusqu'en 2024, les CRCDC étaient chargés de déployer le dépistage localement. Ces centres ont une triple mission de formation, d'information et de sécurisation du dispositif, définie par un cahier des charges publié par un arrêté datant du 23 mars 2018. Les centres doivent notamment organiser la formation des médecins et autres professionnels de santé sur les dépistages. Ils participent à la sensibilisation et à l'information des populations concernées, et assurent le suivi des dépistages en sécurisant les fiches des personnes cibles et en collectant les données pour le pilotage et l'évaluation des programmes.

4 - Des modalités de déploiement modifiées, et encore perfectibles

Un arrêté du 16 janvier 2024³⁷ réorganise le rôle des différents acteurs dans le cadre des politiques de dépistage organisé du cancer du sein. Il fait suite à la feuille de route « Priorité dépistages » présentée par la Première ministre le 5 décembre 2022, qui avait pour objectif d'améliorer les résultats du dépistage organisé des cancers en rénovant son organisation. Elle s'appuyait notamment sur les conclusions d'un rapport de l'IGAS rendu en 2022.

L'arrêté du 16 janvier 2024 assigne notamment aux CRCDC la mission de produire des diagnostics territoriaux en vue d'identifier les territoires, les populations à cibler et les besoins spécifiques de la région et de participer aux actions d'*« aller-vers »* envisagées auprès de groupes de populations cibles, avec les partenaires identifiés.

L'assurance maladie organise et pilote la mise en œuvre des invitations à participer aux dépistages organisés des cancers. Elle est chargée d'inviter les personnes éligibles aux différents

³⁶ Aussi dénommée Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique remplace depuis mai 2016 l'Institut national de veille sanitaire, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires et Addictions Drogues Alcool Info Service.

³⁷ Arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers. Cet arrêté s'applique à trois programmes de dépistage organisé : le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus.

programmes de dépistage organisé. Celles-ci peuvent accéder directement à un radiologue agréé figurant dans un annuaire spécifique mis en ligne, afin de simplifier la prise de rendez-vous. Elles peuvent également choisir le radiologue agréé parmi une liste jointe au courrier.

Parcours d'invitation au dépistage du cancer du sein

Une invitation postale avec étiquette est envoyée à l'âge d'entrée dans le dépistage ou 24 mois après la dernière mammographie de dépistage, à laquelle est annexé le dépliant conçu par l'INCa. La liste des radiologues agréés par département est annexée à cette invitation, qui est dorénavant doublée d'une invitation dématérialisée envoyée dans le compte Ameli.

Une première relance dématérialisée (ou par courrier pour les personnes ne disposant pas de compte Ameli) a lieu six mois après la date d'envoi de l'invitation, si le dépistage n'est pas réalisé et en l'absence d'information indiquant que la personne n'est pas concernée.

Une seconde relance dématérialisée (ou par courrier pour les personnes ne disposant pas de compte Ameli) intervient six mois après la date d'envoi de la première relance, si le dépistage n'est pas réalisé et en l'absence d'information mentionnant que la personne n'est pas concernée.

Une nouvelle invitation est envoyée au bout de deux ans, qu'il y ait eu participation au dépistage organisé ou non.

Les étiquettes mises à disposition via l'invitation comprennent un numéro d'identification et un code-barres scanné par les CRCDC visant à intégrer les données individuelles dans les SI métiers sans saisie manuelle à la seconde lecture. L'adresse de l'assurée est présente sur l'étiquette et permet aux CRCDC de contacter les patientes en cas de besoin, dans le cadre de leur mission de suivi des personnes dépistées.

En 2024, 6,6 millions de courriers ont été envoyés, qui ont fait l'objet de 2,2 millions de premières relances et de 285 273 secondes relances, en janvier 2025³⁸.

Il est trop tôt pour dresser un bilan complet de la réforme du dépistage organisé du cancer du sein. Cependant, des améliorations sont d'ores et déjà souhaitables.

La formulation des invitations et relances a été mise à jour en 2025 pour prendre en compte les évolutions récentes des programmes. Une refonte plus significative était prévue fin 2025 afin de mieux informer les personnes concernées. Par ailleurs, chaque médecin traitant peut désormais rééditer l'invitation pour ses patientes éligibles au dépistage organisé du cancer du sein.

La stratégie d'invitation mise en place par l'assurance maladie est amenée à évoluer en fonction des différents retours et expérimentations.

D'autres réformes souhaitables tiennent aux difficultés auxquelles sont désormais confrontés les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers. En effet, l'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers prévoit que l'assurance maladie met à disposition de ces centres les données nécessaires au suivi des personnes. Ces données sont constituées pour les trois dépistages à partir des fichiers administratifs contenant les informations nécessaires à l'identification des populations concernées. Mais l'assurance maladie ne transmet pas les fichiers des personnes ayant reçu une invitation à participer aux dépistages, car cette transmission n'a pas été prévue par l'arrêté

³⁸ Assurance maladie, *rapport Charges et produits – Propositions de l'assurance maladie pour 2026*, juillet 2025.

précité. Or, les CRCDC en disposaient avant la réforme de 2024 et établissaient des statistiques à partir de ces données. Depuis, ils doivent élaborer celles-ci à partir de la population éligible et non de la population invitée. Les statistiques qu'ils établissent depuis 2024 ne sont donc pas comparables avec celles antérieures à cette date.

Les CRCDC rempliraient mieux leurs missions s'ils disposaient des données exactes de participation, en fonction de la population invitée, et pas seulement de la population éligible. Il est donc nécessaire de modifier l'arrêté du 16 janvier 2024 afin qu'il permette aux CRCDC d'accéder à ces informations.

Une telle évolution est d'autant plus justifiée que l'annexe I de l'arrêté dispose que les organismes d'assurance maladie mettent à disposition des acteurs les données nécessaires au suivi des personnes.

C - Un dépistage organisé confronté à une baisse préoccupante de la participation

1 - La participation au dépistage organisé est en chute depuis 2011

En 2024, la population cible du dépistage (c'est-à-dire parmi l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans) a été estimée à 5,4 millions de femmes et le nombre de femmes dépistées, à 2,4 millions. Le taux standardisé de participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein était ainsi de 44,0 % en 2024. Il était de 52,3 % en 2011. La baisse de participation est observée dans toutes les tranches d'âge³⁹, sans que l'on soit en mesure de pleinement l'expliquer.

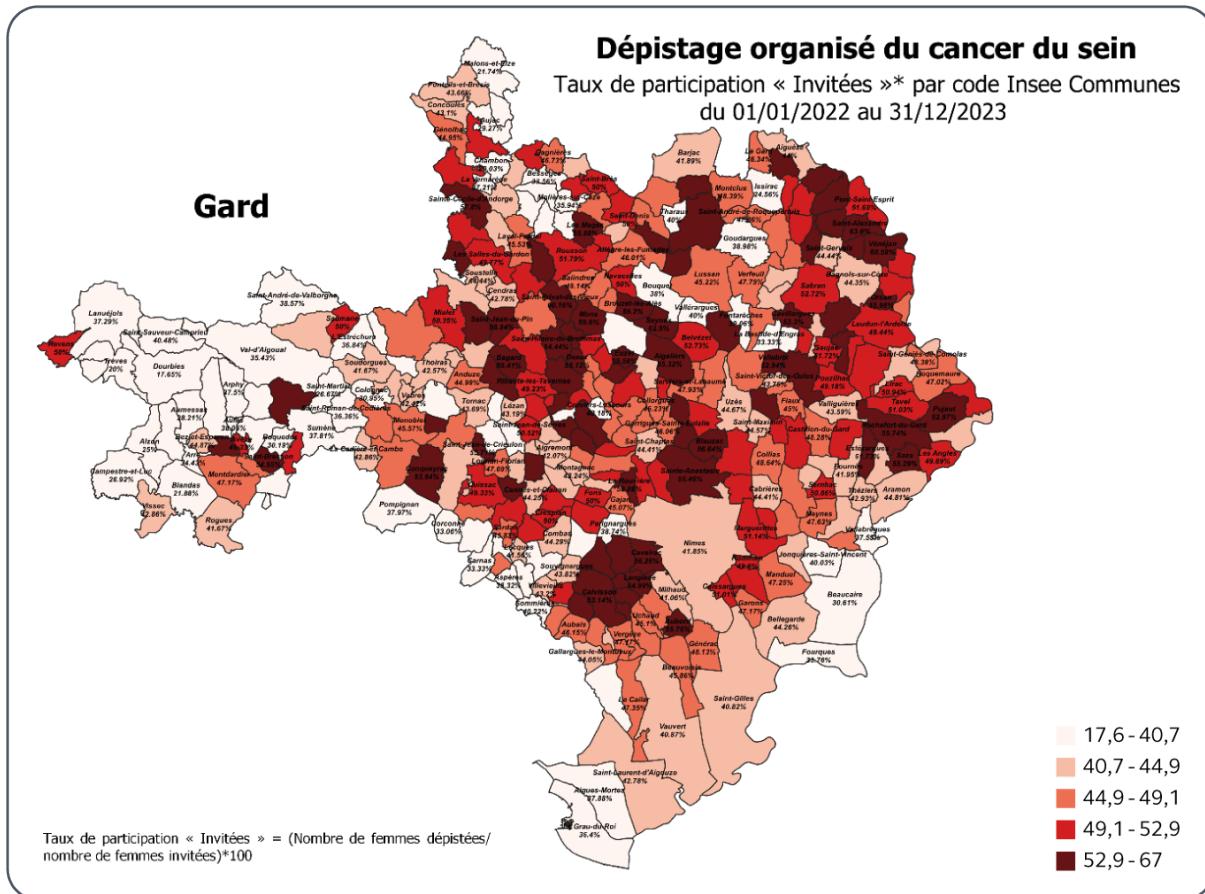
Au sein du territoire national, il existe de nombreuses disparités géographiques dans les taux de participation au dépistage. Le taux de participation dépassent 50 % dans seulement six régions⁴⁰. Les taux de participation régionaux les plus bas sont observés en Guyane (14,2 %), Ile-de-France (31,7 %), Corse (31,7 %) et PACA (31,7 %). À l'intérieur même des régions, il existe des disparités départementales. Ainsi, en région Grand Est, les taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein vont de 40,9 % (Moselle) à 52,2 % dans le Bas-Rhin⁴¹. Ces mêmes disparités se retrouvent au sein des départements (exemple du Gard ci-dessous).

³⁹ Santé publique France, « Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2024 et évolution depuis 2005 », *Bulletin*, mai 2025.

⁴⁰ Bretagne (51,7 %), Bourgogne-Franche-Comté (51 %), Nouvelle-Aquitaine (51,1 %), Pays-de-la-Loire (50,9 %), Normandie (50,8 %), Auvergne-Rhône-Alpes (50,4 %).

⁴¹ Santé publique France, « Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2024 et évolution depuis 2005 », *Bulletin*, mai 2025.

Carte n° 1 : variabilité de la participation au dépistage organisé du cancer du sein : l'exemple du Gard (moyenne départementale : 48,1 %)



Source : CRCDC Occitanie

Cette faiblesse de la participation au dépistage organisé est particulièrement marquée pour le cancer du sein même si elle ne lui est pas propre. En effet, le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal est également faible : il s'élève à 29,6 % pour la période 2023-2024⁴². En revanche, pour le cancer du col de l'utérus par exemple, qui fait lui aussi l'objet d'un dépistage organisé⁴³, et selon les dernières données de Santé publique France, le taux de participation de la population cible était de 60,9 % en 2024, et progresse par rapport aux années précédentes. Cette hausse concerne l'ensemble des régions et des tranches d'âge⁴⁴. Les conditions d'organisation sont toutefois différentes de celles en vigueur pour le dépistage

⁴² Santé publique France, Participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Période 2023-2024 et évolution depuis 2010. *Bulletin*. Edition nationale, mars 2025.

⁴³ Plus récent, il a été mis en place en 2018 et s'adresse aux femmes de 25 à 65 ans. Il repose sur plusieurs piliers : des invitations ciblées par courriers postaux aux femmes non à jour de leur dépistage et, si besoin, des relances, un suivi personnalisé de tous les résultats anormaux (issus des dépistages spontanés et sur invitation), une intensification de l'information et de la sensibilisation des professionnels de santé, des patientes et des femmes en situation de vulnérabilité, ainsi que des stratégies expérimentales telles que la médiation sanitaire, et l'utilisation d'unités mobiles de dépistage.

⁴⁴ Santé publique France, Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Année 2024 et évolution depuis 2017. *Bulletin*. Édition nationale, novembre 2025.

organisé du cancer du sein, notamment en ce qui concerne les modalités d'invitation. Par ailleurs, le taux de participation pour ce dépistage est calculé en incluant le dépistage spontané, à la différence du cancer du sein.

2 - Des résultats inférieurs aux voisins européens

Parmi ses voisins européens, la France se distingue par un faible taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein. Selon l'*European Cancer Pulse*, en 2021, le taux moyen de participation dans une sélection de pays était de 56,5 % en Europe, avec des extrêmes allant de 25 % (Chypre) à 83 % (Danemark). La France se situait à la 22^{ème} position des pays étudiés, avec un taux de 46,9 %⁴⁵.

Seulement huit pays dépassent le taux de participation de 70 % considéré comme le taux cible selon les recommandations européennes⁴⁶. La majorité des programmes de dépistage organisé du cancer du sein couvre une population de femmes âgées de 50 à 69 ans⁴⁷.

Les données servant en France de référence pour le calcul du taux de participation ne comprennent que la participation au dépistage organisé, à la différence de ce qui se pratique dans d'autres pays européens. Une intégration du dépistage individuel aux données globales n'est toutefois pas souhaitable, en raison des garanties de sécurité moindres qu'il apporte par rapport au dépistage organisé.

3 - Une baisse qui appelle à revoir les priorités de la stratégie décennale de lutte contre les cancers

La stratégie décennale de lutte contre les cancers inclut des actions spécifiques au dépistage organisé. La thématique I.12 : « Améliorer l'accès au dépistage » a fixé ainsi pour objectif la réalisation d'un million de dépistages en plus à l'horizon 2025, par rapport à 2018-2019. Cette ambition couvre les trois cancers pour lesquels un dépistage organisé existe, sans spécifier de sous-objectif propre à chacun d'eux.

D'après l'INCa, en juillet 2025, sur neuf actions prévues dans ce cadre, trois étaient achevées, trois étaient en cours selon le calendrier prévu, une engagée avec un retard majeur et une non lancée.

À ce titre, l'INCa a, par exemple, mené des études afin de mieux identifier les freins et les leviers aux dépistages. Des groupes de travail, avec les CRCDC, ont été constitués sur l'information et la communication dans les départements et régions d'outre-mer et à destination de certaines populations (personnes en situation de handicap, origine étrangère). De nouvelles campagnes ont été lancées pour sensibiliser les publics cibles à l'importance du dépistage. Elles sont désormais proposées en numérique tout au long de l'année.

⁴⁵ <https://europeancancer.org/pulse-map/countries>

⁴⁶ Danemark (83,0 %), Finlande (82,2 %), Portugal (80,2 %), Suède (80,0 %), Malte (78,0 %), Slovénie (77,2 %), Espagne (73,8 %), Pays-Bas (72,7 %).

⁴⁷ International Agency for Research on Cancer, « *Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening* », 2017. Et European Commission Cancer screening in the European Union « *Implementation of the Council Recommendation* », 2022.

Les données disponibles montrent que si l'objectif de la stratégie décennale devrait être atteint, ce succès tiendrait aux dépistages des cancers colorectal et du col de l'utérus, celui du cancer du sein voyant son niveau de participation baisser.

Tableau n° 1 : évolution de la participation aux trois programmes nationaux de dépistage organisé

	2018-2019	2023-2024	Évolution
Cancer du sein	5 146 382	5 017 000	- 129 382
Cancer du col de l'utérus	9 051 789	9 838 225	786 436
Cancer colorectal	5 293 688	6 171 549	877 861
Total	19 491 859	21 026 774	1 534 915

Source : Santé publique France, retraitement Cour des comptes

Note : Pour le cancer du col de l'utérus, les données sont présentées annuellement. Ce sont donc les résultats 2018 et 2023 (dernières données disponibles) qui sont indiqués.

Cette situation appelle à accentuer les efforts en vue d'augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein.

D - Des difficultés à évaluer le coût du dépistage organisé

Il n'existe pas d'analyse complète des coûts du dépistage organisé du cancer du sein en France. Le rapport de l'IGAS relatif au dépistage organisé des cancers soulignait déjà que, du fait de l'éclatement des financeurs et des acteurs de la prévention, comme de l'absence de définition précise de ce qui relève du dépistage organisé des cancers, la consolidation des dépenses qui y sont consacrées se révélait délicate.

Ce rapport comporte toutefois une estimation des dépenses. Celle-ci agrège les données des trois dépistages organisés (cancers colorectaux, du col de l'utérus, du sein). Elle inclut les dépenses dites institutionnelles, celles de prévention issues des remboursements de l'assurance maladie, des organismes complémentaires et des ménages. La mission aboutit ainsi à un montant de 600 M€ consacrés en 2019 aux trois dépistages.

Le transfert de la responsabilité des invitations à l'assurance maladie n'a pas permis de lever pleinement le flou relatif, qui empêche une détermination précise du coût, du fait notamment de la mutualisation de certaines dépenses pour les trois dépistages.

La Cour a néanmoins tenté d'identifier des dépenses spécifiques au cancer du sein, qu'elle évalue à environ 150 M€, dont plus des deux tiers (106 M€) sont dus au remboursement des actes de mammographie, les autres dépenses se répartissant entre différentes enveloppes, portant par exemple sur le financement des centres de coordination ou les coûts logistiques et techniques.

Tableau n° 2 : actes et montants remboursés pour les mammographies de dépistage, 2020-2024

Année	Nombre d'actes	Montant remboursé
2020	2 135 408	103 053 997 €
2021	2 533 180	122 093 557 €
2022	2 258 645	108 826 694 €
2023	2 453 142	118 150 416 €
2024	2 199 704	105 784 723 €

Source : Caisse nationale d'assurance maladie, Actes techniques de la classification commune des actes médicaux

Par ailleurs, d'après la Caisse nationale d'assurance maladie, les montants qu'elle engage via le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)⁴⁸ peuvent être évalués à 4 M€.

Tableau n° 3 : dépenses engagées en 2024 par l'assurance maladie pour l'invitation au dépistage organisé du cancer du sein (en €)

Type de dépenses	2024
<i>Frais relatifs à la reprise des invitations</i>	3 225 550,48
<i>Session initiation protocol (SIP) Mutualité sociale agricole</i>	492 674,96
<i>Assistance à maîtrise d'ouvrage SIP*</i>	222 109,19
<i>SIP Centre éditique interrégional (CEIR) Roubaix et Rouen (frais de production des courriers)*</i>	124 853,70
Total financement FNPEIS	4 065 188,33

Source : Caisse nationale d'assurance maladie

Note : les lignes suivies d'un astérisque correspondent à des estimations de la CNAM

Pour compléter, il faudrait également tenir compte des montants engagés par les agences régionales de santé, qui recouvrent des actions de sensibilisation, mais aussi de soutien aux CRCDC. Par exemple, en 2023, dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, 23,4 M€ ont été consacrés par le Fonds d'intervention régional⁴⁹ à la mise à niveau du

⁴⁸ Crée en 1988, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) permet à l'assurance maladie de couvrir les dépenses en matière de prévention, d'éducation et d'information sanitaire et de santé publique. Par exemple : programmes de dépistage de grandes affections comme les cancers, programmes de vaccination, programmes de promotion et d'éducation pour la santé (nutrition, lutte contre la consommation d'alcool, sida, ...)

⁴⁹ Le Fonds d'intervention régional (FIR) finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de : la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire. Il a été créé le 1^{er} mars 2012, en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012. Il regroupe au sein d'une même enveloppe, globale et « fongible » asymétriquement, des moyens auparavant dispersés, pourtant destinés à des politiques proches ou complémentaires. La gestion du FIR est confiée aux ARS.

parc de mammographes afin d'améliorer la qualité du dépistage. Par ailleurs, 45,2 M€ (en crédits de paiement) ont été affectés aux différentes structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers, sans qu'il soit possible de spécifier les montants bénéficiant au dépistage du cancer du sein⁵⁰.

Des estimations plus précises existent parfois au niveau régional. En Île-de-France par exemple, le coût global du dépistage du cancer du sein pour une personne en 2024 est de 24,31 €, soit un montant régional de 6,6 M€, auquel il faut ajouter le remboursement de l'acte de mammographie. Au total, le coût du dépistage organisé du cancer du sein s'est élevé à 24,5 M€ en Île de France en 2024.

II - Un dispositif concurrencé par le dépistage individuel et qui a pu être critiqué

En-dehors du dépistage organisé, il est possible à une patiente de réaliser, de sa propre initiative ou sur conseil médical, une mammographie. On parle alors de dépistage individuel ou opportuniste⁵¹. Les femmes peuvent y recourir à n'importe quel moment, y compris pendant la période (50-74 ans) où une participation au dépistage organisé leur est proposée. Toutefois, ce recours n'est pas comptabilisé dans les données de participation au dépistage, ce qui contribue à diminuer les statistiques nationales. Il n'est, par ailleurs, pas intégralement remboursé, contrairement au dépistage organisé. Ce dernier se montre de meilleure qualité que le dépistage individuel et devrait être privilégié.

A - Une coexistence avec un dépistage individuel qui présente des défauts

1 - Une part importante de dépistage individuel en France

En-dehors du dépistage organisé, les femmes peuvent, de leur propre initiative ou sur conseil médical, réaliser une mammographie, notamment en cas de facteur de risque avéré (antécédent personnel ou familial de cancer du sein).

Le nombre de dépistages individuels est difficile à estimer⁵². L'évaluation repose sur l'analyse et l'interprétation de données au sein du système national des données de santé (SNDS)⁵³ puisqu'aucun code d'identification spécifique au dépistage individuel n'a été prévu. L'introduction d'un code d'identification d'acte, par ailleurs demandé par Santé publique France et par l'INCa, est indispensable pour évaluer de façon fiable le dépistage hors programme.

⁵⁰ Fonds d'intervention régional, rapport d'activité 2023.

⁵¹ Si les deux termes sont employés, celui de « dépistage individuel », plus répandu, a été privilégié dans la suite du texte.

⁵² Santé Publique France, « Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein entre 2005 et 2021 en France », *Bulletin épidémiologique hospitalier*, 11 janvier 2023.

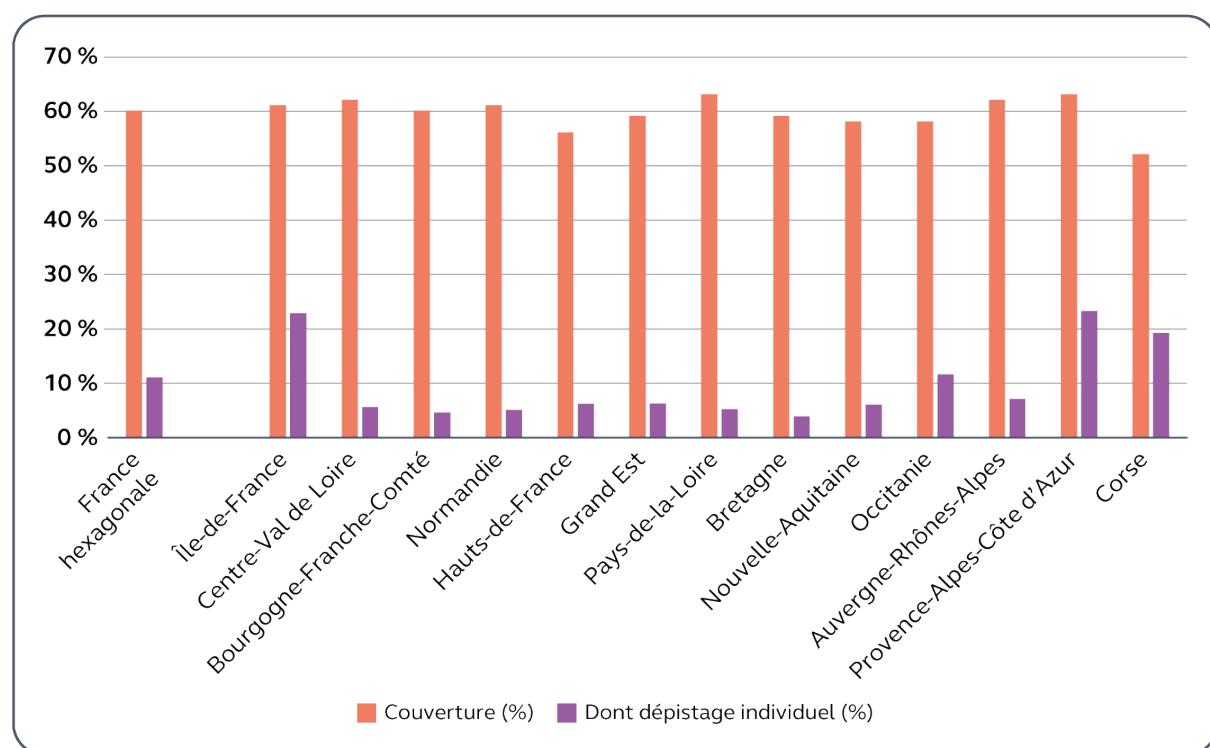
⁵³ Le SNDS regroupe les principales bases de données de santé publiques existantes (données de séjours hospitaliers, PMSI ; données de soins de ville, Sniiram) et les causes médicales de décès en France (Cépi-Dc de l'Inserm), les données relatives au handicap (en provenance des maisons départementales de personnes handicapées, MDPH ; données de la CNSA) ainsi que les données relatives à la Covid-19 extraites des bases Vaccin Covid et SI-DEP (système d'information et dépistage).

Une étude publiée en 2022⁵⁴ a évalué la proportion de femmes procédant au dépistage individuel à 17,5 % entre 40 et 84 ans. Elle était de 35,8 % de 40 à 49 ans (avant l'âge d'éligibilité au dépistage organisé), de 10,6 % entre 50 et 74 ans et de 13 % entre 75 et 84 ans (après la période d'éligibilité au dépistage organisé). Le dépistage organisé permet une baisse de la part du dépistage individuel, probablement par inclusion des femmes dans le programme national, mais ne le supprime pas.

La part des démarches de détection individuelle (16-18 %)⁵⁵ dans le dépistage réalisé en France hexagonale est stable depuis 2016. Elle est plus élevée chez les femmes de 50 à 54 ans, ce qui correspondrait à l'idée que les femmes intègrent peu à peu le dispositif organisé national.

49,8 % des femmes de 50 à 74 ans ayant bénéficié d'un dépistage organisé, la proportion de femmes de cette tranche d'âge ayant eu recours à un dépistage, qu'il soit organisé ou individuel, peut donc être estimé à un peu plus de 60 %, au-dessus de la moyenne européenne.

Graphique n° 1 : estimation de la couverture totale du dépistage du cancer du sein et part du dépistage individuel, en France hexagonale et par région, 2021-2022



Source : Santé publique France

Le dépistage individuel est plus élevé dans certaines régions, comme la Corse, l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, où il s'élève à 37 % du dépistage total.

⁵⁴ Cécile Quintin *et alii*, « Coverage rate of opportunistic and organised breast cancer screening in France: Department-level estimation », *Cancer Epidemiology*, décembre 2022.

⁵⁵ Femmes de 50-74 ans pouvant recourir au dépistage organisé mais choisissant de réaliser un dépistage individuel (« Couverture totale du dépistage du cancer du sein, dans et hors programme organisé, de 2016 à 2022 en France hexagonale », Santé publique France, 2025, BEH).

2 - Un dépistage individuel moins fiable que le dépistage organisé

Le dépistage individuel comporte des limites. Par exemple, une mammographie réalisée lors d'un dépistage individuel ne prévoit pas de seconde lecture, qui peut repérer des anomalies non signalées initialement. Ainsi, une étude évalue à 1 500 le nombre de cancers détectés lors de la seconde lecture pour chaque campagne de dépistage⁵⁶.

Dans le cas d'un dépistage positif ou d'examens incomplets, le suivi médical des femmes dans le cadre du programme de dépistage organisé permet de relancer la personne concernée et son médecin. Le CRCDC vérifie soit qu'elle a effectué l'examen de contrôle préconisé, soit qu'elle est entrée dans une filière de soin. Ce dispositif n'est pas prévu dans le cadre du dépistage individuel.

3 - Des inégalités de traitement inacceptables, qui nécessitent des mesures correctrices

Dans son rapport *Charges et produits* pour 2026, l'assurance maladie relève que sont régulièrement signalés des cas de femmes bénéficiant d'un accès bien plus rapide à une mammographie de dépistage moyennant le paiement d'honoraires en dépassement, ce qui les fait par ailleurs sortir du dispositif de dépistage organisé.

Ces dépassements sont en augmentation régulière sur les dernières années : elles sont passées d'un montant équivalent à 9 % du montant des bases de remboursement par l'assurance maladie en 2014 à 16 % en 2023 et à 19 % en 2024. Le rapport constate en outre une association de plus en plus fréquente de la mammographie avec une échographie mammaire faisant également l'objet de dépassements d'honoraires⁵⁷.

Il n'est pas acceptable que, comme l'assurance maladie a pu le noter, des délais plus courts soient accessibles moyennant un dépassement d'honoraires, et donc en-dehors du cadre du dépistage organisé. La Cour rejoint l'analyse de l'assurance maladie, qui estime que l'interdiction des dépassements d'honoraires pour les actes en lien avec les dépistages organisés, notamment la mammographie et les échographies qui peuvent être associées, permettrait de lever un frein financier important et de garantir la continuité entre le test de dépistage et l'examen diagnostique, dans un cadre tarifaire transparent et solidaire. Une telle mesure mérite d'être envisagée par les pouvoirs publics. Ses modalités d'application, notamment le respect de cette interdiction par les centres d'imagerie, doivent toutefois être précisément définies avant toute mise en œuvre. Il convient notamment de s'assurer que cette mesure ne se traduise pas par la mise à disposition d'un moins grand nombre de plages de dépistage, individuel comme organisé, et ne provoque donc pas une baisse des mammographies de dépistage.

Il est également souhaitable de revoir le système actuel, qui repose sur le volontariat des centres et des radiologues. Ainsi, aujourd'hui, des centres d'imagerie, pourtant dotés d'un mammographe, ne sont pas accessibles dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

⁵⁶ Santé publique France, *Indicateurs de performance du programme de dépistage du cancer du sein de 2008 à 2020*, avril 2024.

⁵⁷ Assurance maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'assurance maladie pour 2026 », *Rapport Charges et produits*, juillet 2025.

Ceux qui y participent peuvent se retrouver fortement sollicités, provoquant des temps d'attente longs avant l'obtention d'un rendez-vous de dépistage.

Un rapport conjoint des inspections générales des affaires sociales et des finances estime à ce titre que l'intégration d'une obligation de participation au dépistage organisé du cancer du sein, dans leur département d'exercice ou une zone limitrophe sous-dotée, par les radiologues intervenant sur des équipements matériels lourds pourrait être envisagée⁵⁸. Afin d'accroître la liste des établissements auxquels les femmes peuvent s'adresser, et de lutter contre les difficultés d'accès au dépistage, la Cour propose d'obliger les centres d'imagerie équipés d'un mammographe, qu'ils soient publics ou privés, à prendre en charge toute patiente venant pour une mammographie et s'inscrivant dans le cadre du dépistage organisé.

B - Le dépistage organisé, un dispositif certes critiquable mais le plus efficace en termes de prévention et de suivi

Trois critiques principales sont souvent adressées au dépistage organisé du cancer du sein : il serait, tout d'abord, source de surdiagnostic, c'est-à-dire qu'il permettrait la détection de cellules cancéreuses qui ne se seraient pas développées si elles n'avaient pas été dépistées. Il induirait de ce fait des soins inutiles. Ensuite, il serait paradoxalement lui-même à l'origine de cas de cancers du sein, en raison de l'irradiation provoquée par les mammographies. Enfin, l'ampleur des moyens déployés au regard des résultats obtenus est mise en question.

Sur tous ces points, les avantages du dépistage organisé du sein en matière de santé publique sont bien documentés.

1 - Un surdiagnostic dû au dépistage organisé difficile à évaluer

Le surdiagnostic correspond à la détection par le dépistage d'un cancer qui n'aurait pas été diagnostiqué pendant la vie de la patiente en l'absence de dépistage⁵⁹. Il concerne des lésions cancéreuses, localisées et d'étendue bien délimitée, dont il est possible que, en l'absence de traitement, elles n'auraient pas progressé vers des formes plus graves. Il entraîne néanmoins un processus de soins, afin d'éliminer les tumeurs concernées.

Le surdiagnostic est inhérent à la procédure de dépistage, du fait de la détection des cancers à un stade plus précoce et du caractère imprévisible de leur évolution. Pour ses détracteurs, les éventuels traitements réalisés chez ces personnes occasionneraient donc un « surtraitement » et, *in fine*, la personne ne tirerait bénéfice ni du diagnostic ni du traitement, tout en étant exposée à leurs effets indésirables.

On ne peut toutefois pas dire qui sera ou a été surdiagnostiquée, car il n'existe pas à ce jour d'outil qui permette de prédire l'évolutivité des formes précoces de cancer du sein. En

⁵⁸ Yann-Gaël Amghar, Pierre-Louis Bras, Cloé Chapelet, Dr Emmanuelle Michaud (IGAS), François Auvigne, Thomas Cargill, Jeanne Mazière, Gauthier Jacquemin, avec la contribution d'Adrien Hairault et Fantine Joannes (IGF), *Pertinence et efficience des dépenses de radiologie*, juillet 2025.

⁵⁹ Stephen Duffy et Eugenio Paci, « Bénéfices et risques du dépistage du cancer du sein par mammographie », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 26 septembre 2012.

l'absence de certitudes sur l'évolution de la tumeur, un principe de précaution s'applique à travers la préconisation, par l'équipe médicale, d'un traitement.

Le risque de surdiagnostic est bien compris et accepté par les femmes concernées. Ainsi l'INCa a soutenu la mise en place d'une concertation citoyenne et scientifique ainsi qu'une étude menée auprès de Françaises⁶⁰. Les résultats indiquaient que, en moyenne, les femmes seraient prêtes à accepter 14,1 cas de surdiagnostics pour éviter un décès lié au cancer du sein. En d'autres termes, une large majorité de femmes françaises préfèrent savoir et sont prêtes à assumer le risque de surdiagnostic.

L'acceptation du dépistage varie toutefois selon les profils des femmes. Par exemple, parmi les cadres ou professions intellectuelles supérieures, 58 % des femmes accepteraient un ratio de dix surdiagnostics pour un décès évité, contre 49 % dans l'ensemble et 33 % pour les femmes déclarant une mauvaise santé.

Les études sur le niveau de surdiagnostic dans le dépistage du cancer du sein permettent en outre de relativiser ce risque. Au Royaume-Uni par exemple, des estimations indiquent que pour 1 000 femmes âgées de 50 ans à 70 ans invitées pour un dépistage du cancer du sein tous les trois ans, treize femmes seraient surdiagnostiquées⁶¹. En Belgique, une approche similaire estime que pour 1 000 femmes âgées de 50 ans à 59 ans bénéficiant d'une mammographie tous les deux ans, trois femmes seraient surdiagnostiquées ; pour la tranche d'âge de 60 ans à 69 ans, les chiffres seraient de quatre surdiagnostics⁶². Une étude de l'INCa estime que le dépistage est associé à un taux de surdiagnostic estimé à 8,2 % des cancers survenant annuellement⁶³.

2 - Un risque de cancer induit à relativiser

Concernant les risques de cancer induit, une femme qui suit les recommandations de dépistage organisé, de 50 à 74 ans, réalisera 13 mammographies. D'après l'INCa, son exposition cumulée aux rayonnements ionisants représenterait alors un quart de celle provoquée par un seul scanner abdominopelvien, qui est un examen courant.

Il n'existe pas de particularité bioclinique permettant d'attribuer un cancer du sein à une exposition aux mammographies. À ce jour, si peu de données épidémiologiques sont disponibles, des modélisations sont disponibles.

Ainsi, d'après le Centre international de recherche sur le cancer, l'estimation du risque cumulé de décès par cancer du sein dû aux rayonnements issus du dépistage par mammographie va de 1 à 10 pour 100 000 femmes, selon l'âge, la fréquence et la durée du dépistage. Dans les modélisations identifiées, le nombre de décès évités était 100 fois supérieur au nombre de décès qui pourraient être liés à l'irradiation. Une étude de 2018 sur les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine estimait à 570 en 2015 le nombre de cas

⁶⁰ Jonathan Sicsic *et alii*, « Préférences des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein », *Santé Publique*. 2020 et Jonathan Sicsic *et alii*, “Women's benefits and harms trade-offs in breast cancer screening: results from a discrete-choice experiment”, *Value Health*, janvier 2018.

⁶¹ Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M., “The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review”, *British Journal of Cancer*. 2013.

⁶² Kohn L, Mambourg F, Robays J, Albertijn M, Janssens S, Hoefnagels K, *et alii*, Report 216 [Breast cancer screening: messages for an informed choice], *Belgian Health Care Knowledge Center*, 2014.

⁶³ INCa, *Évaluation de l'impact du dépistage des cancers du sein*, à paraître.

de cancers du sein en France imputables à l'exposition aux rayonnements ionisants lors d'un examen radiologique, ceux-ci étant calculés sur la totalité de la vie et des examens, donc au-delà des seules mammographies de dépistage⁶⁴. Une étude de l'INCa estime que pour les femmes qui réaliseraient un dépistage bisannuellement entre 50 et 74 ans, l'incidence cumulée de cancers radio-induits est estimée à 22 pour 100 000 femmes dépistées, conduisant à quatre décès supplémentaires pour 100 000 femmes dépistées. Inversement, la même étude estime à 84 000 le nombre de décès qui seront évités grâce au dépistage organisé sur la période 2004-2043. Elle estime ainsi que les dépistages organisé et individuel permettent d'éviter 732 décès pour 100 000 femmes éligibles⁶⁵.

D'après ces résultats, les effets négatifs sont faibles et la balance bénéfices / risques est largement positive.

3 - Le dépistage organisé, un outil de santé publique

Entre 1975 et 2020, 5,94 millions de décès liés aux cancers colorectaux, du sein, du col de l'utérus, du poumon et de la prostate ont pu être évités aux Etats-Unis grâce aux efforts de prévention, de dépistage et de prise en charge⁶⁶. La prévention et le dépistage expliquent 80 % de ces décès évités, mais dans des proportions différentes selon les types de cancer : concernant les décès par cancer du col de l'utérus, 100 % des décès évités l'ont été grâce au dépistage et à l'élimination des lésions précancéreuses, alors que ce cancer a bénéficié de peu de progrès thérapeutiques.

À l'inverse, pour le cancer du sein, le développement de traitements efficaces a permis d'éviter 75 % des décès par cancer du sein, le dépistage n'expliquant que 25 % des décès évités. Cela représente une estimation de 260 000 décès évités entre 1975 et 2020 grâce au dépistage.

Santé publique France a publié une étude détaillée décrivant, en particulier, les femmes participantes et l'ensemble des résultats de la procédure de dépistage⁶⁷. L'agence en conclut, d'une part, que la plupart des indicateurs de performance attestent de la qualité du programme français. Elle estime, d'autre part, que bien que la quantification précise du dépistage hors programme reste difficile, elle sera nécessaire pour mieux appréhender la réalité du dépistage du cancer du sein par mammographie en France.

Pour les femmes âgées de 50 à 74 ans, le dépistage organisé représenterait le mode de détection le plus fréquent (53 %), suivi des symptômes (27 %) et du dépistage individualisé (14 %)⁶⁸.

⁶⁴ Centre international de recherche sur le cancer, « Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine », 2018. Estimation de l'exposition des organes à la dose au cours de la vie, ajustée en fonction des changements dans l'utilisation de ces procédures au fil du temps.

⁶⁵ INCa, *Évaluation de l'impact du dépistage des cancers du sein*, à paraître.

⁶⁶ Goddard Kab, Feuer EJ, Mandelblatt JS, *et alii*, “Estimation of cancer deaths averted from prevention, screening, and treatment efforts, 1975-2020”, *JAMA Oncology*, décembre 2024.

⁶⁷ Cécile Quintin, Agnès Rogel, « Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats et évolution des indicateurs de performance depuis 2004 en France métropolitaine », *Santé publique France*, 2019.

⁶⁸ Giulio Borghi, *et alii*, « Socioeconomic deprivation and invasive breast cancer incidence by stage at diagnosis: a possible explanation to the breast cancer social paradox », *Cancers*, 2024.

La réduction de la mortalité obtenue grâce au dépistage organisé est estimée entre 10 et 30 % selon les études⁶⁹. En France, deux études montrent une baisse de la mortalité comprise entre 17 % et 23 %⁷⁰.

De même, une étude a porté sur l'estimation de la survie nette et du risque de surmortalité après un cancer du sein selon le recours ou non au dépistage organisé ou au dépistage hors programme⁷¹. Un risque de surmortalité plus élevé a été observé pour les femmes non dépistées par rapport aux deux autres groupes. La survie nette était aussi plus élevée chez les participantes au dépistage organisé que chez celles ayant eu recours au dépistage individuel, en particulier chez les plus âgées.⁷².

Enfin, une comparaison avec la situation suisse plaide aussi en faveur du dépistage organisé. Dans ce pays, la politique sanitaire relève des 26 cantons et ceux-ci ont adopté des pratiques différentes : six d'entre eux n'ont pas recours au dépistage organisé. Dans ces cantons, les patientes âgées de 50 à 69 ans ont des tumeurs significativement plus importantes et une incidence plus élevée de métastases que leurs homologues des cantons ayant recours au dépistage organisé⁷³.

En Suède, une étude conclut que les femmes ne participant pas au dépistage du cancer du sein dès la première invitation présenteraient un surrisque : 4,1 % d'entre elles avaient, au moment du diagnostic, un cancer du sein de stade III, alors que ce n'était le cas que de 2,9 % des femmes ayant participé au dépistage organisé dès la première invitation. Les taux de cancer du sein métastatique étaient de respectivement 3,9 % et 1,2 %. D'après la même étude, la mortalité était de 9,9 cas pour 1 000 cas de cancer chez les femmes n'ayant pas répondu à la première invitation, contre 7 pour 1 000 pour celles y ayant répondu⁷⁴.

De nombreux travaux permettent donc de conclure à une plus grande efficacité du dépistage organisé du cancer du sein, en termes de santé publique. Il importe donc de le développer et de le promouvoir.

III - Des inégalités d'accès au dépistage organisé à corriger

L'offre en matière de mammographies de dépistage est disparate sur le territoire national : certaines régions sont bien dotées en appareils et disposent d'un grand nombre de radiologues,

⁶⁹ Béatrice Lauby-Seretan, Chiara Scoccianti, Dana Loomis, Lamia Benbrahim-Tallaa, Véronique Bouvard, Franca Bianchini, Kurt Straif, « *Breast-cancer screening--viewpoint of the IARC working group* », *New England Journal of Medicine*, 2015.

⁷⁰ Giulio Borghi, *et alii*, *op. cit.* et Seigneurin A *et alii*, « *Reduction of breast cancer mortality associated with mammography screening: a modelling study using population-based data from 2 French départements* », *American Journal of Epidemiology*, 2020.

⁷¹ Marie Poiseuil *et alii*, « Apport des registres de cancers dans l'évaluation du dépistage des cancers », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2025.

⁷² Marie Poiseuil *et alii*, « *Survival after breast cancer according to participation in organised or opportunistic screening and deprivation* », *Cancer Epidemiology*, 2023.

⁷³ Andreas Gutzeit, « *Breast cancer in Switzerland: a comparison between organized-screening versus opportunistic-screening cantons* », *ESMO Open*, septembre 2024.

⁷⁴ Ziyuan Ma *et alii*, « *First mammography screening participation and breast cancer incidence and mortality in the subsequent 25 years: population-based cohort study* », *The BMJ*, 24 septembre 2025.

tandis que dans d'autres, les femmes sont confrontées à des délais de plusieurs mois avant de pouvoir réaliser une mammographie, potentiellement loin de leur domicile ou de leur travail. Les personnes défavorisées socialement ou vulnérables se distinguent par ailleurs par un faible recours au dépistage organisé et doivent à ce titre faire l'objet d'une attention spécifique des pouvoirs publics.

Des dispositifs existent visant à se rendre au plus près des femmes pour leur proposer une mammographie et prennent souvent la forme de mammobiles. Ils sont toutefois peu coordonnés et, malgré leur intérêt en matière de santé publique, ont un coût important pour un nombre souvent faible de bénéficiaires.

A - Une disparité de l'offre de dépistage pouvant conduire à un renoncement

1 - Des différences en matière d'offre de radiologie

Dans certains territoires, la faiblesse de la participation peut être liée à la difficulté à obtenir un rendez-vous de mammographie. De nombreuses régions font part de difficultés en termes de démographie médicale, en particulier de radiologues-sénologues, par exemple le Centre-Val de Loire, la Normandie, les Pays de la Loire et la Bretagne, impliquant un allongement des délais de réalisation du dépistage, pouvant conduire à y renoncer⁷⁵.

L'offre de mammographie est privée à 81 % en France et les équipements privés sont d'autant plus présents que les départements sont denses en population⁷⁶.

Il y a en moyenne en France 3,9 radiologues libéraux agréés au dépistage organisé du cancer du sein pour 10 000 femmes de 50 à 74 ans. Mais ce chiffre recouvre des réalités départementales variées, les extrêmes allant de 1,5 en Lozère à 11,3 à Paris.

L'assurance maladie, dans son rapport *Charges et produits* pour 2025, dressait le constat d'une répartition inégale de l'offre en radiologie et de marges de progression notables en matière de dépistage organisé. La réalisation de mammographies dans le cadre du dépistage organisé a été mise en perspective avec la densité de l'offre en radiologie. Il ressort de cette analyse que cette offre est inégale sur le territoire mais aussi que le taux de réalisation de mammographies en dépistage organisé est en dessous de la moyenne nationale dans certains départements pourtant à forte densité en radiologie, comme Paris. L'assurance maladie a engagé fin 2025 une campagne de mobilisation des radiologues ayant un faible taux de participation au dépistage organisé, en commençant dans une région pilote avant d'envisager une éventuelle généralisation à la France entière.

Une mission conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances souligne néanmoins l'absence de données consolidées d'évolution du parc de

⁷⁵ Santé publique France, « Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2024 et évolution depuis 2005 », mai 2025.

⁷⁶ Yann-Gaël Amghar, Pierre-Louis Bras, Cloé Chapelet, Dr Emmanuelle Michaud (IGAS), François Auvigne, Thomas Cargill, Jeanne Mazière, Gauthier Jacquemin, avec la contribution d'Adrien Hairault et Fantine Joannes (IGF), *Pertinence et efficience des dépenses de radiologie*, juillet 2025.

mammographes, ne permettant pas, de ce fait, de rendre plus objectif le ressenti de tensions croissantes en matière d'accès à la mammographie, entraînant des difficultés de recours aux soins⁷⁷.

L'offre en matière de mammographies peut donc se révéler un facteur réduisant l'accès au dépistage organisé, mais n'est pas le seul facteur explicatif.

2 - Une accessibilité inégale à un centre de dépistage

Une enquête de l'INCa réalisée en 2024⁷⁸ n'identifiait pas les difficultés d'accès comme l'un des motifs de renoncement au dépistage organisé. Cependant, dans une étude menée dans 13 départements français et publiée en 2015⁷⁹, les taux élevés de participation étaient observés dans les zones périurbaines ou urbaines et dans les zones les plus favorisées, les plus faibles s'observant en zone rurale ou dans les zones les moins favorisées.

Une étude de 2023 a analysé les effets du temps de trajet jusqu'au centre de radiologie agréé sur la participation au dépistage organisé du cancer du sein, à partir des données de 368 201 femmes âgées de 50 à 72 ans dans 41 départements français⁸⁰.

Les résultats montrent que, dans les territoires périurbains et ruraux, la participation diminue de façon linéaire à mesure que le temps de trajet augmente, avec une réduction moyenne de 10 à 15 points de participation entre les femmes situées à moins de cinq minutes d'un centre et celles à plus de 20 minutes. Dans d'autres territoires, l'effet est non linéaire : la participation augmente légèrement jusqu'à un trajet de cinq à 10 minutes, puis décroît au-delà. En revanche, dans les grandes agglomérations, aucun effet significatif du temps de trajet n'a été observé, probablement en raison de la prévalence élevée du dépistage individuel dans ces zones. Ces données indiquent que le temps de trajet constitue une barrière dans certains territoires, justifiant la mise en place d'actions ciblées.

Selon une estimation de la Cour réalisée dans le cadre de l'enquête, 10 % des femmes de 50 à 74 ans résident à plus de 25 minutes de route d'un site de dépistage organisé⁸¹.

À l'échelle départementale, ces analyses mettent en évidence une forte hétérogénéité territoriale de l'accès au dépistage organisé. La distribution des durées de trajet pour les femmes de 50 à 74 ans vers la commune la plus proche proposant du dépistage organisé révèle des écarts significatifs entre départements. Ainsi, en Lozère, la moitié des femmes de 50 à 74 ans doit parcourir plus de 38 minutes pour accéder à une commune réalisant du dépistage organisé. De même, dans les Alpes-de-Haute-Provence et en Creuse, cette médiane atteint respectivement 37 et 26 minutes, indiquant que dans ces territoires, de nombreuses femmes doivent parcourir de longues distances pour bénéficier du dépistage organisé.

⁷⁷ Ibid.

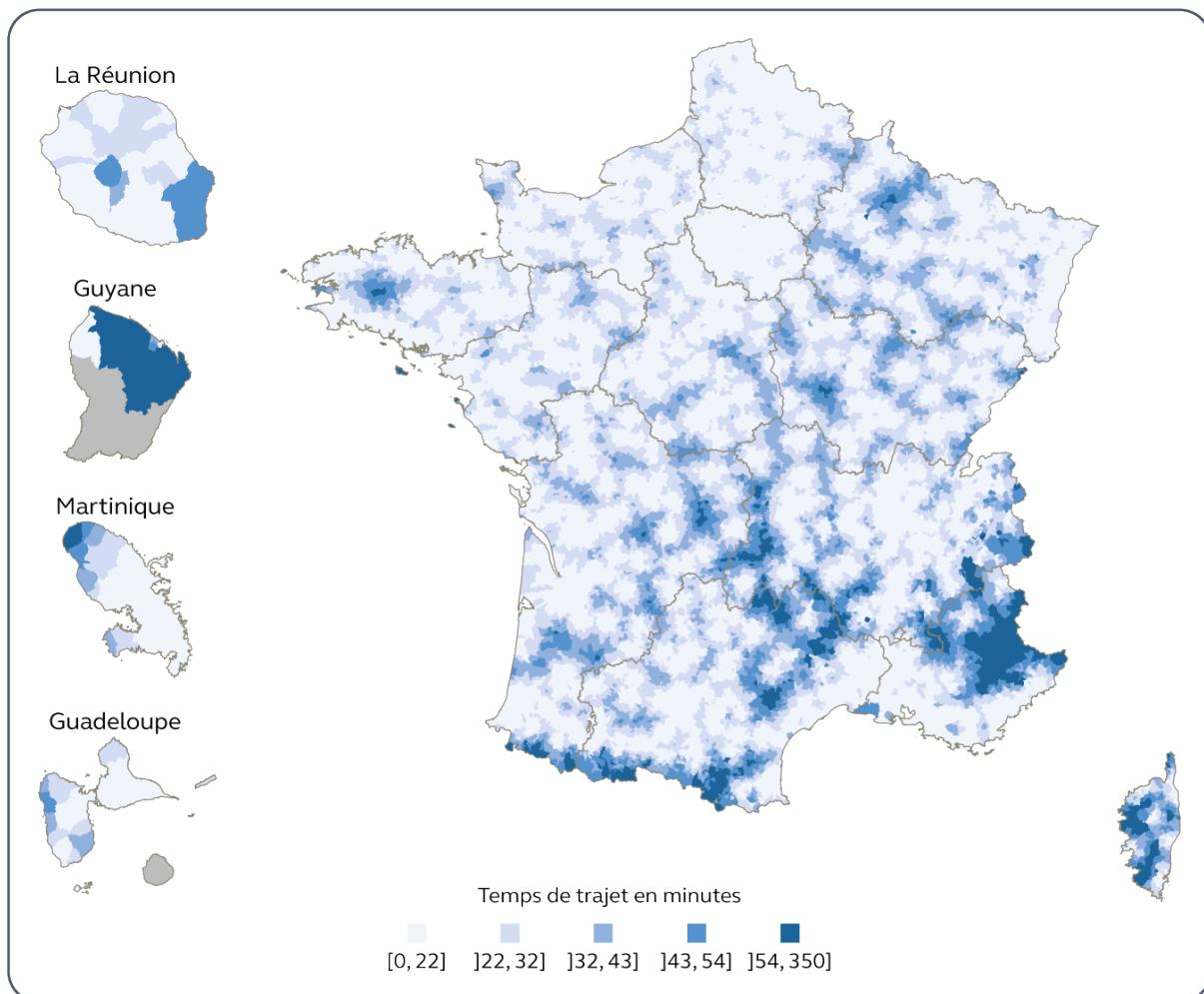
⁷⁸ Enquête réalisée en 2024 par l'INCa sur 500 femmes de 50-74 ans non participantes au dépistage organisé (résultats non publiés, étude en cours).

⁷⁹ Ouédraogo S et alii, « Dépistage du cancer du sein dans treize départements français », *Bulletin du cancer*, 2015.

⁸⁰ Quentin Rollet et alii, « Functional forms of socio-territorial inequities in breast cancer screening – A French cross-sectional study using hierarchical generalised additive models », *Preventive Medicine*, Volume 173, août 2023.

⁸¹ Voir annexe 4 : Accessibilité au dépistage organisé du cancer du sein sur le territoire français.

Carte n° 2 : durée de trajet vers la commune proposant du dépistage organisé la plus proche (2022)



Source : Cour des comptes

Note : la classification des couleurs utilise la méthode "Head-Tail", qui consiste à fixer la moyenne (22 minutes) comme premier seuil, puis à recalculer des moyennes sur les valeurs supérieures de façon itérative. Cette approche met en valeur les durées de trajet les plus élevées.

3 - Des délais d'accès significatifs à la mammographie

Selon l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers, le pilotage national du dépistage organisé du cancer du sein devait s'appuyer sur plusieurs indicateurs, notamment celui mesurant le délai (moyenne, médiane, minimum et maximum) entre la date d'invitation (envoi de la prise en charge) et la date de réalisation de la mammographie. Il a été abrogé et remplacé par l'arrêté du 16 janvier 2024 qui confie aux centres régionaux de coordination des dépistages des cancers la tâche d'analyser et de suivre les délais ou modalités d'accès aux centres d'imagerie, sans en faire un indicateur.

Dans les faits, ce suivi est difficile à réaliser. Il n'existe pas de mesure centralisée de cet indicateur de délai et la partition opérée entre l'invitation par l'assurance maladie et le suivi régional par les CRCDC ne facilite pas le recueil en l'état actuel.

Face à cette difficulté, une base nationale commune à l'assurance maladie et à Santé publique France (chargée de l'évaluation du programme) est en cours de constitution au sein du système national des données de santé (SNDS). Cette base de données permettra une centralisation des informations au niveau national et un appariement de l'ensemble des données du dépistage et de son suivi (de l'invitation à la prise en charge), y compris médicales. Un versement de ces données pourra à terme être envisagé dans le registre national des cancers, porté par l'INCa.

Faute d'information centralisée, des travaux sur certains territoires ou groupes de territoires sont toutefois disponibles. En 2021, le délai moyen entre l'invitation et la mammographie a ainsi été évalué à 150 jours dans 59 départements⁸². C'est une hausse de 27,4 % par rapport à 2010, où il était de 118 jours. Durant cette période, certains départements ont vu leurs délais moyens considérablement augmenter. Par exemple, en Côte-d'Or, il est passé de 78 jours en 2010 à 162 jours en 2021. Il n'était inférieur à 100 jours que dans quatre départements de la liste⁸³. Ces résultats doivent toutefois être nuancés par le fait que l'allongement des délais peut aussi traduire un temps plus important entre le moment où la femme reçoit l'invitation et celui où elle effectue la démarche de prise de rendez-vous.

B - Des comportements divers des femmes corrélés à leurs caractéristiques personnelles et sociales

Les femmes ne se comportent pas de façon identique selon leur âge, leur situation sociale, leur éventuel handicap, leur état de santé ou leurs contraintes personnelles.

Des travaux réalisés sur la participation au dépistage organisé par tranche d'âge montrent une corrélation entre participation et âge : les femmes âgées de 50 à 55 ans, entrant dans le dispositif, participent moins que celles de 55 à 69 ans, puis la participation chute après 70 ans, souvent en raison d'un suivi gynécologique plus faible⁸⁴.

Le recours au dépistage organisé du cancer du sein est également lié à la position sociale et à la position socio-économique. On observe en effet un recours au dépistage plus élevé dans les milieux les plus favorisés socio-économiquement⁸⁵.

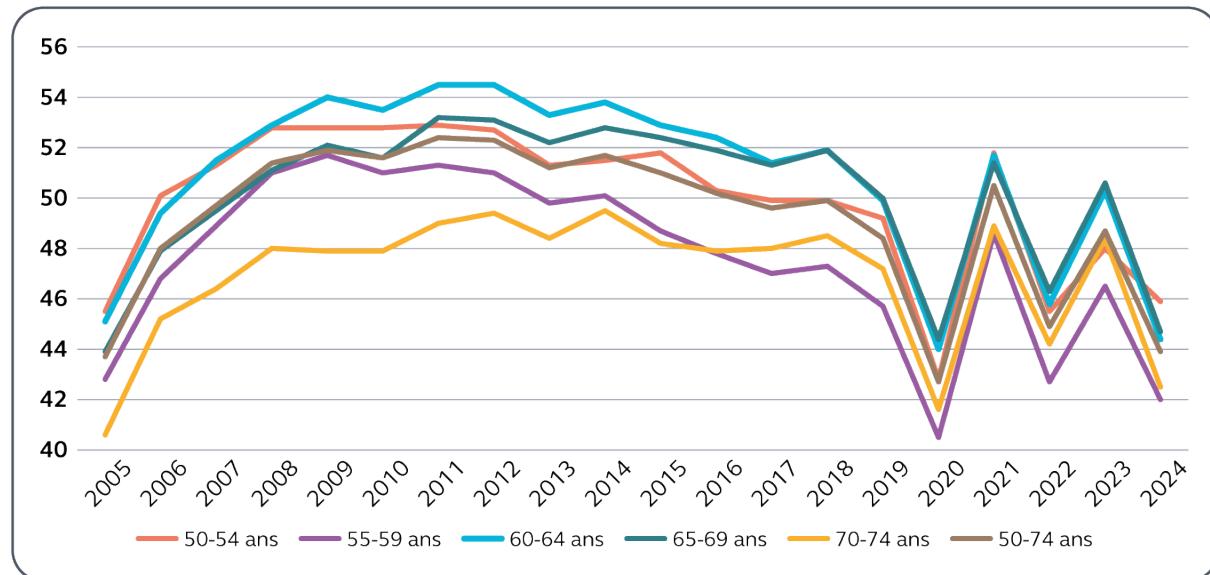
⁸² Claude-Pierre Gautier, Josiane Brousse Potocki et Marie-Christine Quertier, « Facteurs d'influence sur les délais entre deux mammographies de dépistage organisé », présentation aux 42^e journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire, novembre 2022.

⁸³ Aisne, Bouches-du-Rhône, Corse, Somme.

⁸⁴ Santé publique France, « Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2024 et évolution depuis 2005 », mai 2025.

⁸⁵ Quentin Rollet *et alii*, « Socio-territorial inequities in the French national breast cancer screening programme-a cross-sectional multilevel study », *Cancers*, août 2021.

Graphique n° 2 : taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein par tranche d'âge, 2005-2024



Source : Santé publique France

Note : pour une meilleure lisibilité des données, les ordonnées débutent à 40 % de taux de participation.

Des études internationales ont montré que certaines catégories de personnes avaient des taux de participation au dépistage anormalement faibles, notamment les personnes en situation de handicap. Cette faible participation au dépistage organisé se constate pour les cinq grandes catégories de handicaps que sont le handicap moteur, sensoriel (visuel et auditif), psychique (troubles mentaux et maladies psychiques), la déficience intellectuelle et les maladies invalidantes. Par exemple, les femmes handicapées mentales sont peu ciblées par les actions de sensibilisation au cancer du sein. Celles ayant des conditions de mobilité réduite peuvent, quant à elles, éprouver des difficultés à se rendre sur le lieu de rendez-vous et à trouver des centres de radiologie adaptés à leur handicap. Or, les personnes handicapées ayant des limitations fonctionnelles présentent des facteurs de risque majorés de cancer du sein, telles que la sédentarité et l'obésité. De plus, chez les personnes handicapées vieillissantes, la baisse du taux de participation au dépistage est encore plus notable⁸⁶.

L'état de santé des femmes peut également être une cause de moindre recours au dépistage. Pour certaines maladies chroniques, telles que le diabète de type 2, l'attention des patients et des professionnels de santé est souvent tournée vers cette maladie, rendant moins audibles les messages de prévention concernant d'autres pathologies. À titre d'exemple, le taux de participation au dépistage des cancers du sein pour les patientes atteintes d'un diabète de type 2 se situe aux alentours de 30 % dans le Grand Est⁸⁷ contre plus de 48 % en moyenne

⁸⁶ Sylvia Mazellier, Rajeev Ramanah, Catherine Guldenfels, Carole Mathelin, « Obstacles dans le dépistage du cancer du sein chez les personnes ayant un handicap », *Bulletin du cancer*, février 2022.

⁸⁷ Maurine Parrent *et alii*, « Organized breast cancer screening in diabetic women: a prospective study among 100,000 women from the Grand-Est Region (France), from 2020 to 2022 », *European Journal of Breast Health*, mars 2025.

régionale. Ces publics en situation de vulnérabilité doivent ainsi être la cible prioritaire d'actions d'information et de sensibilisation.

D'autres raisons mises en avant pour expliquer l'absence de participation des femmes au dépistage sont : l'oubli de participer (malgré le courrier d'invitation), le manque de temps, le manque d'information, la peur des résultats, la peur de l'examen ou encore les difficultés d'accès. 40,8 % des femmes âgées de 56 ans ayant déjà ou non participé au dépistage organisé disaient craindre un examen douloureux et 41,1 %, avoir peur des résultats⁸⁸. Une thèse de médecine générale, soutenue en 2024, a permis d'interroger des femmes relevant de deux communautés professionnelles territoriales de santé, celle de l'Amandinois et celles du Denaisis, dans le département du Nord, sur leur participation ou non au dépistage organisé du cancer du sein, et les raisons de non-participation⁸⁹. Les femmes ayant déjà réalisé une mammographie l'ont fait majoritairement en raison du programme national de dépistage organisé (respectivement 84 % dans l'Amandinois et 79 % dans le Denaisis), les autres explications étant l'existence d'antécédents familiaux ou la présence de symptômes.

Même si les obstacles au dépistage sont multiples et varient selon les femmes, les solutions qui pourraient être proposées sont bien connues. La première piste consiste à faire davantage appel aux différents acteurs du système de santé tels que les médecins généralistes et les gynécologues, les sages-femmes, les pharmaciens d'officines, les infirmières, les auxiliaires de vie ou les associations de patientes.

C - Face à ces difficultés, une multiplicité d'initiatives pour aller au contact de la population

Le déploiement d'actions dites d'« aller-vers » est devenu une priorité affichée des pouvoirs publics. Ce terme, issu du travail social, désigne le fait de sortir d'une logique d'attente pour aller au-devant des publics ciblés. Il s'agit d'activer l'ensemble des leviers pour combattre à la source les inégalités avant que les difficultés ne soient installées, dans un objectif de repérage et de prévention. Appliquée au dépistage organisé, la notion d'« aller-vers » implique de se rendre auprès des femmes concernées pour faciliter la démarche de dépistage, voire de déplacer les outils de diagnostic, au moyen notamment d'unités mobiles. Elle peut aussi recouvrir des actions plus larges de promotion de la santé⁹⁰.

La stratégie décennale de lutte contre les cancers se fixe, par exemple, l'objectif de développer une approche de ce type afin d'améliorer l'accès aux dépistages. Renforcer les actions d'aller-vers est aussi une priorité de la feuille de route « dépistages organisés des cancers » 2024-2028⁹¹, qui décline de façon opérationnelle la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Elle prévoit l'élaboration par l'INCa d'un répertoire d'actions probantes ou prometteuses, la mise en

⁸⁸ Marie Poiseuil *et alii*, « Participation in breast cancer screening and its influence on other cancer screening invitations: study in women aged 56 years old in four French departments », *European Journal of Cancer Prevention*, 2023.

⁸⁹ Valentin Rama, « Identification des freins et leviers à la participation au dépistage organisé du cancer du sein : étude chez les femmes de 50 à 74 ans en cabinet de médecine générale dans l'Amandinois et le Denaisis », Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine soutenue en juin 2024.

⁹⁰ Cyprien Avenel, « L'« aller-vers » : un enjeu de cohésion sociale », Mission analyse stratégique, synthèses et prospective, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), n° 53, février 2021.

⁹¹ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_depistage_organise_des_cancers_2024_2028.pdf.

place d'appels téléphoniques de l'assurance maladie aux personnes non participantes, ou encore le renforcement de collaborations entre acteurs locaux. Les centres régionaux de coordination des dépistages du cancer ont aussi pour mission de sensibiliser au dépistage du cancer du sein.

L'INCa identifie plusieurs actions d'aller-vers, incluant des dispositifs d'accompagnement (pairs, médiateurs, relais ou intervenants) vus comme un moyen de lever également des barrières d'accès. Sont mis en avant des dispositifs de type équipe mobile, à même d'améliorer le recours.

Peuvent être ajoutés à cet ensemble le déploiement des consultations de prévention (Mon bilan prévention) et la démarche d'appel de sensibilisation des personnes les plus éloignées du système de soins.

Les plateaux d'« aller-vers prévention » de l'assurance maladie

La convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 de l'assurance maladie puis l'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers prévoient la mise en place d'actions d'aller-vers individuelles, notamment grâce à des appels téléphoniques de relance, portés par les plateaux « aller-vers Prévention » de l'assurance maladie, pour les personnes n'ayant pas réalisé leur dépistage après plusieurs relances et éloignées du système de soins.

Fonctionnels depuis janvier 2024, les sept plateaux pilotés par l'assurance maladie mobilisent 120 équivalents temps plein prioritairement engagés dans la stratégie nationale d'invitation aux trois dépistages organisés et notamment la réalisation d'appels sortants sous forme d'entretiens destinés à susciter la démarche de dépistage et d'accompagnement des assurés à la prise de rendez-vous chez un radiologue effectuant des dépistages. Les assurés contactés par les plateaux sont prioritairement des assurés sans consommation de soins récente et primo accédants au dépistage organisé.

En 2024, 31 476 femmes ont bénéficié d'un accompagnement à la prise de rendez-vous auprès d'un radiologue agréé.

Parmi les actions d'aller-vers qu'il est possible de déployer, les mammobiles, ou mammobus, sont un outil souvent mis en avant.

Leur fonctionnement est régi par les dispositions de l'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers, qui a autorisé des actions spécifiques ou des stratégies complémentaires en direction de populations vulnérables ou éloignées du système de santé et mentionne les unités mobiles. Il dispose que leur justification repose notamment sur l'éloignement de certaines parties d'un département de tout cabinet de radiologie et souligne que, en l'absence de radiologue au sein de l'unité mobile, le dispositif doit rester exceptionnel, en particulier en raison de l'impossibilité de réaliser des examens de diagnostic immédiat en cas de mammographie positive.

Deux d'entre eux, dans l'Hérault et l'Orne, existent depuis longtemps : celui de l'Orne a par exemple été mis en service en 1992. En 2024, il a été en fonction durant 153 jours. Le mammobile de l'Hérault, opérationnel depuis 1990, est une structure privée fonctionnant comme un centre de radiologie, mais sans radiologue présent. Il réalise jusqu'à 13 000 mammographies par an, dans le cadre du dépistage organisé.

Toutefois, les mammobiles ne permettent pas une prise en charge optimale des patientes⁹². De ce fait, il n'est pas possible de réaliser des examens complémentaires ou une échographie. La patiente repart sans résultat et, si une anomalie est détectée lors de la lecture des clichés qui se fait à distance de l'examen, elle est prévenue, ainsi que son médecin traitant si elle en a un, par courrier, et invitée à réaliser des examens complémentaires, sans accompagnement ni suivi. Outre que certaines patientes peuvent choisir de ne pas réaliser ces examens supplémentaires, cette procédure peut se révéler une source potentielle de stress chez la patiente.

De plus, le mammobile est un dispositif onéreux, l'achat du camion équipé s'élevant à 700 000 € environ, auquel il faut ajouter les coûts de maintenance et d'assurance du camion, l'essence, la formation des conducteurs avec d'éventuelles heures supplémentaires.

Du fait de ces coûts, le mammobile qui circulait dans l'Aveyron a cessé de le faire en 2012. Le taux de participation au dépistage organisé, qui était bas dans ce département (participation de 44,9 % en 2011 contre 52,3 % alors en moyenne nationale), a toutefois fortement chuté après l'arrêt du dispositif (39,7 % en 2013, soit une baisse de 5,2 points par rapport à 2011, contre une diminution de seulement 1,1 point au niveau national). Sans doute cette chute ne s'explique-t-elle pas par le seul arrêt du mammobile mais celui-ci permettait d'assurer plus du tiers des dépistages organisés de l'Aveyron⁹³.

En tout état de cause, il est nécessaire de mieux évaluer l'efficacité et l'efficience d'un mammobile ainsi que de déterminer les conditions optimales de sa mise en œuvre. Il est aussi essentiel de mieux associer les radiologues aux unités mobiles, pour renforcer leur adhésion au dispositif. Pour garantir une approche homogène et efficace, l'élaboration d'un cahier des charges national plus précis, fondé sur les évaluations existantes, serait pertinente. Ce cadrage pourrait notamment intégrer des exigences claires en matière de présence médicale, de parcours de suivi des femmes dépistées et de financement, afin d'assurer la qualité et l'homogénéité du programme sur l'ensemble du territoire.

En Normandie, un mammobile interdépartemental souvent couplé à des objectifs plus larges de santé publique

Quatre conseils départementaux normands (ceux de la région normande, hormis l'Orne) ont acquis un mammobile, avec l'objectif d'étudier si une unité mobile pouvait accroître la participation au dépistage organisé. À la différence du dispositif ornais, cette expérimentation se fait avec la présence sur place d'un radiologue, grâce à un accord avec les centres d'imagerie situés à proximité du territoire où le mammobile se déplace. Le camion comprend aussi un appareil d'échographie.

L'expérimentation est couplée avec un autre projet, destiné à proposer sur une même journée les trois dépistages organisés dans un cadre coordonné. Sept journées ont ainsi été réalisées en 2024, avec un objectif de 35 journées en 2025.

⁹² Fédération nationale des médecins radiologues, « 20 ans après... le dépistage du cancer du sein », septembre 2024.

⁹³ Alexandre Vallée, « Le « Mammobile » : une méthode pertinente en France ? », *Santé publique*, 2016/5https://doi.org/10.3917/spub.165.0599.

Au total, en 2024, 2 122 invitations (par courrier, SMS ou courriel) ont été envoyées et 176 mammographies ont été réalisées, soit un taux de participation de 8,3 %. 48 % des bénéficiaires réalisaient leur mammographie pour la première fois, avec une moyenne d'âge de 59 ans, soit après quatre à cinq campagnes sans participation.

Le coût du dispositif s'élevait en 2024 à 120 449 €, dont près de 40 000 € de salaires, pour des recettes de seulement 10 229,14 € (provenant principalement du remboursement des mammographies), soit un déficit de 110 219,55 €, contre 102 380,50 € en 2023.

Ce projet est en outre soumis à la difficulté de trouver des radiologues et manipulateurs de radiologie sur place. Ainsi, en 2024, une partie de la tournée prévue a dû être annulée, faute de personnel disponible.

Une évaluation réalisée par l'INSERM et non encore publiée évalue à 300 € supplémentaires le dépistage de chaque femme en plus par mammobile, par rapport à la stratégie actuelle. Elle constate une hausse significative de la participation dans les territoires éloignés des cabinets de radiologie et une réduction des inégalités sociales et territoriales. Elle estime que le coût de l'ajout d'un mammobile au dispositif de dépistage du cancer du sein est acceptable économiquement⁹⁴.

De tels dispositifs se développent ou sont en cours de réflexion dans d'autres territoires métropolitains. Par exemple, une solution mobile de dépistage est à l'étude pour la réalisation de mammographies au cœur des quartiers de la Seine-Saint-Denis, visant à toucher un public de femmes éligibles éloignées des soins et qui ne se rendent pas dans les structures classiques de radiologie. Dans le département du Nord, un « camion Nord Santé » doit se déployer, durant un mois, dans six communes. Il proposera en parallèle des consultations médicales avec un médecin généraliste ou de prévention ou avec un infirmier en pratique avancée.

Dans les Alpes-Maritimes, un « bus rose » pour conduire les femmes vers un centre d'imagerie

Dans les Alpes-Maritimes, si le principe du bus a aussi été retenu, sa logique a été inversée : il conduit les femmes vers le centre hospitalier de Menton où la mammographie peut être réalisée.

En amont de la première édition de ce « bus rose », une enquête de terrain a été menée en 2022 par la communauté professionnelle territoriale de santé de la Riviera française. Un questionnaire anonymisé a mis en évidence, comme principal frein à la réalisation d'une mammographie, la difficulté d'accès aux lieux de dépistage (manque de connaissance des lieux de soins, éloignement géographique, ou encore contraintes liées à la mobilité). En réponse, le bus rose vise à proposer à de petits groupes de femmes éligibles et volontaires de bénéficier d'un rendez-vous de mammographie. Il s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas réalisé de dépistage durant les deux années précédentes.

⁹⁴ Adopter la stratégie avec mammobile coûterait en moyenne 300 € supplémentaires pour chaque femme en plus dépistée par rapport à la stratégie actuelle. Le seuil d'efficience retenu par la HAS dans ses évaluations macro-économiques est compris entre 30 000 et 50 000 € par année de vie gagnée. La littérature considère que le gain moyen global en espérance de vie est d'environ 0,01 à 0,03 année par femme dépistée. Il faudrait donc 33 à 100 femmes supplémentaires dépistées pour gagner une année de vie. Le coût correspondant serait donc de 9 900 € (33*300) à 30 000 € (100*300). Dans les limites des hypothèses des modélisations utilisées dans ce raisonnement, le coût de l'ajout d'un mammobile au dispositif de dépistage du cancer du sein est ainsi inférieur au seuil correspondant à l'efficience en France.

Cette expérimentation vise à permettre aux femmes vivant dans des régions relativement éloignées des centres experts, de bénéficier du dépistage organisé du cancer du sein, en leur proposant et en organisant les rendez-vous de mammographies et leur suivi. Ces femmes bénéficient également d'une expertise médicale et chirurgicale en cas de pathologie mammaire, grâce à une convention et à un partenariat avec le Centre de lutte contre le cancer Antoine Lacassagne de Nice. Ce bus a permis de réaliser 29 mammographies de dépistage. Deux anomalies ont été détectées, dont un cancer du sein.

Les coûts sont réduits grâce à la mise à disposition gratuite d'une navette par les opérateurs de transport locaux et par le fait que les mammographies s'effectuent sur le temps de travail des agents de l'hôpital de Menton.

IV - Des évolutions en cours, à évaluer avant tout déploiement

L'avancée des connaissances scientifiques et les transformations des outils, numériques notamment, sont telles que plusieurs mutations sont envisageables dans les années à venir pour le dépistage organisé du cancer du sein. Certaines font d'ores et déjà l'objet d'un suivi par le ministère chargé de la santé et l'INCa.

Trois champs principaux sont ainsi susceptibles d'évoluer, portant sur l'âge de la population éligible au dépistage organisé, sur une différenciation de la surveillance en fonction du risque et, enfin, sur l'utilisation de l'intelligence artificielle dans le dépistage.

A - Une évolution envisageable de la tranche d'âge éligible au dépistage organisé

Le dépistage organisé du cancer du sein repose aujourd'hui sur un critère d'âge, puisqu'il est réservé aux femmes âgées de 50 à 74 ans.

1 - Une étude en cours pour ouvrir le dépistage organisé aux femmes de 45 à 49 ans

Les positions scientifiques sur le meilleur âge pour réaliser le dépistage ont évolué avec le temps.

Ainsi, entre 1996 et 2024, les recommandations de l'*United States Preventive Services Task Force* (USPSTF)⁹⁵ sur l'âge auquel les femmes devraient commencer le dépistage du cancer du sein par mammographie ont varié : en 1996, l'USPSTF préconisait la mise en place d'un dépistage organisé pour les femmes à partir de 50 ans ; en 2002, pour les femmes à partir de 40 ans ; en 2009, à partir de 50 ans ; et en 2024, elle recommandait à nouveau un dépistage pour toutes les femmes à partir de 40 ans, après avoir estimé que le dépistage des femmes âgées de 40 à 49 ans permettrait d'éviter 1,3 décès par cancer du sein pour 1 000 femmes dépistées tous les deux ans.

Actuellement, sur 23 pays en Europe, quatre (Albanie, Islande, Suède et Turquie) proposent un dépistage organisé à partir de 40 ans et quatre autres (Autriche, Chypre, Hongrie,

⁹⁵ L'*United States Preventive Services Task Force* (USPSTF) est un groupe indépendant d'experts en soins primaires et en prévention qui examine systématiquement les preuves d'efficacité et élaborer des recommandations pour les services de prévention clinique.

Portugal) à partir de 45 ans. Sur la base d'une revue de la littérature, l'Union européenne a proposé de recommander le dépistage dès 45 ans.

En France, environ 40 % des femmes âgées de 45 à 49 ans réalisent d'ores et déjà un dépistage individuel⁹⁶.

La dernière évaluation faite en France portant sur la pertinence d'une extension du dépistage organisé du cancer du sein aux femmes de 45 à 49 ans date de 2004. Les données étaient alors insuffisantes pour mesurer les risques et les coûts dans cette tranche d'âge.

À la suite d'une évaluation par la HAS en 2023, des évolutions dans les modalités de dépistage du cancer du sein sont attendues dans les prochaines années, incluant le développement de la tomosynthèse, déjà utilisée par de nombreux cabinets. Elles permettraient une plus grande performance technique et clinique.

Dans ce contexte, la direction générale de la santé a procédé à une nouvelle saisine de la HAS pour qu'elle examine l'opportunité d'abaisser l'âge du dépistage organisé. La saisine porte sur l'extension du dépistage organisé du cancer du sein aux femmes de 45-49 ans sans facteur de risque autre que l'âge. La HAS pourra questionner la pertinence d'une extension du dépistage organisé du cancer du sein à partir de 40 ans.

Le calendrier prévisionnel de ces travaux est d'environ 18 mois (six mois de cadrage du sujet et douze d'instruction), soit une évaluation prévue pour fin 2026.

2 - L'importance d'une surveillance renforcée pour les femmes de plus de 74 ans

Le dépistage organisé s'arrête après 74 ans, alors que les cancers du sein à ces âges restent fréquents en France : un cancer du sein sur cinq et 40 % des décès par cancer du sein surviennent après 74 ans. L'incidence et la mortalité par cancer du sein augmentent chez la femme âgée. Sur un plan épidémiologique, il importe de considérer le vieillissement de la population française : 20 % des femmes auront plus de 70 ans en 2030.

Du fait de l'absence de dépistage, les cancers du sein des personnes de plus de 74 ans sont souvent découverts à un stade avancé, conduisant à des traitements chirurgicaux plus lourds, avec des traitements incomplets (chimiothérapie, radiothérapie) liés aux comorbidités des patientes. Au total, on observe, dans cette tranche d'âge, 76 % de taux de survie à cinq ans, avec une surmortalité partiellement évitable. Au contraire, si un diagnostic de cancer du sein est réalisé précocement chez une femme âgée, on observe une réduction de la mortalité et une baisse considérable des coûts de la prise en charge (diminution de la lourdeur des chirurgies, des pertes d'autonomie, des récidives, des traitements, des aides à domicile, des transports, ...) ⁹⁷.

Dans ce contexte, la saisine de la HAS sur l'évolution des tranches d'âges concernées par le dépistage organisé a été modifiée pour inclure dans la réflexion les femmes âgées de 75 à 80 ans.

Quelles que soient les préconisations auxquelles ces travaux aboutiront, il est essentiel que les médecins maintiennent une information et une sensibilisation au dépistage pour les

⁹⁶ Cécile Quintin, *et alii*, « Coverage rate of opportunistic and organised breast cancer screening in France: Department level estimation », *Cancer Epidemiology*, décembre 2022.

⁹⁷ Louise Scheer *et alii*, « Current challenges and perspectives in breast cancer in elderly women: the Senologic International Society (SIS) Survey », *European Journal of Breast Health*, 2023.

femmes de plus de 74 ans afin d'aider chaque femme à prendre une décision selon ses préférences, ses comorbidités et son espérance de vie.

L'interrogation sur une évolution des tranches d'âge est partagée par de nombreux pays. Par exemple, au Royaume-Uni, l'étude AgeX⁹⁸, coordonnée par l'Université d'Oxford et financée par le ministère de la Santé et *Cancer Research UK*, explore l'élargissement de la tranche d'âge éligible aux femmes de 47 à 49 ans et de 71 à 73 ans, dans le but d'optimiser les bénéfices populationnels. Entre 2009 et 2020, plus de deux millions de femmes ont réalisé un examen de dépistage supplémentaire dans le cadre d'AgeX. Les conclusions de cette étude seront rendues en deux temps, courant 2027 et en 2032.

B - Des études en cours pour différencier le dépistage en fonction du risque

Le dépistage organisé du cancer du sein concerne toutes les femmes de 50 à 74 ans qui ne présentent ni symptôme apparent ni facteur de risque particulier autre que leur âge.

Or, des réflexions sont en cours pour adopter une approche plus personnalisée. Celle-ci impliquerait de davantage prendre en compte les facteurs de risque, c'est-à-dire des éléments qui peuvent favoriser le développement d'un cancer.

À ce stade, seules les femmes avec un risque génétique élevé font l'objet d'un repérage, par l'analyse des antécédents familiaux, et d'une prise en charge spécifique, à l'issue d'une consultation d'oncogénétique.

La HAS retient certaines situations comme nécessitant un dépistage spécifique. Pour celles-ci, elle a recommandé des stratégies qui définissent l'âge de début de dépistage, les examens à mettre en œuvre, leur fréquence et la durée du suivi spécifique.

Des recherches sont en cours pour voir s'il est possible d'aller plus loin. Par exemple, l'étude internationale MyPeBS⁹⁹, à laquelle participent certains centres français et qui est coordonnée par la France, combine différents éléments dans l'appréciation du niveau de risque et dans l'ajustement de la conduite à tenir de suivi ou de dépistage (allègement ou renforcement).

Exemples de programmes relatifs à la prévention personnalisée déployés en France

L'étude MyPeBS est une vaste étude financée par l'Union européenne qui a pour but de comparer le programme de dépistage organisé dans sa forme actuelle avec une stratégie qui serait plus personnalisée et basée sur le risque individuel. Elle a été lancée en 2019. 53 143 volontaires ont rejoint l'étude en Belgique, Espagne, France, Israël, Italie et Royaume-Uni. Elle a inclus des femmes âgées de 40 à 70 ans qui n'avaient jamais eu de cancer et n'étaient pas porteuses de mutations génétiques BRCA prédisposant au cancer du sein. L'étude est désormais close et les résultats sont attendus pour 2027.

⁹⁸ Etude AgeX, Université d'Oxford, *Department of Health and Social Care*.

⁹⁹ Site internet de l'étude « MyPeBS », page « Dépistage du cancer du sein ».

Le programme Interception, de son côté, est à destination des personnes à haut risque de cancer, notamment de cancer du sein. Il se décline à travers une identification des personnes cibles *via* un repérage en ville, appuyé par un algorithme alimenté par les informations renseignées par les médecins généralistes. Il inclut un programme structuré d'information, de sensibilisation, ainsi qu'un programme de prévention personnalisée incitant aux changements comportementaux comprenant un renfort de coaching en activité physique et en nutrition. L'objectif central est d'éviter l'apparition de cas graves de cancer.

La personnalisation du dépistage permettrait d'adapter précisément la stratégie de surveillance au niveau de risque individuel de chaque femme. Pour celles à faible risque, l'espacement des mammographies tout en maintenant une protection suffisante (par exemple tous les trois ou quatre ans) serait préconisée. Pour les femmes présentant un risque élevé, un intervalle de deux ans entre deux mammographies peut se révéler trop long, avec le risque qu'un cancer agressif, à croissance rapide, ne soit pas détecté à temps¹⁰⁰.

Une telle personnalisation nécessite toutefois l'utilisation d'outils d'évaluation précise du risque. Certains existent déjà, comme le score de Tyrer-Cuzick¹⁰¹ et le score dit BCSC¹⁰². D'autres sont en cours de développement, comme les biomarqueurs, mais nécessitent des études de validation à grande échelle avant de pouvoir être utilisés.

Leur généralisation impliquerait aussi un changement considérable des pratiques et des stratégies de dépistage et de sensibilisation. Il supposerait une formation de l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux concernés. Des outils de suivi devraient aussi être créés et alimentés régulièrement, suivant des modalités restant à définir par la HAS ou par l'INCa.

Par ailleurs, les tests génétiques utilisés actuellement ont un coût important. Une généralisation du dépistage personnalisé permettrait peut-être de réduire le coût moyen mais se traduirait par une hausse globale des dépenses relative au dépistage organisé, d'autant qu'il faudrait prendre en compte un recours accru à des examens d'imagerie pour les femmes à haut risque et le support informatique nécessaire, ainsi que son indispensable sécurisation. Ces coûts supplémentaires seraient en tout ou partie compensés par une baisse des cancers de stade avancé, qui sont les plus onéreux en termes de prise en charge.

Lorsque les résultats de l'étude MyPeBS seront disponibles, un travail notamment médico-économique sur les modalités éventuelles d'une personnalisation du dépistage organisé du cancer du sein est donc souhaitable.

¹⁰⁰ Corinne Balleyguier, Julia Arfi-Rouche, Lucie Véron, Suzette Delaloge, « Faut-il personnaliser le dépistage du cancer du sein ? Comment ? », *La lettre du gynécologue*, juin 2025.

¹⁰¹ Ce score intègre des informations détaillées sur les antécédents familiaux, y compris les cancers de l'ovaire, et prend en compte l'âge au diagnostic des apparentées. Ce modèle inclut également les facteurs hormonaux et reproductifs, ainsi que l'indice de masse corporelle.

¹⁰² *Breast Cancer Surveillance Consortium*. Il estime le risque de développer un cancer du sein invasif sur cinq ans en fonction de facteurs tels que l'âge, les antécédents familiaux, la densité mammaire et les résultats des éventuelles biopsies mammaires bénignes antérieures.

C - Un recours accru au numérique et à l'intelligence artificielle qui doit respecter le principe de surveillance humaine

1 - Le déploiement de la dématérialisation, source espérée de simplification

Si elle est efficace en termes de santé publique, la double lecture des mammographies est confrontée à des lourdeurs logistiques qu'une dématérialisation permettrait sans doute de diminuer, voire de résoudre, tout en aboutissant à une diminution du coût global.

La seconde lecture, un processus lourd que la dématérialisation doit simplifier : l'exemple de l'Île-de-France

En Île-de-France, 69 radiologues seconds lecteurs assurent actuellement la relecture des mammographies sur les six sites du centre régional de coordination des dépistages des cancers, par séances de 85 dossiers.

Jusqu'à l'été 2025, la seconde lecture se faisait en totalité sur des films. Les dossiers sont acheminés vers les sites territoriaux de seconde lecture par des coursiers et, hormis les départements de Paris et des Yvelines qui retournent les dossiers directement aux femmes par voie postale, les autres départements retournent les dossiers aux centres d'imagerie par la même voie, pour que les femmes puissent ensuite les récupérer sur le site de réalisation.

Les dossiers sont réceptionnés par les secrétaires des sites. Celles-ci vérifient leur complétude, les clichés sont affichés sur un appareil, le négatoscope, par groupe de 85 dossiers permettant d'afficher l'ensemble des clichés. Une fois la lecture effectuée, les secrétaires procèdent à la saisie des dossiers. Un courrier, et dorénavant un sms, d'information de la mise à disposition de leur dossier au centre, est adressé aux femmes dans les départements dans lesquels l'envoi de la deuxième lecture ne se fait pas à leur domicile.

La reprise de la seconde lecture dématérialisée a été déployée à partir du 17 juillet 2025 avec le lancement de deux sites pilotes, à Paris et dans les Yvelines. Le projet est entré en phase active de déploiement en septembre pour une cible de 45 % de l'activité régionale (environ 150 000 mammographies).

D'après le CRCDC Île-de-France, plusieurs impacts positifs sont attendus : en premier lieu, des économies importantes, concernant les secrétariats et les dépenses de coursiers qui acheminent les dossiers de dépistages entre les centres d'imagerie et le CRCDC.

En second lieu, une amélioration de la qualité des données est aussi espérée, celles-ci devant être intégralement renseignées, avec blocage du dossier à défaut, alors qu'elles ne l'étaient pas systématiquement auparavant. Le délai de traitement va aussi être accéléré grâce à la suppression des temps d'attente du passage hebdomadaire des coursiers. Une amélioration du recrutement des seconds lecteurs est aussi possible, les jeunes radiologues n'étant pas formés à lire sur film, ce que le CRCDC a identifié comme une source possible de limitation de leur participation.

En mars 2022, l'INCa a publié un rapport relatif à la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique¹⁰³. Celui-ci s'appuyait sur les résultats des expérimentations réalisées en France entre 2016 et 2020. Ce bilan, fondé sur l'organisation actuelle de la seconde lecture en centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, avait mis

¹⁰³ Institut national du cancer, *Dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique : bilan des expérimentations et perspectives*, mars 2022

en évidence des avantages comme la mise à disposition rapide des résultats aux femmes mais amenait également à s'interroger sur la soutenabilité et la généralisation de la dématérialisation.

L’Institut préconisait un déploiement localisé de solutions de dématérialisation pour la seconde lecture de mammographie. Pendant cette phase transitoire, les centres régionaux pouvaient déposer des demandes de dérogation au cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein afin de présenter des expérimentations de déploiement de la dématérialisation. Sur cette base, plusieurs régions ont ainsi obtenu une dérogation de la part de la direction générale de la santé en 2023.

En outre, la délégation au numérique en santé a travaillé sur un projet intitulé « Data radiologie imagerie médicale & Médecine nucléaire » (DRIM-M), qui a pour objectif la création d'un maillage national de partage d'images entre professionnels de santé avec un accès patient au travers de « Mon espace santé ». Les premiers déploiements de cette solution vont intervenir à partir de février 2026 en vue d'une généralisation possible d'ici 2026 ou 2027. Ce projet doit contribuer à terme à apporter une solution nationale de dématérialisation pour les acteurs chargés de la seconde lecture.

Dans ce cadre, la direction générale de la santé a sollicité l’INCa, en lien avec la direction du numérique en santé, pour étudier la convergence vers une solution nationale de dématérialisation de la seconde lecture à échéance de deux ou trois ans. L’INCa a confirmé que le dispositif DRIM-M était utilisable pour la dématérialisation de la seconde lecture. L’un des *scenarii* d’évolution pourrait laisser envisager une seconde lecture organisée par les CRCDC et dématérialisée en centres d’imagerie médicale

Cette dématérialisation constituerait une simplification technique et logistique qui permettrait probablement de diminuer le coût de la double lecture.

2 - Une double lecture humaine confrontée à l’essor de l’intelligence artificielle

La dématérialisation, une fois en place, renforcera les possibilités de recourir à l’intelligence artificielle dans la double lecture des mammographies. Il est en effet envisageable d’utiliser la capacité de cette intelligence artificielle à trier les dossiers jugés normaux au terme d’une première lecture, humaine. À ce stade, et au vu des études existantes, la place de l’intelligence artificielle dans le dépistage organisé du cancer du sein n’est pas encore définie, mais celle-ci peut se révéler utile dans le tri des dossiers, afin de ne transmettre au second lecteur que ceux laissant place au doute, ce qui représenterait un gain de temps et d’efficacité. La réduction de la charge de travail a été estimée à 44 % dans une étude suédoise¹⁰⁴. Selon le Centre régional de coordination des dépistages des cancers d’Île-de-France, jusqu’à deux-tiers des mammographies pourraient ainsi être écartées de la seconde lecture.

Les travaux ne sont toutefois pas terminés. Une telle perspective suppose non seulement que toutes les mammographies soient dématérialisées, mais aussi que des études prospectives soient effectuées dans les conditions du dépistage français et que soit mis en place un contrôle

¹⁰⁴ Veronica Hernström *et alii*, « Screening performance and characteristics of breast cancer detected in the mammography screening with artificial intelligence trial (MASAI): a randomised, controlled, parallel-group, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study », *The Lancet Digital Health*, Volume 7, mars 2025.

qualité des logiciels. La HAS mène actuellement des travaux relatifs à la structuration d'une démarche d'évaluation des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel. Le contrôle qualité proposé par la Cour pourrait s'inscrire dans la prolongation de ces démarches, qui devraient aboutir au premier semestre 2026.

Ce contrôle qualité pourrait aussi prévoir la mise en place d'un collège de garantie humaine, associant concepteurs, professions de santé et associations représentant les usagères, afin de valider la bonne application du principe communautaire¹⁰⁵ de garantie humaine, c'est-à-dire une évaluation par les patientes et les cliniciens lors de l'élaboration et de la mise en place des technologies d'intelligence artificielle. La garantie humaine repose sur la mise en œuvre, en amont et en aval de l'algorithme, de principes réglementaires prévoyant des points de supervision par l'homme. Il doit exister des mécanismes adaptés de mise en cause et de réparation pour les personnes et les groupes lésés par des décisions fondées sur des algorithmes¹⁰⁶: si un problème surgit, quelqu'un doit en répondre.

Cette évolution pourrait s'appuyer sur la recommandation en cours d'élaboration par la HAS ainsi que sur les travaux du conseil national professionnel de la radiologie, qui a déjà mis en place une structure, DRIM France IA, chargée d'accompagner le développement de l'intelligence artificielle en radiologie en aidant les radiologues à choisir des solutions pertinentes et validées et à les installer dans le respect des réglementations existantes.

Enfin, l'intelligence artificielle est appelée à jouer un rôle croissant en matière de recherche. Elle peut en effet faciliter l'identification des profils génomiques ou moléculaires spécifiques à chaque tumeur. Cela permet d'adapter les thérapies (chimiothérapie, immunothérapie, thérapies ciblées) en fonction des caractéristiques individuelles de la patiente, améliorant l'efficacité et réduisant les effets secondaires. Des modèles prédictifs, entraînés sur des bases de données cliniques et biologiques, aident à anticiper la récidive, la résistance aux traitements ou la survie des patientes¹⁰⁷. D'autres peuvent aider les oncologues à déterminer quelles patientes à haut risque peuvent bénéficier de thérapies ciblées et quelles patientes à faible risque peuvent potentiellement éviter la chimiothérapie.

¹⁰⁵ Le règlement européen sur l'intelligence artificielle du 13 juin 2024 a pour objectif d'établir des règles harmonisées sur l'intelligence artificielle au sein de l'Union. L'approche privilégiée a été de fonder les exigences sur le niveau de risque engendré par les systèmes d'IA pour la santé, la sécurité ou les droits fondamentaux. Son article 14 prévoit que la conception et le développement des systèmes d'IA à haut risque permettent, notamment au moyen d'interfaces homme-machine appropriées, un contrôle effectif par des personnes physiques pendant leur période d'utilisation.

¹⁰⁶ OMS, *Éthique et gouvernance de l'intelligence artificielle en santé*, 28 juin 2021

¹⁰⁷ Communiqué de presse de l'Institut Curie : « Cancers du sein : de l'imagerie de pointe à l'intelligence artificielle, l'image au service de l'innovation pour mieux comprendre les tumeurs et mieux traiter les femmes », 19 septembre 2024.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La réponse à la première question évaluative est nuancée : le dépistage organisé permet une prise en charge plus précoce, et peut donc être crédité d'une mortalité plus faible et de soins moins lourds. Grâce à la seconde lecture, il est plus efficace que le dépistage individuel, même si celui-ci garde son intérêt, en particulier pour les personnes qui ne sont pas éligibles au dépistage organisé (avant 50 ans et après 75 ans). Il se révèle ainsi justifié en matière de santé publique et doit continuer à être encouragé.

Toutefois, son organisation est perfectible, comme le montre un taux de participation inférieur aux objectifs fixés. Des actions doivent être engagées pour renforcer l'accessibilité aux mammographies sur le territoire.

Des initiatives existent pour renforcer l'information et la sensibilisation, et pour aller au-devant de certains publics. Si elles montrent leur utilité pour aller vers des publics qui, sans cela, n'auraient pas recours au dépistage, elles pourraient être davantage coordonnées.

Des évolutions organisationnelles ou de ciblage des populations devraient améliorer encore le programme de dépistage organisé en termes d'efficacité, d'impact et d'efficience. Des innovations technologiques, notamment le recours à l'intelligence artificielle, pourraient également venir modifier les modalités actuelles du dépistage organisé du cancer du sein. Ces évolutions devront être évaluées et, si elles sont validées, accompagnées.

La Cour formule en conséquence les quatre recommandations suivantes :

1. *rendre obligatoire, dans la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les centres d'imagerie souhaitant pratiquer l'imagerie sénologique - mammographique et échographique - de diagnostic et de dépistage (ministère chargé de la santé) ;*
 2. *adopter d'ici 2027 et mettre en œuvre un plan de déploiement de l'intelligence artificielle dans le dépistage organisé du cancer du sein en définissant ses modalités d'application et en garantissant une supervision humaine (ministère chargé de la santé, INCa) ;*
 3. *confier à la Haute autorité de santé, d'ici 2027, une mission d'évaluation régulière et de labellisation des logiciels d'intelligence artificielle utilisés dans le cadre du dépistage du cancer du sein (ministère chargé de la santé, HAS).*
-

Chapitre II

Une offre de soins disparate, dans un contexte de forte progression des dépenses

Ce deuxième chapitre vise à répondre à la question évaluative suivante : « *La prise en charge est-elle suffisante et adaptée aux besoins des patientes ?* ».

Celle-ci vise à apprécier la pertinence de la prise en charge proposée aux patientes, en évaluant l'efficacité et l'efficience des soins dont elles bénéficient.

L'analyse de la Cour en la matière porte en premier lieu sur l'offre de soins présente sur le territoire national, en abordant successivement la prise en charge des patientes dans le cadre d'un parcours de soin (I), la structuration de l'offre de soins sur le territoire (II) et l'accès aux études cliniques et aux thérapeutiques innovantes (III).

Elle apprécie ensuite la charge financière que représente le traitement de cette pathologie pour le système de santé (IV). En forte hausse depuis 2015, elle s'élevait à près de 4,7 Md€ en 2023.

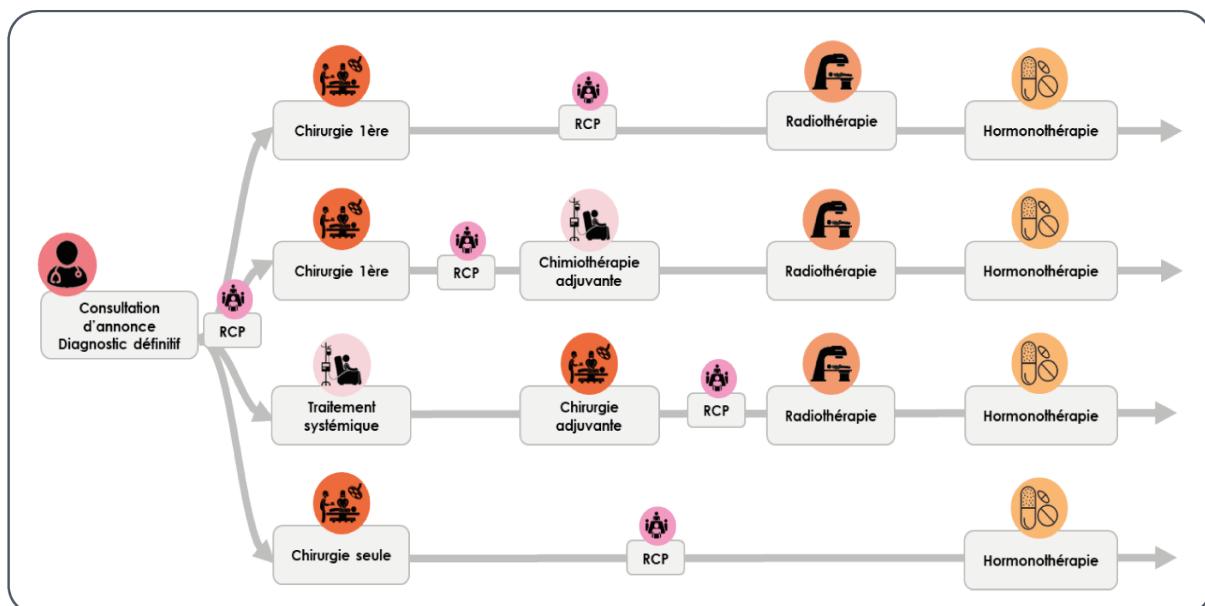
I - Un encadrement du parcours de soins qui présente des limites

La précocité du diagnostic et de la prise en charge du cancer du sein accroît les chances de guérison. Une prise en charge rapide permet d'éviter que la maladie ne progresse vers des stades plus avancés, où elle devient plus difficile à traiter. Une détection tardive peut à ce titre conduire la patiente à devoir affronter des thérapies plus lourdes et avec un résultat parfois moins favorable (chimiothérapie, chirurgie plus invasive, radiothérapie intensive).

A - Un parcours de soins en cancérologie structuré autour d'étapes clefs

Le parcours du patient en cancérologie prévoit plusieurs étapes. Il intègre notamment un dispositif d'annonce du diagnostic de cancer au patient, une décision thérapeutique prise en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) tenant compte des référentiels de bonne pratique (RCP pré et post-thérapeutique), la remise d'un plan personnalisé de soins et enfin l'accès, si nécessaire, à des soins de support, des traitements innovants et des essais cliniques.

Schéma n° 2 : schéma simplifié de différents parcours possibles d'une patiente en matière de traitement du cancer du sein



Source : Institut de cancérologie de l'Ouest (ICO, Nantes)

Un rapport établi par l'INCa en 2019, mis à jour en 2022¹⁰⁸, a fixé des objectifs en termes de délais entre les différentes phases de traitement. Trois indicateurs de délais ont notamment été identifiés dans le cas du cancer du sein non métastatique : la proportion de femmes ayant reçu le premier traitement (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie) dans un délai inférieur ou égal à six semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement ; la proportion de femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique dont le traitement par chirurgie est séparé du premier traitement complémentaire (chimiothérapie ou radiothérapie) par un délai conforme aux délais attendus¹⁰⁹ ; enfin, la proportion de femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique dont la fin de la chimiothérapie adjuvante et le début de la radiothérapie sont espacées de moins de six semaines.

B - L'absence d'un référentiel national de prise en charge du cancer du sein

Des critiques ont pu être formulées sur l'absence d'un référentiel national global de prise en charge du cancer du sein, et la divergence des référentiels régionaux publiés par les dispositifs spécifiques régionaux en cancérologie (DSRC). La Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), qui publie des référentiels de bonne pratique avec l'INCa, souligne, par exemple, qu'il existerait des disparités majeures de mise en œuvre entre régions, et que l'existence de référentiels de niveau régional ne se justifie pas¹¹⁰. Elle estime qu'il serait préférable de disposer de référentiels nationaux mis à jour régulièrement, valables et opposables à tous.

¹⁰⁸ INCa, *Cancer du sein : indicateurs de qualité et de sécurité des soins*, mise à jour novembre 2022.

¹⁰⁹ Six semaines pour la chimiothérapie ; douze semaines pour la radiothérapie.

¹¹⁰ Réponse au questionnaire adressé par la Cour.

L'INCa souligne que depuis 2009, il publie régulièrement des recommandations de bonnes pratiques cliniques nationales avec la SFSPM sur les traitements des cancers du sein¹¹¹. Selon lui, ces expertises nationales sont complémentaires aux référentiels régionaux publiés par les dispositifs spécifiques régionaux en cancérologie. En outre, les référentiels régionaux tiennent compte de l'offre de soins et des spécificités territoriales et démographiques locales, ce qui peut expliquer certaines disparités. Alors que les référentiels régionaux couvrent la prise en charge du diagnostic au suivi ou à la récidive, en rappelant une majorité de pratiques acquises, connues et non discutées, les recommandations de bonnes pratiques cliniques nationales permettent de répondre à des questions d'actualité spécifiques et ciblées identifiées par la communauté médicale et pour lesquelles des conduites à tenir cliniques sont attendues. Ces questions cliniques trouvent leur origine, par exemple, dans l'arrivée de nouveaux médicaments modifiant les séquences de la stratégie thérapeutique globale ou dans le ciblage plus précis des patientes éligibles.

L'INCa reconnaît qu'il serait possible d'aller plus loin et de disposer à terme d'une vision plus intégrée dans la définition de référentiels et de recommandations au niveau national. Au regard des moyens dont il dispose, il indique toutefois cibler ses travaux sur les interrogations les plus récentes et discutées par la communauté médicale pour ajuster les conduites à tenir. Il souligne enfin que les experts mobilisés pour l'ensemble de ces travaux régionaux ou nationaux sont souvent les mêmes, désignés par leurs sociétés savantes, et participent donc à cette dynamique de complémentarité.

De manière générale, la Fédération des spécialités médicales souligne que la situation concrète dans certaines régions montre la difficulté des petits établissements non spécialisés en cancérologie, à fournir les différentes prestations indispensables au parcours de soin en cancérologie.

C - Des disparités dans l'application des recommandations de bonnes pratiques et le respect des référentiels

1 - Des objectifs de qualité et sécurité des soins qui ne sont pour la plupart pas atteints

Les indicateurs de qualité de sécurité des soins (IQSS) établis par la HAS et l'INCa permettent de mesurer un état de santé, une pratique ou la survenue d'un événement, et ainsi d'évaluer la qualité des soins et ses variations dans le temps. Ils permettent d'évaluer une structure, le processus ou le résultat.

Ils constituent des éléments indispensables au suivi et au pilotage d'une démarche d'amélioration de la qualité des soins, notamment pour mesurer l'impact des actions entreprises. Sont ainsi fixés des cibles à atteindre ainsi que des seuils d'alerte.

¹¹¹ L'INCa indique ainsi par exemple qu'une expertise nationale était en cours de publication à la date de rédaction du présent rapport, concernant le sujet « *Cancers du sein localisés RE+/HER2- Traitements adjuvants par hormonothérapie, inhibiteurs de CDK4/6 et inhibiteurs de PARP : quels traitements, quelle durée et pour qui ?* ».

Au niveau national, en 2022 comme en 2021, un seul indicateur cible de qualité et de sécurité des soins en matière de cancer du sein était atteint sur quatorze¹¹². Neuf indicateurs se situaient à un niveau conduisant à activer le seuil d'alerte en 2022, contre dix l'année précédente.

Certains des résultats se dégradent de surcroît. À titre d'exemple, 43 % des femmes bénéficiaient d'un premier traitement dans un délai inférieur ou égal à six semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement en 2021, contre 36 % en 2022, alors que la cible est d'au moins 90 %.

Ces résultats sont peu satisfaisants. Bien que l'INCa souligne que ces indicateurs ne permettent pas, à eux seuls, d'apprécier la qualité et sécurité des soins dans son ensemble, et que certains résultats peuvent être minorés par des erreurs de codage¹¹³, il n'en demeure pas moins que ces faibles performances invitent à un suivi resserré des établissements les moins performants. Des actions concrètes en matière d'organisation de l'offre de soins doivent le cas échéant être menées.

2 - Des difficultés relatives au délai de prise en charge relatif au cancer du sein et à l'accès à la reconstruction mammaire

La Ligue contre le cancer critique¹¹⁴ les délais de prise en charge en matière de cancer du sein, qui ont un impact sur le parcours de soins. Une étude réalisée en novembre 2020 a, par exemple, estimé qu'un délai de seulement deux semaines dans la chirurgie d'un cancer du sein augmente le risque de décès de 4 %¹¹⁵.

La Ligue souligne par ailleurs l'existence de délais importants en matière de reconstruction mammaire dans un certain nombre de centres, notamment publics. Elle estime ainsi qu'il n'est pas inhabituel que les délais d'attente atteignent une à deux années. Ce phénomène peut conduire les patientes à être orientées vers des structures privées dans lesquelles elles pourront être prises en charge plus rapidement, mais qui supposent le paiement de dépassements d'honoraires.

La HAS a documenté les inégalités géographiques dans l'accès aux soins de reconstruction mammaire, en particulier pour les interventions les plus exigeantes en termes de plateau technique et de savoir-faire¹¹⁶. Dans ce cadre, elle a conduit une enquête auprès de plus de 1 000 femmes, dont il est ressorti que la question des restes à charge notamment liés à de forts dépassements d'honoraires, et donc des inégalités économiques, s'est révélée déterminante dans l'accès à la reconstruction mammaire¹¹⁷.

¹¹² Voir annexe n° 5 *Indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) en matière de cancer du sein – résultats 2021-2022*. Proportion de femmes atteintes d'un carcinome du sein canalaire *in situ* ayant eu une reconstruction mammaire immédiate (IQSS F).

¹¹³ Réponse de l'INCa à la Cour.

¹¹⁴ Ligue contre le cancer, réponse à la Cour dans le cadre de la présente enquête.

¹¹⁵ Hanna T P et alii, "Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis", *The BMJ*, 2020.

¹¹⁶ Voir HAS, *Informer les femmes sur la reconstruction mammaire après mastectomie totale*, 16 mars 2023 et HAS, *Reconstruction mammaire : où vous faire opérer ?* mise en ligne 29 mars 2023 et mis à jour le 19 juin 2025.

¹¹⁷ *Ibid.*

Elle insiste par ailleurs sur des problématiques d'accès aux soins. D'abord, alors que certaines femmes souhaitent une reconstruction mammaire à l'identique après le retrait de leur tumeur, d'autres privilégient l'obtention d'un buste plat (dite « reconstruction à plat »). Si certaines techniques et actes non spécifiques de chirurgie reconstructrice ou réparatrice existent afin d'atteindre ce résultat, à l'instar du lipomodelage¹¹⁸, une saisine de la HAS pour obtenir une évaluation de l'ensemble des actes de chirurgie permettant d'obtenir un buste plat esthétique et confortable en prévention ou traitement du cancer du sein pourrait à ce titre être sollicitée. D'autre part, les femmes ont la possibilité de se faire retirer un deuxième sein, non atteint d'une tumeur, pour symétriser leur corps après une mastectomie (hors situation de prédisposition génétique).

La HAS souligne que ces deux types de prise en charge post traitement, sont accessibles seulement aux femmes informées de leur existence et qui ont les ressources pour l'obtenir de la part des équipes de soins, sont à l'origine d'inégalités sociales¹¹⁹.

3 - Des décisions prises en réunion de concertation pluridisciplinaire qui ne permettent pas toujours d'aboutir à une décision conforme aux bonnes pratiques

Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), regroupant des professionnels de santé de différentes disciplines, dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patientes la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science, sont obligatoires en matière de cancérologie et déterminantes dans la qualité du parcours de soins qui sera proposé au patient.

Pourtant, les décisions prises dans le cadre de ces RCP pour les patientes atteintes d'un cancer du sein peuvent ne pas toujours être conformes aux référentiels de bonnes pratiques et recommandations¹²⁰.

Le déploiement d'outils d'aide à la décision informatisés, le cas échéant à l'aide de l'intelligence artificielle, est de nature à améliorer cette situation. Une étude conduite au sein d'un hôpital de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris souligne ainsi que l'usage d'un tel outil a permis d'améliorer la conformité des décisions prises en RCP aux bonnes pratiques concernant les patientes atteintes d'un cancer du sein de 79,2 % à 93,4 %¹²¹.

¹¹⁸ Le lipomodelage (ou *lipofilling*) est une technique de chirurgie qui consiste à prélever de la graisse par aspiration au niveau d'une partie du corps (ventre, cuisses, hanches) pour la réinjecter dans la région mammaire.

¹¹⁹ Voir HAS, *Reconstruction mammaire ou buste plat : vos souhaits et options*, mis en ligne le 29 mars 2023 et HAS et INCa, *Reconstruction mammaire : la HAS et l'INCa présentent une plateforme d'aide à la décision partagée*, 29 mars 2023.

¹²⁰ Prebet C. et alii, “Taking into account the complementarity of contemporary breast cancer guidelines to leverage decision support in the DESIREE Project”, *Stud Health Technol Inform*, 2018 ; Brigitte Séroussi et alii, “Which breast cancer decisions remain non-compliant with guidelines despite the use of computerised decision support ?”, *British Journal of Cancer*, septembre 2013.

¹²¹ Ibid.

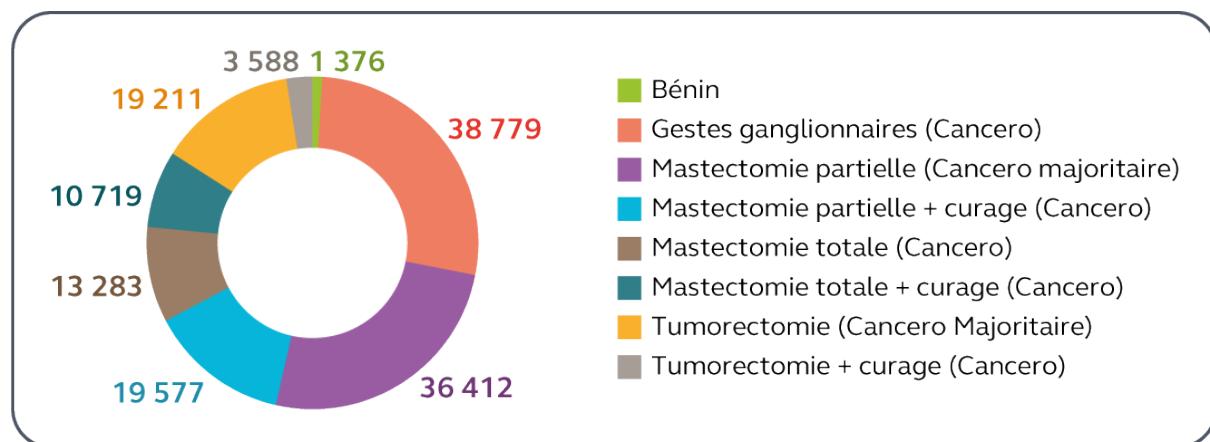
D - Des évolutions progressives dans les prises en charge en établissement, mais des défis persistants

1 - L'activité de prise en charge chirurgicale sénologique est en forte progression

Le nombre d'actes chirurgicaux en matière de cancer du sein (hors reconstruction mammaire et plastique) augmente significativement sur la période récente, passant de 113 890 actes en 2019 à 125 605 en 2024, soit une augmentation de 10,3 % sur les cinq dernières années, selon l'assurance maladie¹²².

Selon les données de celle-ci, ces actes correspondent en majorité à des mastectomies totales ou partielles en 2024.

Graphique n° 3 : nature et nombre des actes chirurgicaux pratiqués (hors reconstruction mammaire et plastique) en matière de cancer du sein, en 2024



L'assurance maladie précise que les actes chirurgicaux de la catégorie dite « super famille chirurgie sénologique » (hors reconstruction mammaire et plastique)¹²³ recouvrent les pathologies mammaires bénignes et malignes, certains actes pouvant être rattachés avec certitude à un cancer du sein (CANCERO), d'autres avec certitude à des tumeurs bénignes du sein (BENIN), et enfin certains à une pathologie cancéreuse dans 70 % des cas environ (CANCERO MAJORITAIRE), car cette nature cancéreuse ne peut être confirmée que par l'examen anapathologique de la tumeur, non disponible dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). En conséquence, sur les 142 945 actes en 2024 (correspondant à 105 253 séjours chirurgicaux), 125 605 peuvent être rattachés à un cancer.

Source : assurance maladie (Visuchir)

¹²² Données Visuchir « spécialités ». Les données de Visuchir « spécialités » sont dénombrées en nombre d'actes et non en nombre de séjours hospitaliers. Voir assurance maladie, *Visuchir spécialités : guide de lecture*.

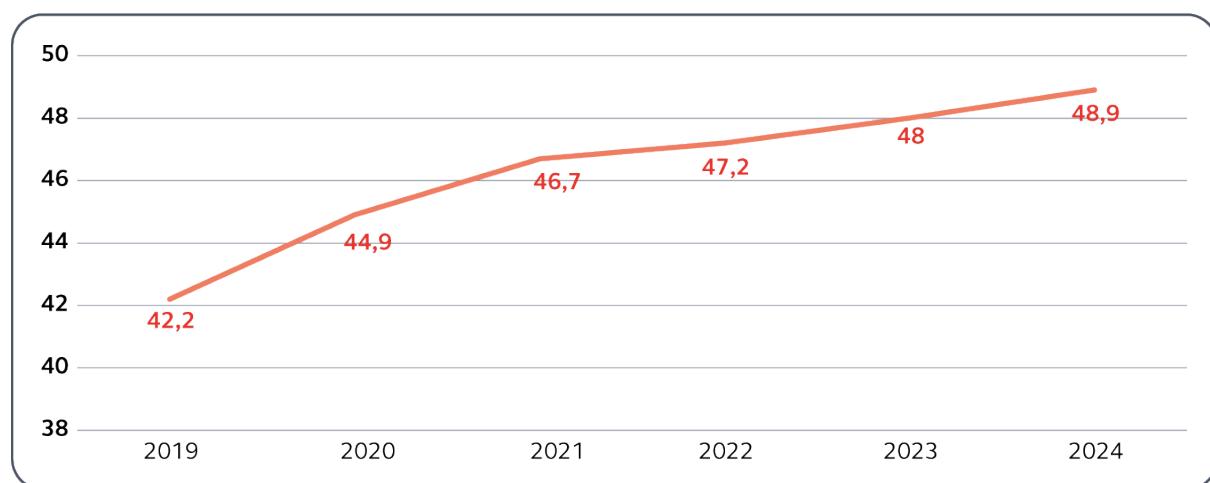
¹²³ Une mastectomie consiste en une chirurgie mammaire d'ablation partielle ou totale due à une prolifération des cellules cancéreuses dans les tissus du sein, canaux et lobules. La mastectomie est dite totale lorsque non seulement la tumeur est retirée, mais le sein également (glande mammaire, mamelon, aréole, etc.). La mastectomie partielle suppose le retrait de la tumeur tandis que le sein est conservé. La tumorectomie est, comme la mastectomie partielle, une chirurgie dite conservatrice qui vise à l'ablation de la tumeur mais elle diffère par son étendue et ses indications. Le curage axillaire consiste à enlever les ganglions lymphatiques situés sous le bras au niveau de l'aisselle du côté du cancer du sein. Ces ganglions sont en effet susceptibles d'être atteints par la maladie. Les gestes ganglionnaires regroupent des techniques visant à analyser l'état des ganglions lymphatiques, sans les retirer systématiquement. Des interventions chirurgicales peuvent enfin être proposées pour des tumeurs du sein dites bénignes, c'est-à-dire non cancéreuses.

2 - Une prise en charge chirurgicale en ambulatoire de plus en plus pratiquée, mais qui reste encore insuffisante

La prise en charge chirurgicale des femmes atteintes en cancer du sein en hospitalisation ambulatoire¹²⁴ a progressé au cours des dernières années.

Elle passe de 42,2 % de l'activité totale en 2019 à 48,9 % en 2024. Cette évolution est positive au regard de l'intérêt que présente la prise en charge ambulatoire, lorsqu'elle est indiquée, par rapport à l'hospitalisation conventionnelle¹²⁵.

Graphique n° 4 : part des séjours de chirurgie du cancer du sein réalisés en ambulatoire au sein des établissements de santé (2019-2024, en %)



Source : assurance maladie (Visuchir).

Cette progression doit cependant être mise en regard du potentiel d'activité de chirurgie ambulatoire qui aurait pu être réalisé. En 2024, l'assurance maladie estimait ainsi que le potentiel d'activité ambulatoire pour la chirurgie du cancer du sein était de 84,6 % de l'activité totale, soit un écart de plus de 35 points avec le réalisé. Cela souligne les marges d'amélioration possibles en la matière, et incite à la poursuite du développement de cette activité.

Dans ce contexte, l'évolution de la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation conventionnelle poursuit, ces dernières années, une tendance à la baisse. Elle était de 2,98 jours en 2020, contre 2,71 jours en 2024, selon les données de l'assurance maladie.

¹²⁴ L'hospitalisation ambulatoire est définie comme un mode de prise en charge permettant la réalisation d'actes, programmés ou non, pour lesquels le patient est admis et sort le même jour, sans hébergement de nuit.

¹²⁵ La chirurgie ambulatoire, lorsqu'elle est justifiée et possible en fonction du profil de patiente et de la gravité de sa pathologie, présente des intérêts supérieurs à l'hospitalisation conventionnelle pour la patiente elle-même (moindres risques d'infections nosocomiales, meilleure récupération, plus faibles complications, moindre temps passé au sein de la structure hospitalière) comme pour le système de santé (coûts réduits de prise en charge, optimisation des ressources et disponibilité des lits).

3 - Des ré-hospitalisations moins fréquentes que par le passé

La ré-hospitalisation peut se définir comme une nouvelle hospitalisation, pendant une période donnée, d'un individu qui avait déjà bénéficié d'une hospitalisation préalable. Lorsqu'elle a lieu trente jours ou moins après la première hospitalisation, il est présupposé que cette seconde hospitalisation a un lien avec la première. Cet indicateur est utile car il permet de donner des indications sur la qualité de l'hospitalisation initiale, notamment dans le cadre d'un séjour chirurgical. Ainsi, la nécessité de procéder à une nouvelle hospitalisation à la suite d'une intervention récente peut traduire des complications découlant d'une prise en charge inadaptée ou peu qualitative, bien que les raisons puissent en être multiples¹²⁶.

Le taux de ré-hospitalisation à 30 jours relatif à un séjour préalable de chirurgie carcinologique mammaire a baissé sur la période récente, passant de 14,10 % en 2020 à 12,68 % en 2024. Ce taux global masque cependant des différences entre chirurgie ambulatoire, dont le taux de ré-hospitalisation est plus faible et a nettement baissé sur la période récente (de 12,01 % en 2020 à 10,39 % en 2024) et le taux de ré-hospitalisation lié à des séjours d'hospitalisation conventionnelle (de 15,83 % en 2020 à 14,89 % en 2024)¹²⁷.

La nature des ré-hospitalisations varie cependant. En effet, une ré-hospitalisation peut se traduire par un séjour seulement médical, ne supposant ainsi pas de passage au bloc opératoire, et ne correspondant donc pas, en principe, à une reprise chirurgicale qui pourrait laisser supposer un acte chirurgical préalable de moins grande qualité ou auquel seraient associées des complications. À ce titre, les ré-hospitalisations se traduisant par une réintervention chirurgicale diminuent légèrement : elles correspondaient à 39,66 % du total en 2020, contre 38,64 % en 2024.

D'autres éléments positifs sont également à souligner : les ré-hospitalisations en urgence baissent, représentant 5,31 % du total en 2024 contre 9,31 % en 2020. En outre, elles se traduisent moins fréquemment par le décès des patientes, car cette issue représentait 0,44 % du total en 2020, contre 0,34 % en 2024.

E - Des difficultés de prise en charge et de suivi des patientes

1 - Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge du cancer et le suivi des patientes

Les médecins généralistes occupent un rôle important dans le suivi du parcours des patientes atteintes de cancer du sein, bien que ce suivi puisse rencontrer des difficultés. Selon les données de la Drees (2017)¹²⁸, 55 % des généralistes prennent en charge moins de dix

¹²⁶ Ainsi que le précise l'assurance maladie dans sa méthodologie de productions de données relatives aux bases Visuchir : « *Une ré-hospitalisation peut ne pas être en rapport avec l'acte initial/princeps, ou s'intégrer dans un protocole prévu et annoncé lors de l'acte initial/princeps. De ce fait, ces taux ne reflètent pas stricto sensu un taux de complication, même si l'objectif a été dans le calcul des taux de supprimer au maximum les hospitalisations non en rapport avec l'acte initial. Ces taux de réhospitalisation permettent de préciser les pratiques* ». Voir « Visuchir spécialités : guide de lecture ».

¹²⁷ Source assurance maladie (Visuchir). Les données présentées dans les lignes suivantes sont aussi issues de Visuchir.

¹²⁸ Drees, « Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital », *Études et résultats*, n° 1034, octobre 2017.

nouveaux cas de cancer par an¹²⁹, ce qui peut limiter leur familiarité avec les protocoles et les besoins spécifiques de ces patientes. Leur implication est pourtant multiforme, avec une importance particulière accordée au soutien psychologique, à la gestion de la douleur, à la transmission d'informations, au suivi après-cancer, à la coordination des soins, à la nutrition, au soutien social, et enfin à la réinsertion professionnelle.

La qualité de cette prise en charge se heurte à des obstacles structurels. Un tiers des généralistes n'ont pas suivi de formation continue en cancérologie au cours des cinq dernières années, dans un contexte de progression rapide et constante des connaissances en oncologie. Seulement 11 % ont une formation diplômante dans ce domaine, et 16 % sont membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs¹³⁰. Ces chiffres révèlent un accès inégal aux outils et aux connaissances, susceptible d'affecter la qualité des soins.

Une autre difficulté réside dans la mauvaise communication entre l'hôpital et la ville. Les médecins généralistes soulignent fréquemment que les informations et consignes reçues des structures hospitalières sont souvent inadaptées, manquantes ou transmises trop tardivement. Ce manque de fluidité complique le suivi des patientes, notamment en phase post-thérapeutique, où le rôle du généraliste est pourtant déterminant pour la détection des récidives, la gestion des effets indésirables ou l'accompagnement global.

Ces constats mettent en lumière la nécessité de renforcer la formation des généralistes, de favoriser leur intégration dans les réseaux de cancérologie et d'améliorer les canaux de communication avec les équipes hospitalières. Une meilleure coordination entre les acteurs, couplée à des outils adaptés, pourrait significativement optimiser la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein, en garantissant une continuité des soins et un accompagnement plus complet.

Un autre enjeu dans la prise en charge du cancer réside dans le suivi à long terme des patientes, où le médecin traitant joue un rôle clé. Pourtant, les données révèlent que plus d'un tiers des patientes (33 %) n'ont pas bénéficié d'un suivi de leur cancer dans les cinq ans après le diagnostic. Cette tendance est encore plus marquée pour le cancer du sein, avec 35 % des patientes qui n'ont pas consulté leur médecin traitant dans cette période¹³¹. Ce constat souligne un décrochage dans le parcours de soins, alors même que cette phase est cruciale pour la détection des récidives, la gestion des séquelles ou l'accompagnement des besoins psychologiques et sociaux.

2 - Des risques attestés de recours à des pratiques non conventionnelles et de dérives sectaires

Les croyances dans des pratiques alternatives non prouvées tout comme les risques de dérives sectaires dans le domaine de la santé sont présents et en particulier dans le domaine de la cancérologie. Leurs conséquences peuvent être graves, ainsi qu'en attestent régulièrement la

¹²⁹ La Drees souligne que la place du cancer dans la patientèle des généralistes est difficile à estimer. Elle est ici approchée par le nombre de demandes de mise en affection longue durée (ALD) remplies par le médecin pour un cancer, qui représente le nombre de nouvelles personnes cancéreuses dans sa patientèle.

¹³⁰ DREES, *Ibid*.

¹³¹ INCa, *La vie cinq ans après un diagnostic de cancer*, juin 2018.

Ligue contre le cancer ainsi que la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES)¹³².

Celle-ci indique que le traitement du cancer correspond à la majeure partie des signalements qu'elle reçoit en matière de santé. Les personnes fragilisées par cette pathologie peuvent être sensibles à des pratiques faisant la promotion de prétendus soins sans chimiothérapie, un traitement perçu comme lourd et redouté. Après avoir investi, ces dernières années, le champ de la cancérologie par des traitements dits « miracles », ce sont également les soins de support qui connaissent, à leur tour, des dérives à caractère sectaire.

S'agissant plus spécifiquement du cancer du sein, une dizaine de signalements ont été adressés à la MIVILUDES, depuis 2016, pour dénoncer des pratiques mensongères ou abusives et d'incitation à l'abandon de soins. La MIVILUDES indique également être régulièrement alertée au sujet de publications sur les réseaux sociaux promouvant des pratiques non éprouvées et spécifiques au cancer du sein. Elle a également reçu de fausses affiches semblables à celle d'Octobre Rose, promouvant des pratiques contestables avec détournement du logo de la Ligue contre le cancer.

C'est en prenant en considération l'ensemble de ces éléments contribuant à détourner des personnes gravement malades de leurs parcours de soins, que la loi du 10 mai 2024 instaure un délit de provocation à l'abstention ou à l'abandon de soins ainsi qu'un délit à l'adoption de pratiques présentées comme ayant une finalité thérapeutique alors qu'elles exposent celui qui les suit à des risques graves ou au décès¹³³.

II - Une organisation de l'offre de soins peu pertinente, dégradant la qualité et la sécurité des soins

Les limites constatées dans la qualité et sécurité des soins ont également pour origine des inefficiencies dans la structuration de l'offre de soins.

¹³² La MIVILUDES a pour mission d'observer et d'analyser le phénomène des dérives sectaires, d'informer le public sur les risques qu'elles représentent et de coordonner l'action préventive et répressive des pouvoirs publics.

¹³³ Article 223-2-1 du code pénal. Certaines pratiques promues dans le traitement du cancer illustrent la dangerosité de ce type de dérives, par exemple l'urinothérapie ou « amaroli », qui consiste à boire son urine dans le but d'entretenir sa santé ou de se soigner ou la « déprogrammation biologique » (appelée également « biologie totale » ou nouvelle médecine germanique). Cette dernière méthode, promue par Ryke Gyrd Hamer, exclut le recours aux traitements conventionnels et repose sur le postulat selon lequel toute maladie résulte d'un choc psychologique intense ou d'un conflit intérieur non résolu. La MIVILUDES a reçu le témoignage de nombreux proches de victimes de cette méthode qui, pour certains, a été fatale. R. Hamer a, pour sa part, été condamné en 2004 à trois ans d'emprisonnement par la cour d'appel de Chambéry, pour escroquerie et complicité d'exercice illégal de la médecine, après la plainte déposée par un homme dont l'épouse, atteinte d'un cancer du sein, est décédée après avoir refusé des traitements éprouvés.

A - Des seuils d'activité qui ne sont pas toujours respectés au sein des établissements autorisés à pratiquer la chirurgie

L'analyse par la Cour de l'activité des établissements autorisés à pratiquer la chirurgie du cancer du sein souligne que plus d'un tel site hospitalier autorisé sur dix ne respectait pas, en 2023, le seuil de 30 séjours annuels imposé par la réglementation¹³⁴.

Cette irrégularité n'est pas spécifique au cancer du sein. Dans son rapport *Charges et produits pour 2026*, l'assurance maladie appelle à renforcer l'efficience des organisations et de l'activité hospitalière en faisant respecter les seuils d'activité chirurgicale minimale pour une meilleure qualité des soins. Elle souligne des taux significatifs de chirurgie du cancer intervenant dans des sites autorisés ne respectant pourtant pas les seuils, en prenant l'exemple de la chirurgie du cancer du sein (11 %), urologique (12 %), digestive (14 %) et ORL-maxillo-faciale (23 %).

Si l'absence de respect des seuils peut s'expliquer par des raisons conjoncturelles, et notamment par les difficultés à pourvoir certains emplois, il est indispensable que les établissements bénéficiant de l'autorisation de réaliser ces chirurgies complexes témoignent d'une capacité réelle et durable à assurer le seuil fixé pour cette activité.

B - Des prises en charge au sein d'établissements non autorisés au titre de la chirurgie du cancer du sein

Par ailleurs, certaines interventions chirurgicales pour le cancer du sein sont réalisées dans des établissements de santé qui ne disposent pas de l'autorisation nécessaire pour les pratiquer. À l'occasion de l'analyse de l'activité de prise en charge chirurgicale d'un cancer du sein réalisée en 2023, la Cour a relevé l'existence de séjours chirurgicaux de prise en charge d'une tumeur maligne mammaire au sein de 108 établissements.

Il peut s'agir de cas d'urgence vitale, ce qu'autorise le cadre réglementaire dans des conditions restrictives¹³⁵. Des erreurs de codage et de facturation dans les systèmes d'information peuvent avoir été commises, entraînant une classification inexacte des actes, ou des séjours attribués de manière erronée à un site spécifique au sein d'un établissement ou d'un groupement, dont certains sites bénéficient de l'autorisation mais d'autres non. Une dernière hypothèse, plus préoccupante, est celle d'une prise en charge chirurgicale volontaire de patientes au sein d'établissements ne disposant pourtant pas de l'autorisation requise. Une telle situation, si elle était avérée, représenterait un risque majeur pour la sécurité des patientes.

¹³⁴ Sur 432 établissements autorisés en 2024, 57 (soit 13 %) avaient une activité inférieure au seuil de 30 séjours annuels en 2023. À noter que 17 de ces sites n'avaient eu aucune activité cette année-là. Voir annexe n° 8 relative à la cartographie des établissements.

¹³⁵ Selon l'article R6123-90 du code de la santé publique : « Les établissements ne sont pas soumis à l'autorisation de traitement du cancer lorsqu'ils assurent : 1° La chirurgie à visée diagnostique du cancer ; 2° Auprès de patients ayant un diagnostic cancer établi, une intervention chirurgicale aux fins de traiter ou de pallier une complication liée aux conséquences du cancer ou de ses traitements, sans tenter d'exérèse de la tumeur ; 3° Une intervention en urgence dans une autre indication, conduisant à la découverte d'une tumeur maligne. L'intervention est alors réalisée sans tenter l'exérèse de la tumeur sauf en cas d'urgence vitale immédiate et le patient est orienté vers un établissement titulaire de l'autorisation de traitement du cancer pour le traitement du cancer et, le cas échéant, par exérèse de la tumeur. »

Pour 104 établissements sur les 108 établissements identifiés, le nombre de séjours est faible (inférieur à 10). La Cour formule l'hypothèse que, dans ces cas-là, les séjours répondent à une erreur de codage, d'attribution du séjour ou à l'un des cas dérogatoires prévus par le code de la santé publique. Il n'est cependant pas exclu que certaines de ces prises en charges correspondent à des situations volontaires et illégales.

Pour les quatre derniers établissements, dont le nombre de séjours réalisés varie entre 10 et 31, la Cour a interrogé le ministère de la santé. Pour deux hôpitaux, situés dans le Grand Est et appartenant à un même groupement de coopération sanitaire (GCS), il s'agit d'une erreur dans le circuit des facturations. Pour les deux autres, situés dans les Hauts-de-France et en Bourgogne-Franche-Comté, il s'agit effectivement de prises en charge irrégulières au cadre régissant les autorisations sanitaires¹³⁶.

Ces constats doivent conduire les agences régionales de santé à renforcer leur vigilance et leurs contrôles pour s'assurer que toutes les exérèses de tumeurs malignes du sein sont réalisées dans des conditions conformes aux exigences réglementaires. Il s'agit en effet de l'une de leurs prérogatives. L'article R. 162-33-3-1 du code de la santé publique prévoit une procédure contradictoire entre l'ARS et l'établissement concerné pour bien cerner la situation, notamment au regard des situations légitimes ou des erreurs de codage.

Le cadre réglementaire prévoit une mesure de recouvrement des sommes perçues par les établissements de santé lorsqu'ils pratiquent des activités pour lesquelles ils ne disposent pas d'autorisation¹³⁷. Lorsque de telles situations sont détectées et confirmées, il est indispensable que les pouvoirs publics procèdent à la mise en œuvre de ces dispositions, afin de faire cesser au plus vite des activités irrégulières et potentiellement dangereuses pour les patientes.

La responsabilité pénale des personnes physiques et morales (professionnels de santé et établissements de santé), qui s'engagent de façon délibérée dans une activité de prise en charge dans une structure ne bénéficiant pas de l'autorisation pourrait également être mise en cause¹³⁸, *a fortiori* en cas d'aléa ou d'erreur médicale qui conduirait à un dommage subi par un patient¹³⁹.

¹³⁶ Dans le premier cas, il s'agit d'un CHU dont l'autorisation de prise en charge chirurgicale du cancer du sein est portée par un seul site géographique, mais dont une partie de l'activité est également réalisée « sur décision médicale » sur un autre site non autorisé (10 séjours en 2023). Dans le second cas, il s'agit d'un centre hospitalier général qui a perdu son autorisation depuis 2018 mais au sein duquel des prises en charge chirurgicales persistent (31 séjours en 2023). Interrogée par la Cour, la DGOS estime dans le premier cas que, après « échange avec l'ARS [...] une réflexion doit sans doute être menée pour sécuriser juridiquement ces prises en charge qui s'expliquent par nécessité médicale ». Dans le second cas, « l'activité illégale a été évoquée par l'ARS avec la nouvelle direction, dans la perspective de faire arrêter cette activité à très court terme. Cette situation devrait donc être très prochainement résolue ».

¹³⁷ Le ministère de la santé a indiqué à la Cour que la mise en œuvre concrète du dispositif n'est pas encore aboutie. Un travail a été conduit entre la DGOS et l'ATIH pour sécuriser le dispositif, notamment s'agissant de l'identification des sites autorisés et la priorisation de certains actes, compte tenu des moyens détenus par les ARS pour de tels contrôles. Les travaux ont été interrompus pendant la crise Covid, et n'ont pas repris à son issue, compte tenu de la mise en œuvre de la réforme des autorisations. Le ministère admet qu'il convient de « relancer » ce chantier « une fois que la réforme des autorisations sera pleinement entrée en vigueur ».

¹³⁸ Le délit d'exposition d'autrui à un risque, prévu à l'article 223-1 du code pénal, pourrait être envisagé même en l'absence d'un dommage subi par un patient.

¹³⁹ La responsabilité des établissements en tant que personne morale et des professionnels de santé en tant que personnes physiques pourrait en effet être envisagée dans l'hypothèse de blessures ou de décès de patientes, au titre des infractions non intentionnelles prévues aux articles 221-6 et 221-19 du code pénal. Le fait de réaliser des interventions chirurgicales dans une structure non autorisée pour ce faire satisfait la condition de faute qualifiée, et en particulier correspond « à une violation manifeste d'obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement ».

C - Poursuivre le rehaussement des seuils de prise en charge chirurgicale dans une logique de qualité et sécurité des soins

1 - Un consensus scientifique ancien attestant de l'intérêt de prendre en charge les patientes dans des centres à forte activité

Des données scientifiques, désormais anciennes, attestent de l'intérêt, pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, d'être prises en charge dans des centres experts assurant un volume d'activité important.

Dès 1998, une étude mettait en évidence une différence de survie à cinq ans chez les femmes traitées par chirurgie pour un cancer du sein : les patientes traitées dans un centre à faible volume d'activité, dont le nombre d'intervention était inférieur ou égal à dix par an, avaient un risque relatif de décès 60 % plus élevé dans les cinq ans que celles traitées dans les centres à haut volume, avec un taux d'intervention supérieur à 150 par an¹⁴⁰.

En 2018, une large étude portant sur plus d'un million de patientes confirmait que les résultats ont montré que la réalisation du traitement chirurgical dans un centre à haut volume d'activité permettait un taux de survie amélioré par rapport à un centre à faible volume¹⁴¹. La même année, une étude menée par l'assurance maladie en France concluait que les femmes opérées d'un cancer du sein dans un établissement en dessous des seuils d'activité recommandés avaient un risque de décès supplémentaire de 84 % par rapport à celles opérées dans un établissement qui en réalise plus de 150 par an¹⁴².

Le volume d'activité de la structure est également susceptible d'avoir un impact sur les pratiques chirurgicales des établissements. Une étude de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) en 2017 soulignait ainsi que les femmes atteintes d'un cancer du sein avaient une probabilité deux fois plus élevée de bénéficier d'une reconstruction mammaire immédiate ou d'une procédure de ganglion sentinelle¹⁴³ dans les établissements qui réalisaient plus de 110 chirurgies du cancer du sein par an en comparaison avec ceux qui en réalisaient entre 50 et 110¹⁴⁴.

Dans ce contexte, des recommandations européennes de bonnes pratiques¹⁴⁵ ont précisé les prérequis nécessaires au traitement du cancer du sein. L'une d'elles concerne le volume

¹⁴⁰ Voir Roohan PJ, *et alii*, "Hospital volume differences and five-year survival from breast cancer", *American Journal of Public Health*, mars 1998, cité par INCa, *Proposition d'évolution des critères d'agrément des établissements de santé pour le traitement du cancer*, avril 2020.

¹⁴¹ Greenup RA *et alii*, "The effect of hospital volume on breast cancer mortality", *Annals of Surgery*, février 2018. Cité par INCa, *Ibid*.

¹⁴² Assurance maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'assurance maladie pour 2019*, juillet 2018. L'analyse porte sur la survie de l'ensemble des femmes opérées pour un cancer du sein entre 2012 et 2014, suivies jusqu'au 31 décembre 2016.

¹⁴³ La procédure du ganglion sentinelle est une technique chirurgicale utilisée pour déterminer si des cellules cancéreuses se sont propagées.

¹⁴⁴ Or, Z. *et alii*, « Variations des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France », *Questions d'économies de la santé*, n°226, mars 2017.

¹⁴⁵ Perry N, *et alii*, "European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document", *Annals of Oncology*, 5 octobre 2007, cité par INCa, *op.cit*.

minimal de patientes à traiter par des unités spécialisées de cancer du sein. Ces unités doivent traiter au minimum 150 patientes par an nouvellement diagnostiquées.

Différentes approches ont été mises en œuvre par les autorités de régulation nationales des différents États européens pour suivre les recommandations européennes concernant les centres spécialisés de cancer du sein et notamment respecter ce seuil.

La Commission européenne, dans son initiative contre le cancer du sein¹⁴⁶, a réalisé une enquête en 2017 sur la création de centres spécialisés de cancer du sein en Europe¹⁴⁷. Pour le seuil de 150 patientes par an, l'analyse des réponses a montré que l'Italie et la République Tchèque avaient rendu ce critère opposable par la loi. La Bulgarie, Chypre, l'Irlande, la Lituanie, le Luxembourg, la Suède, la Slovénie et la Slovaquie ont adopté ce seuil par un dispositif de certification ou d'accréditation de ces centres fondé sur le volontariat.

2 - Une réforme récente mais peu exigeante, ayant relevé le seuil d'activité minimal de 30 à seulement 70 séjours chirurgicaux par an

La réforme des autorisations d'exercer l'activité de soins du cancer du sein, issue des décrets du 26 avril 2022, recentre le périmètre de la chirurgie des cancers sur les interventions chirurgicales d'exérèses de la tumeur, met en place une gradation de l'offre dans ce domaine et élève le niveau de certains seuils d'activité minimale dans ce domaine.

Les autorisations d'exercer l'activité de soins de traitement du cancer par chirurgie sont octroyées par site géographique et les seuils d'activité minimale sont rendus opposables par site géographique également.

Jusqu'à la réforme des autorisations de 2022, le seuil minimal de chirurgie oncologique mammaire s'élevait à 30 séjours chirurgicaux par an. Ce seuil, insuffisamment exigeant et source de risques plus élevés pour les femmes au regard des données connues de la littérature scientifique, a alors été relevé à 70. Ce relèvement intermédiaire pose question au regard du consensus ancien concernant le seuil de 150 séjours annuels.

Cet écart est reconnu par l'INCa qui indique que « *la littérature et les recommandations semblent établir un consensus autour d'un seuil d'activité minimale à 150 interventions/an. Néanmoins, compte tenu de la fréquence des cancers du sein (58 459 nouveaux cas estimés en 2018), il est proposé de relever le seuil d'activité minimale de 30 interventions à 70 interventions par an afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins tout en préservant l'accessibilité des traitements aux patients* »¹⁴⁸.

Cette question de l'accessibilité est également soulignée par la DGOS qui indique que « *le seuil actuel, fixé à 70 actes par an, est fondé sur une recommandation de l'INCa. Ce seuil vise à prendre en compte à la fois la sécurité et la qualité des prises en charge et l'accès aux soins. [...] il convient de souligner que la chirurgie oncologique mammaire implique des transports itératifs*

¹⁴⁶ European commission initiative on breast cancer (ECIBC), cité par INCa, *op.cit.*

¹⁴⁷ “Report of a European survey on the implementation of breast units requirements - ECIBC-supporting information for breast cancer care policies and initiatives », JRC technical reports, European Commission, 2017, cité par INCa, *op.cit.*

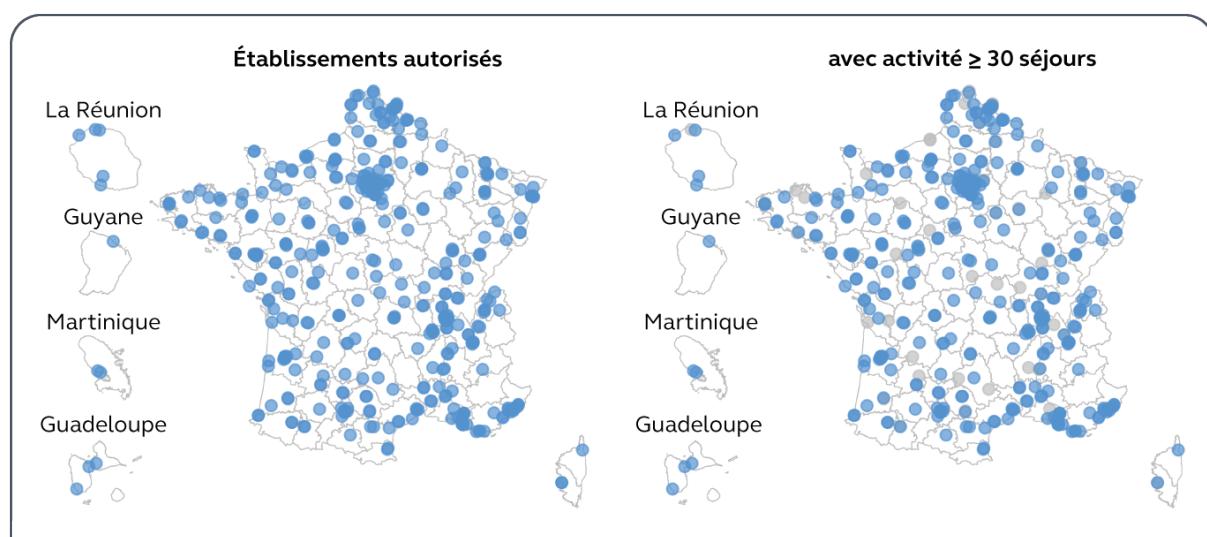
¹⁴⁸ INCa, *Proposition d'évolution des critères d'agrément des établissements de santé pour le traitement du cancer*, avril 2020.

pour la patiente en état de fragilité : consultation du chirurgien, consultation préanesthésique, placement du ganglion sentinelle, intervention chirurgicale d'exérèse de la tumeur (de plus en plus en ambulatoire), consultation du chirurgien post-opératoire. Une offre encore plus concentrée pourrait donc aggraver la lourdeur de ces trajets pour les patientes »¹⁴⁹.

Les pouvoirs publics n'ont cependant pas exclu une recomposition de l'offre de soins par étapes, en fixant un seuil intermédiaire moins élevé que celui faisant consensus sur le plan scientifique. La DGOS souligne d'ailleurs auprès de la Cour que « *la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030 prévoit une action III-3-2 d'analyse scientifique sur la nécessité d'éventuels nouveaux seuils qui pourrait être réalisée à l'aune d'un état des lieux de la mise en œuvre de la réforme par les futurs titulaires d'autorisation, soit à mi-parcours des autorisations octroyées (vers 2028), soit lors de la période de renouvellement des autorisations (aux alentours de 2031) »*¹⁵⁰.

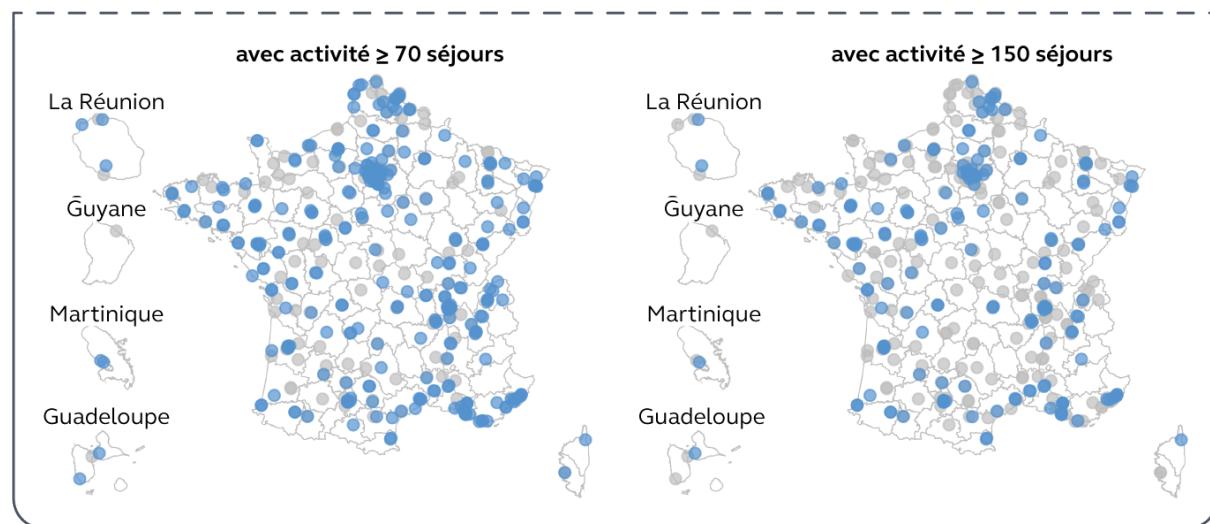
Les pouvoirs publics ont ainsi considéré le seuil de 150 séjours chirurgicaux par an, préconisé par la littérature scientifique et les recommandations européennes, comme trop exigeant, inquiets des conséquences sur la recomposition de l'offre de soins et de l'augmentation potentielle des temps de trajet pour les patientes qu'aurait pu entraîner un tel seuil s'il avait été retenu par la réforme des autorisations de 2022.

Carte n° 3 : établissements autorisés à pratiquer une chirurgie du cancer du sein en 2024 et en activité en 2023



¹⁴⁹ Réponse de la DGOS à la Cour dans le cadre de la présente enquête.

¹⁵⁰ Ibid.



Source : Cour des comptes, d'après les données du système national des données de santé

Aussi longtemps que les seuils minimaux d'activité ne correspondent pas à ceux reconnus comme souhaitables sur le plan médical et scientifique, ils traduisent un arbitrage en faveur de temps de trajet réduits plutôt que de moindres risques et dommages pour les femmes.

Cette stratégie de rehaussement intermédiaire des seuils et de maintien en activité de petites structures a par ailleurs pour conséquence une relative dispersion des moyens, alors que l'activité chirurgicale est particulièrement consommatrice de moyens humains (ressources humaines médicales – chirurgien, anesthésiste – et paramédicales – infirmiers spécialisés et généraux, etc.) comme matériels (plateaux techniques, consommables etc.), coûteux et difficiles à maintenir, *a fortiori* sur un grand nombre de sites à faible volume d'activité.

Des craintes plus générales associées à une restructuration vers un seuil plus exigeant sont soulignées par l'INCa, qui évoque des risques de renoncement aux soins de certaines patientes, de perte d'attractivité pour les structures perdant leur autorisation et d'embolie des structures plus importantes vers lesquelles serait redirigée l'activité des centres incapables d'atteindre un nouveau seuil¹⁵¹.

Afin de limiter les éventuels effets indésirables d'une restructuration plus conforme aux exigences de qualité et sécurité de prise en charge des patientes, il convient d'estimer concrètement l'impact de l'élévation de la durée de trajet, ainsi que d'en tirer les conséquences en termes d'anticipation, d'accompagnement de la restructuration de l'offre de soins et de nécessaire approfondissement des collaborations entre établissements (cf. *infra*).

3 - Une augmentation modérée de la durée de trajet moyenne en cas d'élévation des seuils d'autorisation

L'augmentation des seuils minimaux d'activité chirurgicale dans la prise en charge du cancer du sein est susceptible d'entraîner une hausse des temps de trajet pour les patientes. Cependant, cette augmentation serait probablement modérée.

¹⁵¹ Réponse de l'INCa à la Cour dans le cadre de la présente enquête.

D'après les analyses réalisées par la Cour, en moyenne, en 2024, les femmes de 45 à 74 ans résident à 18 minutes de route d'un établissement autorisé à pratiquer la chirurgie du cancer du sein, tous niveaux d'activité confondus. Cette durée s'élève à 27 minutes lorsque seuls les établissements ayant réalisé au moins 150 séjours sont pris en compte. Par ailleurs, seules 10 % des femmes sont à plus de 58 minutes de route d'un établissement ayant réalisé au moins 150 séjours de chirurgie du cancer du sein en 2023.

Tableau n° 4 : distribution du nombre de femmes de 45 à 74 ans par durée de trajet (en minutes) vers l'établissement autorisé le plus proche (2024)

Établissements	Quantiles						Moyenne
	10 %	25 %	50 %	75 %	90 %	95 %	
<i>Avec activité ≥30 séjours</i>	4	7	14	28	41	51	19
<i>Avec activité ≥70 séjours</i>	4	8	16	31	47	58	21
<i>Avec activité ≥150 séjours</i>	5	10	21	39	58	70	27
Tous	4	7	14	26	38	47	18

Source : Cour des comptes, d'après données du système national des données de santé

Note de lecture : En 2024, 90 % des femmes de 45 à 74 ans résident à moins de 38 minutes de route d'un établissement autorisé à pratiquer la chirurgie du cancer du sein, contre 58 minutes lorsque seuls les établissements ayant réalisé au moins 150 séjours sont considérés.

Note : Établissements autorisés en 2024, selon leur activité de chirurgie du cancer du sein en 2023. La moyenne calculée sur l'ensemble des établissements (« Tous ») est inférieure aux moyennes observées pour les sous-groupes avec un seuil minimal d'activité. Cela s'explique par la présence d'établissements de petite taille plus proches géographiquement des patientes, qui réduisent la moyenne globale.

Malgré l'inconvénient que l'augmentation des temps de trajet est susceptible de représenter pour un nombre réduit de patientes, cette augmentation est suffisamment contenue pour ne pas rendre hors d'atteinte le respect général du seuil de 150 séjours, dans la mesure où la chirurgie carcinologique mammaire constitue une activité programmée et non d'urgence.

La recomposition de l'offre de soins et l'évolution des temps de trajet qui en résultent pourraient de surcroît être atténuées par la mutualisation de l'activité entre structures n'atteignant pas, seules, le seuil des 150 prises en charge annuelles.

Même si les temps de déplacement peuvent être plus longs pour certaines patientes, les risques associés à la prise en charge chirurgicale plaident pour une priorité claire en faveur de les plus grandes sécurité et qualité des soins possibles à cette étape de la prise en charge, et à ce qu'elle intervienne dans des centres experts à plus fort volume d'activité.

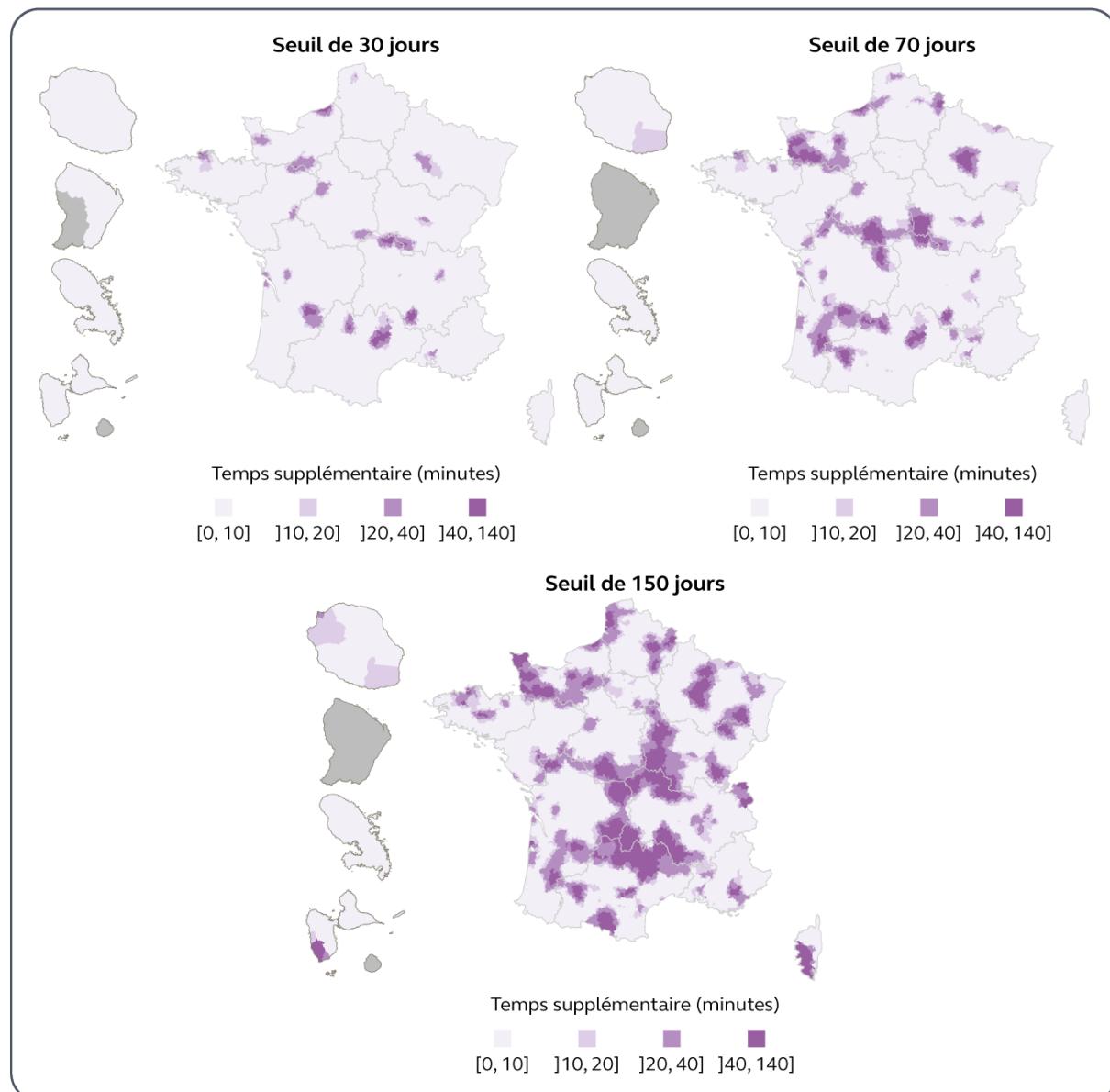
4 - Une anticipation nécessaire afin d'accompagner la recomposition de l'offre de soins

La réforme visant à éléver les seuils minimaux d'activité chirurgicale pour le cancer du sein impose une analyse approfondie de son impact territorial, particulièrement dans les zones qui seraient les plus concernées.

Les établissements dont l'activité est insuffisante pourraient se rattacher à un centre déjà reconnu pour son haut volume d'activité et son expertise.

Alternativement, plutôt que de contraindre tous les établissements ne répondant pas aux nouveaux critères à abandonner leur activité, une solution - particulièrement opportune dans les zones les moins pourvues en structures hospitalières - consisterait à favoriser le regroupement des prises en charge chirurgicales au sein de structures capables d'absorber un volume accru de patientes. Ce cas correspond au regroupement de l'activité de plusieurs établissements ne franchissant pas individuellement les seuils, mais dont la mise en commun des ressources leur permettrait d'atteindre collectivement le volume requis.

Carte n° 4 : allongement de la durée de trajet vers l'établissement autorisé à réaliser des chirurgies du cancer du sein le plus proche en fonction des seuils (2024)



Source : Cour des comptes. Note de lecture : Les communes représentées avec la couleur la plus foncée correspondent à un allongement du temps de trajet supérieur à 40 minutes pour accéder à un établissement autorisé réalisant au moins n séjours, par rapport à l'établissement autorisé le plus proche, sans condition de volume d'activité.

Une telle restructuration devrait être conduite, sous l'égide des agences régionales de santé, en concertation avec les acteurs locaux : professionnels de santé, élus et associations de patientes.

5 - Des coopérations entre établissements à approfondir

La réforme des seuils minimaux d'activité chirurgicale pour le cancer du sein peut être l'occasion d'organiser différemment les parcours de soins en approfondissant les coopérations entre établissements. Plusieurs modèles peuvent être envisagés.

Une première approche consiste en la collaboration entre un centre expert et une structure plus petite, permettant à cette dernière de garantir son offre de soins. À titre d'exemple, l'Institut de Cancérologie de l'Ouest (ICO, Nantes-Angers) et le centre hospitalier de Cholet ont historiquement développé un partenariat par lequel ils déplacent des postes médicaux partagés et de soutien à l'activité d'oncologie médicale du centre hospitalier de Cholet, avec actuellement 3 oncologues médicaux de l'ICO en poste au CH de Cholet. Ce partenariat est complété par une politique d'accès aux essais thérapeutiques de l'ICO, l'existence de consultations médicales avancées de radiothérapie, le déploiement d'une antenne de médecine nucléaire du GCS Du Bellay (CHU Angers et ICO) sur le site du CH de Cholet ainsi que le soutien à la chirurgie sénologique et le projet d'un poste partagé en chirurgie gynécologique.

En deuxième lieu, pourrait s'envisager un modèle de coopération dans lequel l'intervention chirurgicale, pour les raisons évoquées ci-dessus, est réalisée dans un centre expert à haut volume d'activité, tandis que les autres étapes (consultations, traitements adjutants, suivi) sont assurées dans des structures plus proches du domicile des patientes. Les patientes pourraient ainsi être opérées dans un centre expert, puis suivies localement, réduisant les contraintes liées aux trajets répétés pour certains traitements en particulier (séances de radiothérapie, chimiothérapies, etc.).

Une telle approche doit reposer sur une coordination entre professionnels et établissements, avec des protocoles communs et des outils numériques pour assurer la continuité des soins. Parmi les modèles envisageables, il serait possible de prévoir un contrôle du bilan initial et une RCP pré-thérapeutique dans un centre expert, puis une prise en charge orientée selon la complexité du cas : à proximité du domicile pour les traitements adjutants des cas standards et en centre expert pour les cas complexes (traitement néo adjuvant, essai thérapeutique, nouvelle pratique...). Cela pourrait permettre de s'assurer dès le début du parcours du choix du traitement optimal, et de sa réalisation dans le lieu le plus adapté.

De manière générale, de telles orientations sont conformes aux évolutions récentes du cadre réglementaire, permettant aux patientes des traitements à proximité de leur domicile, et prévoyant la possibilité pour les établissements autorisés à administrer des traitements médicamenteux systémiques du cancer d'être « associés » à d'autres établissements pour l'administration de ces traitements¹⁵². Peut également être mentionné le soutien à l'administration de traitements médicamenteux systémiques en hospitalisation à domicile

¹⁵² Cadre prévu par l'article R. 6123-90-1 du code de la santé publique et précisé par l'arrêté du 29 juillet 2025 fixant le cahier des charges prévu à l'article R. 6123-90-1 du code de la santé publique, et la note d'information n° DGOS/P1/2025/108 du 11 août 2025 relative au dispositif des établissements « associés » pour l'application des traitements médicamenteux systémiques du cancer au titre des dispositions de l'article R. 6123-90-1 du code de la santé publique.

(HAD), illustré notamment par l'expérimentation d'un forfait d'adressage¹⁵³ ainsi que le soutien à la coordination ville-hôpital dans les parcours de traitements anticancéreux oraux, à travers les expérimentations dites article 51 « Oncolink » et « Ako@dom picto », dont l'entrée dans le droit commun a été annoncée en novembre 2025¹⁵⁴.

III - Un accès hétérogène aux études cliniques et aux thérapeutiques innovantes

L'accès aux études cliniques et aux thérapeutiques innovantes peut être contraint par la capacité des établissements de santé à proposer ces dernières à leurs patientes.

A - Une recherche clinique française de haut niveau en matière de cancer du sein, bien qu'en léger recul sur le plan international

Alors que, d'après le centre national de coordination de la recherche (CNCR), les publications scientifiques françaises sur le cancer du sein classaient notre pays au septième rang mondial en nombre de publications sur la période 2015-2019, la France ne se situe plus qu'au onzième rang mondial, sur la période 2019-2023.

La part de la France dans la production scientifique mondiale totale a globalement décrû sur la période 2010-2023 pour passer de 4,37 % de la production mondiale (avec un plus haut à près de 5 % en 2011) à 3,22 %.

Elle se distingue cependant par la qualité de ses publications. Ainsi, la part de publications françaises en matière de cancer du sein figurant dans les meilleures revues de la discipline est supérieure à celle de tous les pays sur la période 2019-2023¹⁵⁵. La part de ces publications figurant parmi les plus citées au monde est également remarquable, supérieure à l'ensemble des pays dont le nombre de publications est pourtant plus important¹⁵⁶.

Elle se distingue aussi par le nombre d'études interventionnelles en cours qui la place au 3^{ème} rang mondial derrière les États-Unis et la Chine, représentant plus d'un tiers des études ouvertes en Europe.

¹⁵³ Article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Le texte fixe les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de l'expérimentation d'une rémunération forfaitaire pour la mise à disposition, par un établissement autorisé au traitement du cancer, d'une expertise et d'un appui à la prise en charge lors de l'adressage d'un patient pour la poursuite de son traitement médicamenteux systémique du cancer en hospitalisation à domicile.

¹⁵⁴ Réponse de la DGOS à la Cour dans le cadre de la présente enquête.

¹⁵⁵ Indicateur de publication dans les revues Q1 (25 % des revues à plus haut *Impact Factor* au sein de chaque discipline) qui s'élève en France à 56,3 % de ses publications en matière de cancer du sein. Cet indicateur mesure la capacité à publier dans des revues de haut niveau. Source : CNCR.

¹⁵⁶ Indicateur d'excellence évaluant le nombre de publications (indexées *Web of Science*) parmi les 1 % des publications les plus citées au niveau mondial, en ajustant sur l'année de publication et le champ disciplinaire. Ce taux s'élève à 4,37 % du total des publications françaises en matière de cancer du sein. Source : CNCR.

B - Un accès cependant disparate des femmes aux études cliniques et protocoles de prise en charge innovants

La recherche clinique en cancérologie, et plus spécifiquement en matière de cancer du sein, se heurte à des obstacles qui limitent l'accès des patientes aux innovations thérapeutiques.

Le type d'établissement de santé dans lequel la patiente est accueillie joue un rôle déterminant.

Sur le plan de l'activité de promotion, c'est-à-dire les essais cliniques pour lesquels un établissement de santé assume l'ensemble des responsabilités administratives, logistiques, financières et réglementaires pour initier, organiser, financer et superviser l'essai concerné, les centres de lutte contre le cancer, de façon majoritaire, puis les centres hospitaliers régionaux et universitaires, sont les établissements les plus moteurs. En 2023, ils promouvaient respectivement 76 % et 18 % des études en matière de cancer du sein en France. De façon encore plus marquée, en 2023, 91 % des inclusions de patientes dans ces études cliniques promues par un établissement de santé français l'étaient dans des études promues par les centres de lutte contre le cancer (5 % par les CHU et 3 % par les centres hospitaliers généraux)¹⁵⁷.

Sur le plan de l'activité dite d'investigation, c'est-à-dire la participation d'un établissement à des études dont la promotion est assurée par d'autres centres, le tableau est plus contrasté. Tandis que les centres de lutte contre le cancer demeurent majoritaires en nombre d'inclusions de patientes atteintes d'un cancer du sein, les centres hospitaliers généraux dépassent les CHU en 2023¹⁵⁸.

Malgré la part grandissante qu'y prennent certains types d'établissement, comme les centres hospitaliers généraux, autrefois inexistant, l'essentiel des études actives et inclusions de patientes intervient dans un nombre restreint de centres de référence. Cette concentration des essais crée une inégalité d'accès aux protocoles les plus innovants, notamment pour les patientes suivies en dehors des grands pôles spécialisés.

Cette inégalité est particulièrement aigüe pour les essais précoce, souvent centralisés dans des sites hautement spécialisés, et pour les situations cliniques rares ou dépourvues d'options thérapeutiques.

Le cas des essais de phase précoce

Les essais cliniques de phase précoce (phases 1 et 2) occupent une place croissante en cancérologie, avec une particularité majeure par rapport à d'autres domaines thérapeutiques : ils ne sont pas menés sur des volontaires sains, mais sur des patientes atteintes de cancers avancés, souvent en impasse thérapeutique. Cette spécificité confère à ces essais une dimension particulière, où l'enjeu n'est pas seulement l'évaluation de la tolérance ou de l'efficacité d'un traitement, mais aussi l'accès à une innovation potentielle pour des patientes en situation de besoin urgent.

¹⁵⁷ Données issues du centre national de la coordination de la recherche (CNCR). Voir annexe n°11 spécifique. Le total peut ne pas correspondre exactement à 100 % du fait d'arrondis.

¹⁵⁸ Ibid.

Au fil des années, ces essais ont gagné en importance, portés par les revendications des professionnels de santé et des associations de patientes, qui militent pour un droit d'accès à l'innovation. Contrairement aux essais de phases ultérieures, ciblant des indications précises, les phases précoce sont souvent conçues comme « tout type de cancer ». Les mécanismes d'action des molécules testées ne sont pas encore associés à des cancers spécifiques, et les indications pertinentes n'ont pas été identifiées par les industriels. Les patientes incluses dans ces protocoles représentent donc une population hétérogène, avec des tumeurs rares, résistantes ou en échec thérapeutique, pour lesquelles les options standards sont limitées.

Cette dynamique soulève des questions cruciales, tant sur le plan éthique (sélection des patientes, équité d'accès) que logistique (organisation des centres, inclusion rapide). Elle reflète aussi une évolution des attentes, où l'accès aux essais précoce est de plus en plus perçu comme une opportunité thérapeutique à part entière, et non plus seulement comme une étape de recherche.

C - Encourager la démarche de désescalade thérapeutique

La désescalade thérapeutique consiste à alléger les traitements pour des résultats similaires voire supérieurs, et est facilitée par le développement de thérapies personnalisées. Elle s'applique par exemple à la chimiothérapie ou la radiothérapie¹⁵⁹. Il s'agit d'un enjeu central afin de permettre aux femmes de bénéficier de prises en charge plus raisonnées, lorsque des prises en charge plus lourdes ne sont pas indispensables, ainsi que de réduire les coûts pour le système de santé.

Des essais cliniques sont cependant nécessaires afin de valider l'évolution de la thérapeutique. Ces derniers permettent ainsi de réduire dès le démarrage de l'essai les coûts immédiats pour l'assurance maladie en adaptant les protocoles de soins, puis en cas de résultats positifs, d'accroître ces économies et surtout d'optimiser à long terme les stratégies thérapeutiques en limitant l'exposition inutile à certains traitements, améliorant ainsi la qualité de vie des patientes et réduisant les effets indésirables des traitements engagés.

Certains essais cliniques promus par la fédération Unicancer et soutenus par l'assurance maladie visent à réduire l'intensité de la thérapeutique et sont en outre susceptibles d'avoir des effets importants en matière d'économie, estimés entre 32 M€ et 200 M€ par an selon l'essai et le type de cancer du sein¹⁶⁰.

La stratégie décennale de lutte contre les cancers a pour objectif de développer la recherche pour diminuer les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes. Elle visait à mettre en place dès 2021 un programme de recherche clinique (PHRC-K) en cancérologie pour soutenir des projets de recherche visant à évaluer l'efficacité, la sécurité, la tolérance et la faisabilité des technologies de santé dans le domaine du cancer, avec une priorité particulière

¹⁵⁹ Les perspectives sont nombreuses. Dans leurs réponses à la Cour, la Fédération Unicancer ainsi que la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs et la Fédération hospitalière de France mentionnent ainsi, parmi d'autres mesures, le déploiement de la radiothérapie hypo-fractionnée, qui consiste à diminuer le nombre de séances tout en augmentant la dose par séance, améliorant la qualité de vie des patientes, le développement de la chirurgie mini invasive et la chirurgie conservatrice par oncoplastie, le recours aux tests génomiques qui permettrait une diminution de 2/3 des indications de chimiothérapie adjuvante, l'augmentation des taux de reconstruction mammaire immédiate avec des chirurgies de moins en moins délabrantes (conservation de l'étui cutané et des plaques aréolo-mamelonnaires), etc.

¹⁶⁰ Études DECEMBER et OPT-EMBRO. Voir Rapport *Charges et produits pour 2026*, CNAM.

pour la réduction de la toxicité des traitements à moyen et long terme et la désescalade thérapeutique.

Le ministère chargé de la santé souligne ainsi que depuis 2021, en tenant compte des priorités de la stratégie décennale de lutte contre le cancer, une mention spécifique concernant la désescalade thérapeutique a été ajoutée dans les orientations spécifiques du PHRC-K¹⁶¹. Les essais de désescalade thérapeutique sont ainsi traités comme une priorité, et bénéficient d'une enveloppe financière particulière de la DGOS d'un montant de 5 M€ par an.

Ainsi, sur la période couvrant les éditions 2021 à 2023 du PHRC-K, 29 projets de recherche clinique consacrés à la désescalade thérapeutique ont été financés pour un montant total de 26 M€, ce qui représente près du quart des projets (23 %)¹⁶².

De telles initiatives de désescalade thérapeutique et des prises en charge plus raisonnées doivent se poursuivre à l'avenir, tout en évaluant leur impact effectif en matière de moindres dépenses pour la sécurité sociale.

IV - Une charge financière croissante pour le système de santé

Les dépenses liées à la prise en charge du cancer du sein pour l'assurance maladie s'élevaient à près de 4,7 Md€ en 2023. Elles ont substantiellement augmenté sur la période récente, à hauteur de plus de 65 % depuis 2015 (2,8 Md€). Sur la même période, le nombre de patientes n'a pourtant augmenté que de 6 %.

Tableau n° 5 : évolution des dépenses en matière de prise en charge du cancer du sein par l'assurance maladie (2015-2023)

	2015	2023	Taux de croissance 2015 - 2023
<i>Hospitalisations</i>	1 427 292 917 €	2 335 511 292 €	63,63 %
<i>Prestations en espèces</i>	304 175 322 €	425 044 974 €	39,74 %
<i>Soins de ville</i>	1 102 315 175 €	1 923 343 155 €	74,48 %
Total général	2 833 783 414 €	4 683 899 421 €	65,29 %

Source : Assurance maladie (Data pathologies). Euros courants.

Poste de dépense principal, les dépenses d'hospitalisation s'élevaient à 2,3 Md€ en 2023, contre 1,4 Md€ en 2015. Au sein de ce cette catégorie de dépenses, peut être soulignée l'importance des dépenses d'hospitalisation dans le secteur public (785 M€) ainsi que des dépenses de produits relevant de la liste en sus, dans les secteurs public (694 M€) et privé (325 M€)¹⁶³.

¹⁶¹ Avec les précisions suivantes : réduire les toxicités des traitements à moyen et long terme dans une approche visant à amoindrir les séquelles et améliorer la qualité de vie des patientes.

¹⁶² Source : réponse de la DGOS à la Cour.

¹⁶³ Pour les autres dépenses, voir annexe n° 4 « Évolution des dépenses d'assurance maladie, patientes atteintes d'un cancer du sein (2015-2023) ».

Deuxième poste de dépense par son importance, les soins de ville s'élevaient à 1,9 Md€ en 2023 contre 1,1 Md€ en 2015. La charge financière tient d'abord aux médicaments remboursés (935 M€ en 2023, en forte augmentation de 150 % depuis 2015) ainsi qu'aux soins dispensés par des spécialistes médicaux (392 M€) et aux transports sanitaires (249 M€).

Les prestations en espèces représentent 425 M€ en 2023, contre 304 M€ en 2015. Elles correspondent d'abord aux indemnités journalières versées aux patientes (233 M€, +41 % depuis 2015), suivies des prestations d'invalidité (185 M€, +38 % depuis 2015) et plus marginalement des rentes versées aux victimes d'accident du travail et maladies professionnelles (7 M€).

Si l'évolution des dépenses d'assurance maladie sur la période a en partie pour origine l'augmentation du nombre de patientes, elle s'explique par la croissance de l'ensemble des postes plus que proportionnelle à l'augmentation des femmes traitées pour un cancer du sein.

L'augmentation des dépenses de produits de santé en ville comme à l'hôpital pour le traitement de cette maladie (+120 %, de 913 M€ en 2015 à plus de 2 Md€ en 2023) doit en particulier être soulignée. Elle représente 59 % de la hausse totale des dépenses. Elle s'explique notamment par la mise sur le marché de nouveaux médicaments anticancéreux coûteux au cours de la période¹⁶⁴.

¹⁶⁴ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VI « Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants », mai 2024.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En réponse à la question évaluative posée sur l'efficience de l'organisation de la prise en charge au regard des besoins des patientes, la Cour porte une appréciation réservée.

L'organisation de l'offre de soins en matière de cancérologie mammaire présente des lacunes, sources de thérapeutiques moins efficaces proposées aux patientes comme de dépenses supérieures pour le système de santé. Les modalités d'autorisation de prise en charge du cancer du sein ont récemment évolué, dans le sens d'un renforcement des obligations. Elles restent toutefois insuffisantes au regard des exigences de qualité et de sécurité des prises en charge. Cette organisation est inefficiente sur le plan sanitaire comme économique au regard de la dispersion des moyens, et doit, par conséquent, être revue.

La charge financière que le cancer du sein représente pour l'assurance maladie a fortement augmenté sur la période récente, principalement sous l'effet de la progression des dépenses de produits de santé.

La Cour formule en conséquence les quatre recommandations suivantes :

4. *assurer dès 2026 un suivi régulier de l'activité des établissements autorisés à pratiquer le cancer du sein, et faire cesser sans délai toute prise en charge intervenant dans un établissement non autorisé (ministère chargé de la santé) ;*
 5. *dans le but d'améliorer la qualité et sécurité des prises en charge, éléver à 150 le seuil minimal annuel de séjours chirurgicaux à atteindre afin d'autoriser un établissement de santé à assurer une activité de prise en charge chirurgicale en matière de cancer du sein. Pour ce faire, prévoir dans les prochains projets régionaux (2028-2032) de santé la recomposition de l'offre de soins liée au relèvement de ce seuil (ministère chargé de la santé) ;*
 6. *dans les prochains projets régionaux de santé (2028-2032), renforcer la coopération entre établissements de santé afin de permettre aux patientes de bénéficier d'interventions chirurgicales en centre expert à haut volume d'activité tandis que d'autres étapes de la prise en charge interviendraient, lorsque cela est possible, dans un centre plus proche de leur domicile (ministère chargé de la santé).*
-

Chapitre III

Un accompagnement et des soins encore lacunaires dans la période de l'après-cancer

Ce dernier chapitre vise à répondre à la question évaluative suivante : « *Les mesures actuelles permettent-elles de limiter les séquelles de la maladie, de prévenir la récidive et d'améliorer la qualité de vie des patientes ?* »

Celle-ci a pour objet d'apprécier la pertinence et l'efficacité des mesures mises en place afin de limiter les séquelles liées au cancer du sein et d'améliorer la qualité de vie des patientes.

L'analyse de la Cour porte dans un premier temps sur les conséquences de la maladie, qui, au-delà des enjeux sanitaires pour les patientes, représentent des défis multiples d'ordre financier, professionnel et plus largement personnel pour ces dernières (I). En effet, le poids des inégalités financières se révèle fort et la précarité fragilise l'ensemble du parcours de soins et de survie. Dans un second temps, elle s'attache à analyser l'éventail des dispositifs de soins de support actuellement proposés, en tenant compte de leur accessibilité, de leur articulation au sein du parcours de soins et de leur capacité à répondre aux besoins exprimés par les patientes (II), ces soins regroupant, selon l'INCa, l'ensemble des interventions destinées à prendre en charge les conséquences de la maladie et des traitements afin de préserver et d'améliorer la qualité de vie des patientes.

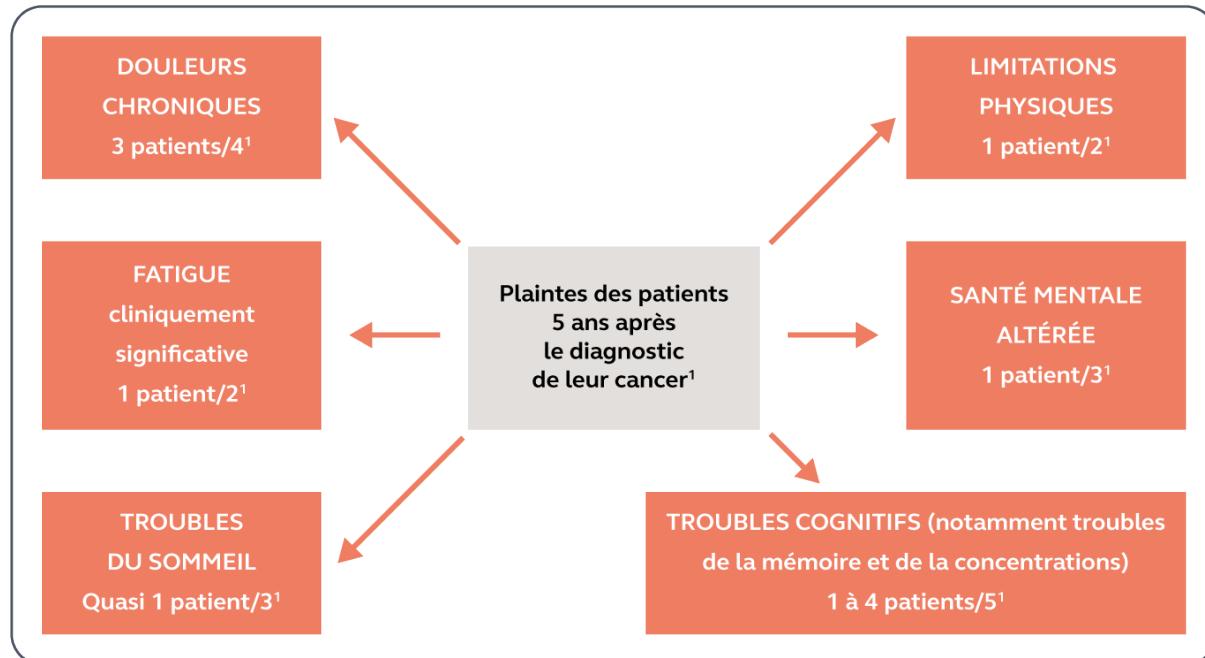
I - Le cancer du sein, une maladie qui fragilise durablement les femmes

Les conséquences de la maladie sont multiples pour les femmes, d'ordre sanitaire, financier et professionnel.

A - Des conséquences sanitaires

Cinq ans après le diagnostic, une proportion significative de patients, tous types de cancers confondus, continue de se plaindre de troubles de santé chroniques, traduisant la persistance de séquelles lourdement invalidantes au long cours.

Schéma n° 3 : principaux effets indésirables pour les patients atteints du cancer



Source/note : DREETS – ARS Île-de-France

Le cancer du sein est l'un des cancers les plus concernés par la persistance de séquelles.

D'après l'Observatoire sociétal des cancers, 84 % des personnes ayant été soignées pour un cancer, majoritairement des femmes, déclarent ressentir au moins une conséquence physique ou psychologique attribuable à la maladie ou à ses traitements. Cette proportion atteint encore 85 % parmi les individus ayant achevé leur traitement, indiquant la persistance de séquelles durables au-delà de la période thérapeutique¹⁶⁵.

L'analyse par sexe et type de cancer montre que les femmes, et en particulier celles atteintes d'un cancer du sein, présentent une prévalence plus élevée de séquelles sévères. Dans ce groupe, 64 % des situations recensées correspondent à des séquelles jugées fortes, traduisant une charge symptomatique particulièrement élevée. Cette situation s'explique en partie par l'intensité des prises en charge : près d'un tiers d'entre elles ont reçu quatre traitements ou plus, soit près de trois fois plus que l'ensemble des patients atteints de cancer.

Les données de l'étude VICAN 5¹⁶⁶ soulignent la forte prévalence des séquelles, physiques comme psychologiques. Six femmes sur dix déclarent en subir. Les plus fréquentes concernent la fatigue (55 à 60 %), les douleurs chroniques (35 à 40 %), les troubles cognitifs (25 à 30 %) et les lymphœdèmes¹⁶⁷ (10 à 15 %). À cela s'ajoutent des troubles hormonaux (ménopause précoce, ostéoporose, sécheresse vaginale), des difficultés de fertilité et un impact significatif sur la sexualité, relevé par 45,4 % des patientes.

¹⁶⁵ Accès aux soins de support et coordination des parcours en cancérologie, La Ligue contre le cancer, 20 septembre 2022.

¹⁶⁶ La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, INCa, juin 2018.

¹⁶⁷ Un lymphœdème est une enflure qui se produit lorsque la lymphe ne peut pas circuler normalement et qu'elle s'accumule dans les tissus mous d'un membre.

Près de la moitié rapportent un état d'anxiété et une sur cinq présente des signes de dépression modérée à sévère. Ces atteintes sont plus marquées chez les femmes jeunes ou en situation socio-économique défavorisée.

Plus de 50 % des femmes déclarent au moins un symptôme fonctionnel ou physique résiduel à six ans¹⁶⁸.

Les risques cardiovasculaires induits par les traitements oncologiques constituent une préoccupation croissante. Les patientes atteintes d'un cancer du sein présentent une surmortalité cardiovasculaire supérieure à celle de la population générale¹⁶⁹. Elle est attribuable aux traitements eux-mêmes, notamment la radiothérapie¹⁷⁰ qui peut induire des complications telles que l'insuffisance cardiaque ou les dysfonctionnements myocardiques. Les irradiations thoraciques, fréquemment utilisées dans le traitement du cancer du sein¹⁷¹, sont particulièrement concernées.

Les traitements médicamenteux de longue durée, tels que l'hormonothérapie¹⁷² ou les anthracyclines¹⁷³, présentent également, parmi leurs effets indésirables, un risque cardiovasculaire. De fait, 27,1 % des patientes signalent des problèmes cardiaques, et 34,8 % souffrent d'hypertension artérielle¹⁷⁴.

Ces séquelles contribuent à une dégradation durable de leur qualité de vie. Cette sous-estimation du poids médico-économique des séquelles traduit plus largement la difficulté du système de santé à intégrer une approche globale et coordonnée, au-delà de la phase aiguë du traitement. Ces constats plaident pour un renforcement systématique du suivi médical et des soins de support.

B - Des conséquences financières, résultant notamment du reste à charge lié à la maladie

1 - Les conséquences financières

Le cancer du sein a des conséquences négatives sur la situation économique des patientes. 26,3 % des personnes atteintes d'un cancer déclarent une baisse de leurs revenus à la suite de la maladie¹⁷⁵.

¹⁶⁸ Franzoi MA, Di Meglio A, Michiels S, Gillanders E, Gaudin C, Martin AL, Vaz-Luis I. "Patient-reported quality of life 6 years after breast cancer", *JAMA Netw Open*, février 2024.

¹⁶⁹ Galimzhanov A, et alii, "Cardiovascular outcomes in breast cancer survivors: a systematic review and meta-analysis", *Eur J Prev Cardiol*, décembre 2023.

¹⁷⁰ Manoj Kumar Honaryar et alii, « Cancer therapy-related cardiac dysfunction after radiation therapy for breast cancer: results from the BACCARAT cohort study », *Cardiooncology*, août 2024

¹⁷¹ Yun-Jiu Cheng et alii, "Long-term cardiovascular risk after radiotherapy in women with breast cancer", *Journal of the American Heart Association*, mai 2017.

¹⁷² A R Ferreira et alii, "Differential impact of endocrine therapy and chemotherapy on quality of life of breast cancer survivors: a prospective patient-reported outcomes analysis", *Annals of Oncology*, novembre 2019.

¹⁷³ Classe de médicaments fréquemment utilisée en cancérologie.

¹⁷⁴ « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer », INCa, juin 2018.

¹⁷⁵ « La vie cinq ans après un diagnostic de cancer », INCa, juin 2018.

Les données de la cohorte CANTO¹⁷⁶ mettent en évidence l'ampleur et la persistance des inégalités socio-économiques parmi les femmes traitées pour un cancer du sein. Au moment du diagnostic, 12,3 % d'entre elles déclarent des difficultés financières élevées et 21,7 % des difficultés de niveau moyen, contre 66 % rapportant un confort relatif.

Près d'un tiers des patientes (29,2 %) appartiennent à la catégorie la plus défavorisée illustrant la persistance de fortes disparités économiques.

Ces écarts de revenus ne sont pas sans conséquences et peuvent influencer la qualité de vie, l'accès aux soins, le recours aux dispositifs de soutien ou encore les possibilités de réinsertion professionnelle après la maladie.

Pour les patientes les plus précaires, la maladie s'accompagne souvent d'un poids économique supplémentaire lié aux dépenses de santé non remboursées, aux arrêts de travail prolongés ou à la perte de revenus du foyer. À l'inverse, les patientes disposant de moyens plus confortables peuvent plus aisément mobiliser les ressources nécessaires à leur suivi médical.

L'étude des complications à partir des données de la cohorte PASCA¹⁷⁷ met en évidence une évolution fréquente de la situation sociale après le diagnostic. En effet, si une large majorité (60,6 %) estime que leur situation demeure identique, 36 % des femmes font part d'une dégradation après la fin des traitements. Ces résultats traduisent une proportion non négligeable de situations sociales en recul.

Ces disparités socio-économiques s'accentuent au cours des deux années suivant le diagnostic, donnant lieu à une altération de la qualité de vie des patientes les plus démunies. Elles ne se limitent pas aux conditions de vie mais se répercutent sur les caractéristiques cliniques et les trajectoires de soins. Les patientes les plus précaires sont plus jeunes et présentent davantage de comorbidités. Elles sont aussi plus souvent confrontées à des stades avancés de la maladie lors du diagnostic et à des traitements plus lourds, qu'il s'agisse de mastectomies, de chirurgies ganglionnaires étendues ou de chimiothérapies.

Au-delà de la phase de traitement, les inégalités de revenu se traduisent par des écarts significatifs et persistants de qualité de vie. Les patientes déclarant des difficultés financières présentent dès le diagnostic des scores de qualité de vie inférieurs¹⁷⁸. Cet écart tend à s'aggraver au cours des deux années suivantes, indépendamment du stade tumoral, des modalités thérapeutiques ou de l'état de santé antérieur. Ainsi, la précarité constitue un facteur aggravant transversal, qui fragilise l'ensemble du parcours de soins et de survie.

Ces éléments plaident pour une reconnaissance plus systématique de la dimension sociale dans la prise en charge des cancers, dans le suivi et l'accompagnement des patientes.

Les inégalités observées se traduisent par des disparités dans l'accès aux ressources et au soutien social autour du traitement. Les capacités financières pour accéder à des soins complémentaires ou un soutien psychologique constituent un facteur déterminant.

¹⁷⁶ Sandoval JL et alii, “Magnitude and temporal variations of socioeconomic inequalities in the quality of life after early breast cancer: results from the multicentric French CANTO cohort”, *Journal of Clinical Oncology*, août 2024.

¹⁷⁷ Parcours de santé au cours du cancer (PASCA) : cohorte interventionnelle dédiée à l'après-cancer, Centre Léon Bérard, Lyon.

¹⁷⁸ Sandoval JL, et alii, “Magnitude and temporal variations of socioeconomic inequalities in the quality of life after early breast cancer: results from the multicentric French CANTO cohort”, *Journal of Clinical Oncology*, août 2024.

Ces inégalités socio-économiques entraînent une détérioration plus marquée de la santé physique et mentale, compliquant la gestion des effets indésirables, de la fatigue et d'autres difficultés liées au cancer et à ses traitements.

2 - L'existence d'un reste à charge limité pour les patientes, dans la phase active du traitement

Le cancer du sein représente pour les femmes atteintes par cette pathologie l'engagement de dépenses qui ne sont pas toujours couvertes par l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire.

Le cancer du sein est une pathologie considérée comme une affection de longue durée (ALD) dite exonérante au sens de l'assurance maladie¹⁷⁹. Elle est reconnue comme nécessitant un traitement prolongé et coûteux, ouvrant droit, pour les patientes, à la suppression de la participation de ces dernières aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie. Les patientes bénéficient d'un remboursement de leurs soins au maximum du plafond prévu par la sécurité sociale. Elles sont exonérées du ticket modérateur, qui s'impose habituellement aux assurés pour les autres prises en charge, ainsi que de différentes participations forfaitaires habituellement dues pour les actes lourds.

L'existence d'un coût trop important à la charge des patientes pourrait en effet conduire certaines d'entre elles à renoncer à se soigner, pour des raisons financières. C'est ce que le dispositif d'affection de longue durée vise à éviter, dans une logique de solidarité nationale dans la prise en charge de cette pathologie.

Malgré ce cadre, qui pose dans son principe général une absence de participation financière pour les patientes, un reste à charge est fréquemment évoqué par les malades et associations de patientes atteintes d'un cancer du sein.

Le reste à charge, des approches variées

Selon la DREES¹⁸⁰, le reste à charge (RAC) des ménages est le montant de la dépense de santé qu'il leur reste à acquitter après intervention des assurances maladie de base et complémentaires. Il ne comprend pas les dépenses non présentées au remboursement de la sécurité sociale, qui correspondent par exemple aux médecines dites « douces », médicaments sans ordonnance ou dépassements d'honoraires des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

Le reste à charge des ménages peut cependant être appréhendé d'autres façons, ce qui peut contribuer à rendre plus difficile l'appréciation de son ampleur et la comparabilité entre les sources de données. Même si l'approche la plus usuelle demeure la définition retenue par la DREES, deux autres approches peuvent être envisagées :

- une approche étendue aux dépenses non remboursées par la sécurité sociale et/ou induites par la maladie, sans rapport avec les prestations habituellement remboursées par la branche maladie ;

¹⁷⁹ Article D160-4 du code de la sécurité sociale.

¹⁸⁰ DREES, *Les dépenses de santé en 2023*, Edition 2024. Fiche n° 27 « Comparaisons internationales du reste à charge des ménages ».

- une approche limitée aux remboursements de l'assurance maladie obligatoire, définissant le reste à charge comme le montant de la dépense de santé qu'il reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base mais avant le remboursement des assurances complémentaires.

Pour des raisons méthodologiques, c'est cette dernière approche qui est retenue par la Cour pour l'évaluation financière du reste à charge (cf. *infra*). En l'absence d'appariement des bases de données de l'assurance maladie et des assurances complémentaires, il n'est en effet pas possible d'estimer de façon rigoureuse le reste à charge par pathologie après remboursement de l'assurance maladie complémentaire, comme le fait la DREES à un niveau agréé national pour l'ensemble des dépenses de santé. La Cour a toutefois cherché à compléter cette appréciation du reste à charge pour les patientes (cf. *infra*).

En se fondant sur les données du système national des données de santé (SNDS), la Cour estime un reste à charge moyen des femmes atteintes d'un cancer du sein, après remboursement par l'assurance maladie obligatoire et avant remboursements éventuels par l'assurance maladie complémentaire, à 1 549 €¹⁸¹.

Cette somme correspond à 57 % de part dite opposable (participations forfaitaires, franchises médicales et forfaits journaliers hospitaliers) et 43 % de liberté tarifaire (dépassements d'honoraires des professionnels de santé et liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux).

Tableau n° 6 : reste à charge financier moyen pour les femmes atteintes d'un cancer du sein, après remboursements par l'assurance maladie obligatoire (AMO)

	Dépense totale	Remboursement par l'AMO	Reste à charge	Dont part opposable	Dont part liberté tarifaire
Total	37 276 €	35 726 €	1 549 €	890 €	659 €

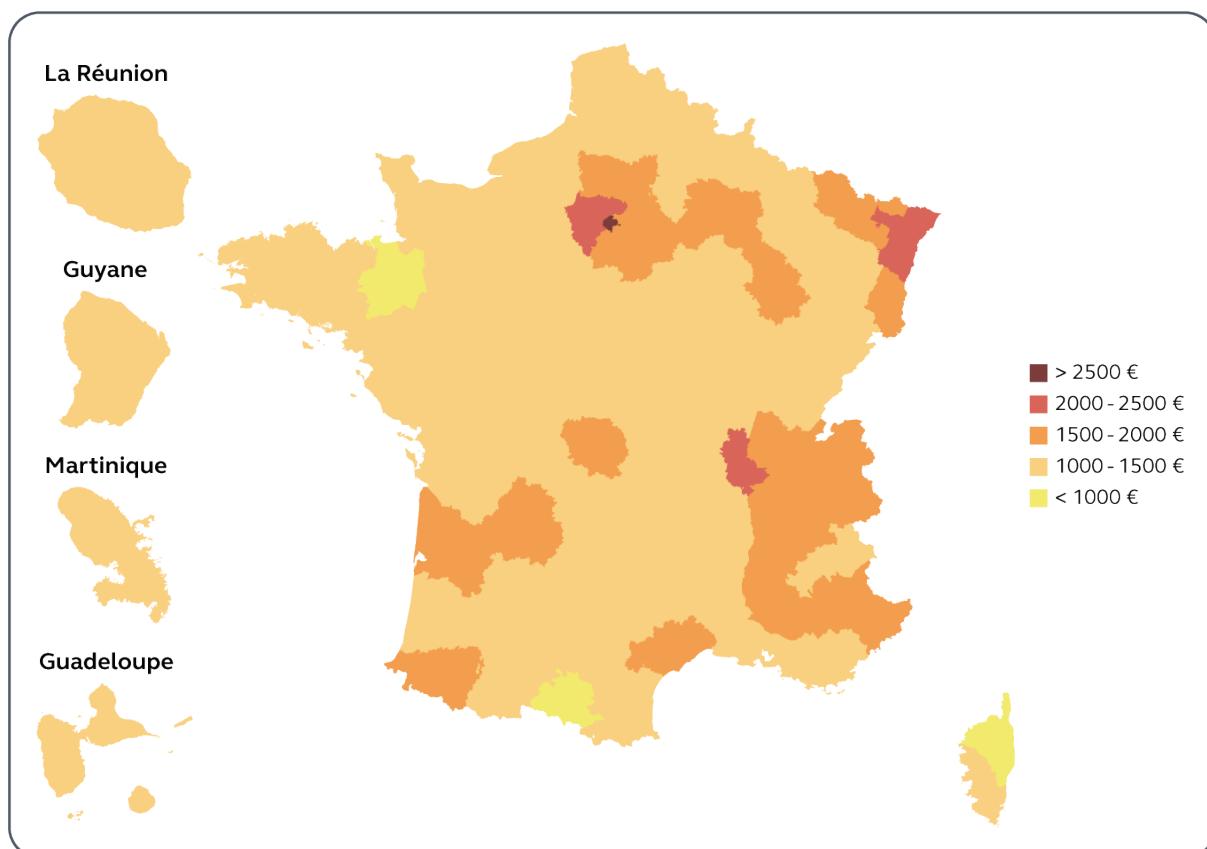
Source : Cour des comptes, d'après les données du système national des données de santé (SNDS)

L'analyse du reste à charge selon la commune de résidence met en évidence d'importantes disparités géographiques, visibles à l'échelle des départements. Ainsi, bien que les dépenses totales moyennes soient comparables entre l'Ille-et-Vilaine et les Yvelines, le reste à charge moyen est significativement plus faible en Ille-et-Vilaine (990 €) que dans les Yvelines (2 330 €). Cette différence s'explique principalement par des dépassements d'honoraires et des parts de liberté tarifaire sur les dispositifs médicaux moins élevés en Ille-et-Vilaine (218 € en moyenne) que dans les Yvelines (1 560 €).

Les communes les plus favorisées et les plus denses présentent les restes à charge les plus élevés, en grande partie en raison d'une plus forte exposition à la liberté tarifaire (1 504 € en moyenne dans les communes les plus riches, contre 421 € dans les plus pauvres). À l'inverse, les territoires plus défavorisés ou peu denses affichent des restes à charge plus faibles, traduisant une moindre prévalence des dépassements d'honoraires.

¹⁸¹ Le calcul de ce reste à charge porte sur une période totale de deux années, et concerne l'ensemble des dépenses de santé des femmes atteintes d'un cancer du sein et pas seulement les dépenses liées au cancer. Ce montant inclut les séjours en MCO, les actes et consultations externes en MCO, ainsi que les soins de ville. Il exclut en revanche les dépenses liées au dentaire, à l'optique et à l'audioprothèse. Ces chiffres ne concernent que les patientes non couvertes par la C2S. Voir cahier méthodologique : « Analyse du reste à charge pour les femmes atteintes d'un cancer du sein ».

Carte n° 5 : reste à charge moyen par département



Source : Cour des comptes, d'après les données du système national des données de santé. Note : Dans certains cas, les données sont absentes, en raison du secret statistique ou d'un manque d'information sur certaines communes.

Au total, l'assurance maladie rembourse en moyenne 96 % de la dépense. Le reste à charge post-assurance maladie obligatoire, mais avant remboursements par l'assurance maladie complémentaire, s'élève donc à 4 % pour les patientes.

L'estimation des remboursements par l'assurance maladie complémentaire est en revanche malaisée, pour des raisons de méthodologie et d'absence d'appariements entre les bases de données des assurances privées et mutuelles avec celles de l'assurance maladie.

Des estimations « tous cancers » ont cependant pu être réalisées. L'INCa, dans une étude de 2023, estimait à 5 % le reste à charge post-assurance maladie obligatoire, et à 1,2 % le reste à charge post-assurance maladie complémentaire¹⁸². La mutuelle Malakoff Humanis envisageait un reste à charge de 355 €, après remboursement par l'assurance maladie complémentaire pour les patients atteints de cancer¹⁸³.

¹⁸² INCa, Eurogroupe consulting, PIIE, IQvia, *Réalisation d'une analyse sur les dépenses et restes à charge en cancérologie*, 2023. La couverture assurance complémentaire est dans cette étude envisagée comme correspondant à un contrat dit responsable. Dans la pratique, les patientes peuvent souscrire des contrats couvrant davantage les dépenses auxquelles elles sont exposées.

¹⁸³ Patient en affection longue durée cancer, tous types de cancers. Dans cette étude, le RAC post assurance maladie obligatoire s'élevait à 1 010 €, avec une prise en charge estimée par l'assurance maladie de 86 % des dépenses totales. Voir Malakoff Humanis, *Étude sur les restes à charge*, juin 2025.

Ces éléments suggèrent un rôle actif des assurances privées et complémentaires dans l'amortissement du reste à charge des patientes atteintes d'un cancer du sein, dans la phase active de leur traitement.

3 - Un reste à charge qui peut être plus important pour des dépenses en dehors de la phase active du traitement

Les associations de patientes soulignent fréquemment l'existence de dépenses supplémentaires induites par la maladie, autres que celles des soins et produits relatifs à la phase active de leur traitement. Bien que non éligibles au remboursement par la sécurité sociale, ces dépenses constituerait une charge financière significative. Il peut s'agir de soins, produits de santé, services et dépenses divers.

Si ces dépenses ne peuvent pas toujours être considérées comme un reste à charge au sens usuel du terme, la Cour a cherché à apprécier ce phénomène en conduisant un sondage auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein¹⁸⁴.

En premier lieu, une femme sur trois déclare avoir dû payer pour bénéficier de soins de support. Dans ce cas, la moitié d'entre elles (54 %) n'a bénéficié d'aucun remboursement par l'assurance maladie ou leur assurance complémentaire, tandis que 41 % ont pu bénéficier d'une prise en charge partielle.

Si une vaste majorité indique que le montant resté alors à leur charge se situe à moins de 1 000 € (80 %), il peut être supérieur à 2 000 € pour une minorité d'entre elles¹⁸⁵. Cela n'est pas sans effet sur le renoncement potentiel aux soins (cf. *infra*).

Par ailleurs, 79 % des femmes disent avoir dû engager d'autres dépenses, restées à leur charge, non remboursées par une assurance maladie obligatoire ou complémentaire, du fait de soins, prestations ou achats consécutifs à leur pathologie¹⁸⁶. Le périmètre de ces dépenses, qui exclut les soins médicaux et chirurgicaux usuels ainsi que les soins de support, témoigne de charges de natures variées (certains médicaments et dispositifs médicaux, prestations d'aide à domicile etc.)¹⁸⁷. Pour la majorité des femmes (77 %), ces dépenses restées à leur charge se situent à moins de 1 000 €, tandis que 16 % déclarent un reste à charge entre 1 000 € et 1 999 € et 7 % à plus de 2 000 €.

La loi n° 2025-106 du 5 février 2025 vise à améliorer la prise en charge des dépenses liées au traitement du cancer du sein. Elle permet un remboursement intégral par la sécurité sociale des soins et dispositifs spécifiques à cette pathologie. Il s'agit notamment des actes de

¹⁸⁴ Voir dans le cahier méthodologique joint au présent rapport : « Sondage réalisé auprès de femmes atteintes ou ayant été atteintes par un cancer du sein ».

¹⁸⁵ 14 % entre 1 000 et 1 999 €, 7 % plus de 2 000 €.

¹⁸⁶ Cette question excluait les soins médicaux et chirurgicaux principaux ainsi que les soins de support au sens de la définition de l'INCa. Voir cahier méthodologique : « Sondage réalisé auprès de femmes atteintes ou ayant été atteintes par un cancer du sein ».

¹⁸⁷ A la question, « Si vous avez dû procéder à des dépenses qui ne vous ont pas été remboursées par l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire, quels étaient les soins, prestations et/ou achats concernés ? », 39 % répondent « Soins autres que ceux mentionnés précédemment dans le sondage », 43 % répondent « Médicaments non remboursés ou partiellement », 66 % répondent « Dispositifs médicaux (prothèses mammaires externes, bas/manchons de compression, etc.) », 20 % « Aide à domicile (garde d'enfants, aide-ménagère, etc.) » et 35 % « Autres » (des choix multiples étaient possibles).

tatouage médical après une ablation de la plaque aréolo-mamelonnaire, du renouvellement des prothèses mammaires, des sous-vêtements adaptés au port d'une prothèse mammaire amovible. La liste des soins et dispositifs concernés doit cependant être définie par arrêté.

Avant le début du traitement, les patientes devront être informées par leur oncologue des soins de support accessibles dans leur région. Par ailleurs, la loi étend aux patientes en traitement actif le forfait global de soins de support réservé actuellement aux patientes en post traitement. Ainsi, un forfait de 180 € permettra de financer des soins psychologiques et des séances de nutrition ou d'activité physique adaptée. Un parcours spécifique de soins de support sera également mis en place.

Un second forfait, consacré au financement des produits prescrits qui ne sont aujourd'hui pas remboursables ou peu remboursés, est également instauré. En pratique, ces produits peuvent par exemple être des pommades ou vernis adaptés à la sécheresse de la peau ou vaginale et destinés à prévenir l'atrophie cutanée ou de la muqueuse induite par les traitements. Les produits concernés et le montant du forfait doivent être précisés par arrêté.

Le gouvernement devait remettre deux rapports au Parlement dans les six mois sur la pratique du tatouage médical et sa prise en charge après mastectomie et sur le versement éventuel d'une indemnité de garde d'enfants pour les malades du cancer du sein.

À date de la rédaction du présent rapport, les rapports n'avaient pas été remis au Parlement tandis que les textes réglementaires d'application de la loi n'étaient pas publiés.

C - Des conséquences professionnelles

Les plans cancer successifs ont progressivement fait du maintien et du retour à l'emploi un volet essentiel de la prise en charge globale des personnes atteintes de cancer. Le plan cancer 2009-2013 a constitué une première étape en inscrivant, parmi ses priorités, la levée des obstacles à l'insertion ou à la réinsertion sociale et professionnelle des patientes en phase de rémission ou de guérison¹⁸⁸. Il a ainsi reconnu la nécessité d'un accompagnement coordonné entre les acteurs de santé, les entreprises et les services sociaux.

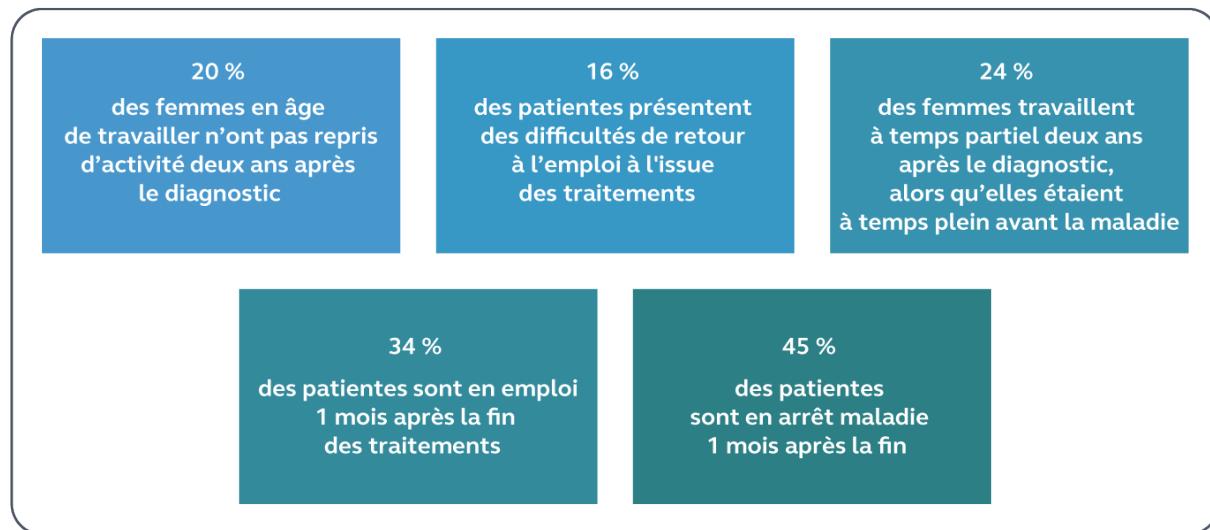
Le plan cancer 2014-2019 a amplifié cette orientation en incluant la réinsertion professionnelle dans le parcours de l'après-cancer. Enfin, la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 prolonge cet engagement en inscrivant le retour à l'activité dans une approche plus large de la qualité de vie après le cancer, centrée sur la réhabilitation globale et la prévention des ruptures professionnelles.

Le retour à l'emploi après un cancer du sein, en particulier, se fait toutefois de manière hétérogène¹⁸⁹. Les données disponibles mettent en lumière des parcours marqués par des difficultés et des inégalités persistantes selon les territoires, les statuts professionnels et les conditions de travail. Elles révèlent une proportion significative de patientes confrontées à des problèmes durables d'insertion ou de réinsertion, traduisant une réduction notable de leur activité professionnelle et, plus largement, une fragilisation de leur trajectoire socio-économique.

¹⁸⁸ Mesure 29, *Plan Cancer 2009 – 2013*, INCa.

¹⁸⁹ Agnès Dumas *et alii*, « Impact of breast cancer treatment on employment: results of a multicenter prospective cohort study (CANTO) », *Journal of Clinical Oncology*, 2020.

Schéma n° 4 : principales conséquences du cancer du sein sur l'emploi des femmes



Source/note : données études PASCA190 et Cohorte CANTO - Le total dépasse 100 % en raison de la possibilité pour les patientes de cumuler plusieurs effets

Le retour au travail s'effectue le plus souvent de manière progressive : 50 % des femmes reprennent une activité dans l'année suivant le diagnostic, principalement grâce à des dispositifs tels que le temps partiel thérapeutique ou des arrêts intermittents, permettant une adaptation graduelle. Un second pic de reprise est observé au cours de la deuxième année, lorsque 40 % des patientes réintègrent l'emploi, souvent à temps partiel.

Toutefois, le phénomène des arrêts maladie prolongés demeure préoccupant. Près de 10 % des femmes connaissent des arrêts complets dépassant trois ans après le diagnostic et la durée moyenne cumulée des arrêts maladie atteint 15 mois. Trois ans après le diagnostic, si une majorité de patientes (77 %) a retrouvé un emploi complet, 15 % demeurent en arrêt maladie ou en invalidité et 8 % travaillent à temps partiel.

Plus d'un quart des patientes (26 %) déclarent avoir subi une perte de responsabilité, un refus d'augmentation ou une rétrogradation à leur retour en emploi, particulièrement lorsque leur état de santé reste altéré post-traitement. La probabilité de perte d'emploi atteint 10 % dès la première année suivant le diagnostic, se maintenant entre 10 et 12 % à cinq ans. Cette tendance s'aggrave avec l'âge : chez les femmes de plus de 48 ans, 19 % sont sorties de l'emploi cinq ans après le début de la maladie.

Ces fragilités professionnelles et sociales engendrent des conséquences financières directes, tant pour les patientes que pour la collectivité. En 2023, les seules indemnités journalières et prestations d'invalidité liées au cancer du sein se sont élevées à 417 M€ (dont 233 M€ au titre des indemnités journalières et 184 M€ au titre des prestations d'invalidité). Ce montant traduit à la fois le poids de la maladie pour les finances publiques et l'impact économique pour les assurées. Dans ce contexte, la reprise d'une activité, même partielle, constitue un levier déterminant d'amélioration de la qualité de vie, en favorisant le maintien du lien social, la stabilité financière et la reconstruction personnelle.

¹⁹⁰ Les résultats de cette étude, transmis à la Cour, n'étaient pas encore publiés à la date de rédaction de ce rapport.

Des leviers existent pour améliorer la réinsertion professionnelle mais celle-ci se heurte à des obstacles structurels, en dépit de dispositifs existants d'accompagnement (temps partiel thérapeutique, orientation vers des espaces emploi). Les femmes ayant bénéficié d'aménagements de poste ou de temps de travail présentent, cinq ans après le diagnostic, un taux d'emploi nettement supérieur (88,9 %) à celui des patientes n'ayant pas eu accès à de tels dispositifs (69,6 %). À l'inverse, certains facteurs restent défavorables, comme la présence de plusieurs enfants à charge, un revenu limité ou une situation familiale complexe.

Ces données mettent ainsi en lumière le double impact du cancer du sein : dégradation de l'état de santé et perte de sécurité professionnelle, avec un risque durable d'exclusion du marché du travail. Elles soulignent la nécessité d'intégrer le maintien et le retour à l'emploi comme un objectif à part entière du parcours de soins, en renforçant les liens entre acteurs de santé et acteurs de l'emploi et en développant des dispositifs personnalisés de réinsertion adaptés aux besoins spécifiques des patientes.

II - L 'accompagnement après cancer : une dimension à développer entre suivi structuré et soutien global

En réponse aux multiples défis et conséquences auxquels sont exposées les femmes après la phase active de traitement du cancer du sein, un accompagnement de ces dernières est indispensable afin, notamment, d'améliorer leur qualité de vie et de prévenir la récidive.

A - Un accompagnement promu par les pouvoirs publics mais insuffisamment déployé

La prise en charge du cancer en France repose sur une organisation fortement normée dans ses phases initiales, portée notamment par les avancées des premiers plans cancer. Le premier d'entre eux a ainsi permis l'institutionnalisation de dispositifs structurants tels que la consultation d'annonce, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et le programme personnalisé de soins (PPS), constituant autant de jalons dans l'organisation du parcours thérapeutique. Ces outils ont contribué à homogénéiser et professionnaliser les pratiques médicales en phase active du traitement.

En revanche, la fin des traitements actifs et l'entrée dans la phase de suivi demeurent à ce jour faiblement encadrées. Le deuxième plan cancer avait promu le programme personnalisé d'après cancer (PPAC), conçu comme une continuité logique du PPS et destiné à structurer la période post-thérapeutique en lien étroit avec la médecine de ville. Ce dispositif a été confirmé et renforcé par le troisième plan cancer 2014 – 2019, qui prévoyait l'instauration systématique d'une consultation de fin de traitement, assortie de la remise d'un plan personnalisé de suivi. Toutefois, ce dispositif ne revêt à ce jour aucun caractère obligatoire et ne fait l'objet d'aucun mécanisme de contrôle de sa mise en œuvre.

Le décret du 26 avril 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de traitement du cancer, est venu renforcer la structuration du parcours de soins. Il impose aux établissements autorisés à traiter le cancer de mettre en place des modalités de transmission et de partage sécurisé des documents fondamentaux, dont le PPS. Ce décret, entré en vigueur au 1^{er} juin 2023, reconnaît le rôle structurant du PPAC dans l'organisation du suivi post-cancer, sans toutefois

en imposer l'élaboration ou la remise de manière systématique. Il s'inscrit dans une logique d'incitation plutôt que de prescription, et participe à l'objectif général de continuité des soins, d'amélioration de la qualité du suivi, et de meilleure coordination entre la ville et l'hôpital.

Le PPAC constitue un document de synthèse qui se décline en plusieurs volets : plan de surveillance médicale, accès aux soins de support, accompagnement social individualisé, et coordination des professionnels de santé. Il est élaboré conjointement par l'équipe hospitalière et le médecin traitant, et remis à la patiente lors de la consultation de fin de traitement.¹⁹¹ Il est destiné à organiser le suivi post-cancer, faciliter la coordination entre professionnels de santé et garantir une continuité de la prise en charge.

Dans la pratique, l'élaboration initiale du PPAC incombe à l'oncologue référent, en concertation avec l'équipe hospitalière pluridisciplinaire. C'est en effet le professionnel de santé qui dispose de la vision d'ensemble du parcours thérapeutique, des traitements reçus et des risques spécifiques de rechute ou de séquelles.

Si le PPAC devenait obligatoire, l'oncologue serait chargé de rédiger le premier volet du PPAC à l'issue de la consultation de fin de traitement, en y intégrant les éléments médicaux essentiels : calendrier de surveillance, examens à prévoir, recommandations de prévention tertiaire et besoins identifiés en soins de support.

Le médecin généraliste interviendrait ensuite comme acteur pivot de la mise en œuvre et de l'actualisation du PPAC. Il complèterait le document en fonction de l'évolution de l'état de santé de la patiente, de ses besoins psychosociaux et de son environnement de vie. Ce rôle complémentaire est essentiel : il assure la traduction concrète du plan dans le cadre de la vie quotidienne et garantit la continuité du suivi en dehors de l'hôpital. Le médecin traitant deviendrait ainsi le référent principal du parcours post-cancer, en coordination avec les autres professionnels de santé et les structures de soins de support.

Cette articulation entre l'oncologue et le médecin généraliste illustrerait le passage d'une prise en charge purement hospitalière à un modèle véritablement coordonné entre la ville et l'hôpital. Elle constitue une condition indispensable à la réussite du PPAC : sans transmission fluide des informations, sans clarification des responsabilités et sans reconnaissance du rôle du médecin traitant dans la phase de rémission, le risque demeure que la patiente se retrouve isolée à la sortie du parcours hospitalier.

Les évaluations disponibles confirment l'intérêt du PPAC pour les patientes comme pour les professionnels. Plus de 85 % des patientes interrogées le jugent utile et compréhensible. Par ailleurs, 18 % d'entre elles déclarent un sentiment d'abandon ou de dépersonnalisation après la fin des traitements, illustrant la persistance de fragilités dans cette phase de transition.

Du côté des professionnels, la majorité des médecins traitants a pris connaissance du PPAC et le juge pertinent pour accompagner leurs patientes : 38 % déclarent l'avoir utilisé comme outil de coordination avec d'autres confrères. Néanmoins, les pratiques restent hétérogènes : seules 59 % des patientes ont discuté du PPAC avec leur médecin traitant, et 35 % des patientes l'ont effectivement présenté, une démarche souhaitée par seulement 31 % des praticiens¹⁹¹.

¹⁹¹ A.F. Ladaïque, E. Desandes, J. Salleron, P. Di Patrizio, F. Marchal, G. Vigin, A. Lesur, « Programme personnalisé d'après cancer (PPAC) : vision des patientes atteintes de cancer du sein et de leur médecin traitant », *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 69, Issue 5, 2021, Pages 277-285.

Les bénéfices du PPAC sont conditionnés à une mise en œuvre rigoureuse, continue et bien définie. Or, des incertitudes demeurent sur les modalités pratiques de son élaboration, la désignation du professionnel responsable, la forme que doit prendre le document, le moment opportun pour sa remise, ainsi que sur son articulation opérationnelle avec les acteurs de soins de support.

Le renforcement de la coordination entre l'hôpital et la médecine de ville repose sur une amélioration des échanges entre professionnels de santé. À terme, le PPAC pourrait constituer un levier central dans la prévention tertiaire du cancer du sein, en structurant le suivi post-thérapeutique et en facilitant l'identification des besoins spécifiques en soins de support.

B - Les soins de support, essentiels et pourtant insuffisamment financés

Évoqués dès le premier plan cancer 2003-2007, les soins de support sont définis par la circulaire n° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie comme « *l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncohématologiques spécifiques, lorsqu'il y en a* ». Le texte précise que « *les soins de support ne constituent pas une nouvelle spécialité ; ils correspondent à une organisation coordonnée qui doit mobiliser des compétences et organiser leur mise à disposition pour le patient et ses proches* ».

L'INCa a défini en 2016 un socle de base de quatre soins de support en vue d'une reconnaissance officielle. Cinq soins de support dits complémentaires y ont été associés ainsi que deux techniques antalgiques particulières¹⁹².

Le panier de soins de support pourrait être élargi, au fur et à mesure que de nouvelles données scientifiques viendraient confirmer l'intérêt et l'efficacité de certaines pratiques.

Tableau n° 7 : panier-référentiel des soins de support de l'INCa

<i>Soins « socles »</i>	Prise en charge de la douleur Prise en charge diététique et nutritionnelle Prise en charge psychologique Prise en charge sociale, familiale et professionnelle
<i>Soins complémentaires</i>	Activité physique Préservation de la fertilité Prise en charge des troubles de la sexualité Conseils d'hygiène de vie Soutien psychologique des proches et aidants

Source : INCa, 2016

¹⁹² L'hypnoanalgésie et l'analgésie intrathécale. L'hypnoanalgésie utilise l'hypnose pour aider le patient à percevoir moins intensément la douleur, tandis que l'analgésie intrathécale consiste à administrer des médicaments directement dans le liquide entourant la moelle épinière, offrant un soulagement ciblé pour les douleurs sévères.

Dans la continuité du panier de référence, l'article L1415-8 du code général de la santé publique a posé le principe du parcours de soins global après cancer, incluant les soins oncologiques de support tout au long du parcours du patient.

L'arrêté du 24 décembre 2020 est venu préciser les modalités opérationnelles du dispositif. Il définit notamment les types de prestations éligibles, les conditions de prescription, les professionnels habilités ainsi que le plafond de financement applicable par patient.

Ce dernier fixe un forfait annuel maximal de 180 €, pris en charge par l'assurance maladie. Il couvre trois catégories de prestations : un bilan d'activité physique adaptée (APA)¹⁹³, un bilan et des consultations diététiques, ainsi qu'un bilan et des consultations psychologiques.

Ces prestations doivent obligatoirement être prescrites par un médecin hospitalier ou libéral intervenant dans la prise en charge du cancer (oncologue, hématologue, etc.) et éventuellement par le médecin traitant.

La prescription peut intervenir jusqu'à douze mois après la fin des traitements actifs (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) et ne peut excéder six consultations diététiques ou psychologiques par an. Le tarif maximum fixé est de 45 € pour un bilan (d'une durée d'une heure) et 22,50 € pour une consultation (30 minutes), quel que soit le professionnel intervenant (psychologue, diététicien, enseignant en APA).

Toutefois, malgré la mise en place de ce forfait, la réponse apportée aux besoins en soins de support des patientes s'est révélée insuffisante.

La montée en charge du dispositif s'est heurtée à des limites tant financières qu'opérationnelles, en particulier dans sa capacité à répondre à la diversité des besoins exprimés, notamment durant la phase de traitement actif. Le forfait, exclusivement mobilisable dans les douze mois suivant la fin des traitements, ne couvre ni la diversité des effets indésirables induits par les protocoles oncologiques, ni les besoins persistants au-delà de ce délai, ni les frais liés à des soins non médicaux mais essentiels à la qualité de vie, tels que les soins esthétiques, les prothèses ou les dispositifs de confort.

Ce constat a conduit à l'adoption de la loi n° 2025-106 du 5 février 2025, dont l'objectif est d'élargir, d'encadrer et de renforcer la prise en charge des soins de support. Comme rappelé ci-dessus, faute d'obligation réglementaire, la mesure reste toutefois incomplète alors qu'elle revêt un intérêt majeur en matière de soins de support. Elle ne garantit ni la pérennité ni le financement sécurisé de ces dispositifs, notamment de l'activité physique adaptée (APA).

¹⁹³ Reconnue dès 2011 par la HAS comme une thérapeutique non médicamenteuse, l'activité physique adaptée est définie comme une activité physique thérapeutique visant à permettre aux patientes de limiter les effets indésirables des traitements, d'améliorer leurs chances de rémission et leur qualité de vie.

C - L'activité physique adaptée en post-cancer : un soin de support reconnu sans financement pérenne

1 - Un intérêt thérapeutique reconnu pour les patientes

Inscrite comme un axe stratégique du plan cancer 3 (2014-2019), l'APA a fait l'objet d'une reconnaissance progressive, compte tenu de bénéfices envisagés à chaque étape du parcours de soins. La littérature scientifique suggère en effet son efficacité, tant pendant les traitements qu'en phase post-thérapeutique.

Elle permettrait notamment de lutter contre la fatigue chronique, symptôme majeur affectant 35,6 % des patientes atteintes de cancer à un an, et plus de 30 % des patientes plusieurs années après la fin des traitements¹⁹⁴. Cette fatigue, invalidante et non réversible par le repos, altère profondément la qualité de vie, freine le retour à l'emploi, et peut même compromettre l'adhésion au traitement. L'APA permettrait une réduction moyenne de 36 % de cette fatigue quels que soient le type de cancer ou le stade du traitement. Ses effets s'observent également chez les patientes âgées, en lien avec l'intensité de l'exercice pratiqué.

Selon l'INCa, la pratique régulière d'une activité physique adaptée suffisamment intense est associée à une réduction du risque de récidive (-24 % pour le cancer du sein), de mortalité spécifique (-25 à -35 %), et de mortalité toutes causes confondues (-40 % après un cancer du sein)¹⁹⁵, confirmant son intérêt en matière de prévention.

L'évaluation de l'impact de l'activité physique adaptée chez les patientes atteintes de cancer du sein fait l'objet d'un consensus scientifique croissant. En plus de son intérêt en matière de réduction de la mortalité, de prévention de la récidive et de la fatigue, l'APA permettrait d'améliorer la santé mentale des patientes, parmi d'autres avantages¹⁹⁶. Ces bénéfices s'observent non seulement pendant les traitements, mais également en phase post-thérapeutique, et concernent aussi les patientes les plus âgées.

Malgré ces bénéfices, sa mise en œuvre demeure marginale. Une enquête conduite en 2016¹⁹⁷ souligne les freins à l'engagement ou à la poursuite d'un programme d'APA : douleurs, fatigue, éloignement des structures, coût ou isolement social. Si 88 % des patientes expriment le souhait d'une pratique régulière encadrée par un professionnel, seules 11 % déclarent avoir reçu une prescription en ce sens. Ce faible recours est renforcé par une mobilisation encore insuffisante des professionnels de santé : seuls 42 % des oncologues déclarent prescrire

¹⁹⁴ Antonio Di Meglio *et alii*, "Development and validation of a predictive model of severe fatigue after breast cancer diagnosis: toward a personalized framework in survivorship care", *Journal of Clinical Oncology*, 2022.

¹⁹⁵ INCa. *Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer – Des connaissances aux repères pratiques*. 2017.

¹⁹⁶ Une réduction de 44 % de la mortalité toutes causes confondues, signifiant que les patientes pratiquant une APA voient leur risque global de décès réduit de près de moitié ; une amélioration de la santé mentale de 4,4 % à 4,6 % ; une baisse de la fatigue liée au cancer, représentant un effet cliniquement significatif ; une réduction moyenne de 0,78 point de l'indice de masse corporelle et une diminution de 1,48 % de la masse grasse.

¹⁹⁷ Enquête PODIUM25 conduite par la CAMI. La CAMI Sport & Cancer est une association à but non lucratif reconnue d'intérêt général créée en 2000 par le Dr Thierry Bouillet, cancérologue, et Jean-Marc Descotes, ancien sportif de haut niveau. Son objectif est de développer des programmes d'activité physique adaptée à visée thérapeutique pour accompagner les patientes atteintes de cancer tout au long de leur parcours de soins, afin de limiter les effets indésirables des traitements, améliorer leurs chances de rémission et leur qualité de vie.

effectivement l'APA. Une enquête complémentaire de 2020 auprès de patientes atteintes de cancers métastatiques confirme ces tendances, tout en rappelant les bénéfices perçus sur la fatigue, l'humeur, l'anxiété et la condition physique.

2 - Une source potentielle d'économies pour le système de santé

Au-delà de l'intérêt thérapeutique que l'activité physique adaptée présente pour les patientes, cette démarche de prévention pourrait être source d'économies potentielles importantes.

Du fait de son impact sur la récidive, une montée en puissance de cette thérapeutique auprès des patientes permettrait de diminuer significativement les rechutes et, par conséquent, les dépenses pour le système de santé.

Sous l'hypothèse que les liens estimés dans la littérature entre APA et réduction du risque de récidive traduisent bien une relation de cause à effet (et non une simple corrélation), et en s'appuyant sur les données 2023 de la CNAM, la Cour a estimé que, si l'ensemble des patientes atteintes d'un cancer du sein bénéficiaient de cette pratique, les économies potentielles pourraient être comprises entre 11 et 376 M€, selon les hypothèses retenues pour les récidives attendues et évitées avec l'APA (cf. tableaux ci-dessous).

L'analyse repose sur une approche en deux temps visant à évaluer l'impact potentiel de APA chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. La première étape consiste à estimer, sur une période d'un an, le nombre de décès évités du fait de la pratique de l'APA. La seconde étape évalue les économies potentielles sur les coûts de traitement dues à la diminution des récidives, en s'appuyant sur les dépenses moyennes observées.

Dans son évaluation médico-économique, la Cour a envisagé un montant forfaitaire de 360 € qui viendrait financer la mise en œuvre concrète de l'activité physique adaptée auprès des patientes. Ce montant a été fixé par analogie avec un dispositif de financement expérimental¹⁹⁸ proposé par l'association CAMI Sport & Cancer dans le cadre d'un programme d'activité physique adaptée en oncologie¹⁹⁹.

¹⁹⁸ Projet d'expérimentation d'innovation en santé – Article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce dispositif générique d'expérimentation permet de tester en vie réelle des organisations innovantes en santé.

¹⁹⁹ Programme CAMI Sport et Cancer : Intégration et évaluation de l'activité physique adaptée à but thérapeutique en phase aigüe du parcours de soin des patients en oncologie. Ce programme est toujours en cours d'expérimentation, cette dernière s'achevant au 31 janvier 2026.

Tableau n° 8 : analyse médico-économique de l'APA – Hypothèse basse (données 2023)

<i>Année 2023</i>	Cancer actif	Cancer sous surveillance
<i>Population (femmes)</i>	256 590	470 770
<i>Nombre de décès (12 %)</i>		87 283
<i>Dépenses moyennes</i>	15 659 €	1 415 €
<i>Récidives attendues (15 %)</i>		96 012
<i>Récidives évitées (20 %)</i>		19 202
<i>Coût des traitements en cas de récidive</i>		273 517 618 €
<i>Coût de l'APA (forfait de 360 €)</i>		261 849 600 €
<i>Économie potentielle</i>		11 668 018 €

Source : Cour des comptes

Tableau n° 9 : analyse médico-économique de l'APA – Hypothèse haute (données 2023)

<i>Année 2023</i>	Cancer actif	Cancer sous surveillance
<i>Population (femmes)</i>	256 590	470 770
<i>Nombre de décès (12 %)</i>		87 283
<i>Dépenses moyennes</i>	15 659 €	1 415 €
<i>Récidives attendues (20 %)</i>		128 015
<i>Récidives évitées (35 %)</i>		44 805
<i>Coût des traitements en cas de récidive</i>		638 207 776 €
<i>Coût de l'APA (forfait de 360 €)</i>		261 849 600 €
<i>Économie potentielle</i>		376 358 176 €

Source : Cour des comptes

Ces estimations fournissent un éclairage utile sur le potentiel modèle de financement de l'activité physique adaptée, et les bénéfices que le système de santé comme les patientes pourraient en retirer. Toutefois ces résultats doivent être interprétés avec prudence, dans la mesure où la relation mise en évidence par la littérature scientifique entre APA et récidive du cancer du sein ne repose que sur des corrélations. On ne peut donc pas exclure que ces corrélations soient dues à un troisième facteur inobservé, auquel cas l'impact de l'APA sur le taux de récidive pourrait être très inférieur à celui envisagé, de même que les économies susceptibles d'être dégagées²⁰⁰.

Ces estimations, avec toutes leurs limites, suggèrent que le rapport coût-bénéfice d'un déploiement plus large de l'APA pourrait être favorable. Elles ne prennent par ailleurs pas en

²⁰⁰ Pour le détail de la méthode et de ses limites, voir le chapitre *Analyse médico-économique de l'activité physique adaptée* dans le cahier méthodologique publié conjointement au présent rapport.

compte ni les vies sauvées et les externalités positives induites, ni l'impact économique lié à une meilleure qualité de vie des femmes.

Il revient donc aux autorités publiques (ministère de la santé, assurance maladie, HAS, INCa) d'évaluer plus finement les bénéfices humains et financiers que l'activité physique adaptée peut apporter pour réduire les récidives pour les patientes atteintes d'un cancer du sein. C'est sur la base de ces évaluations qu'une prise en charge de telles activités pourrait être envisagée par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire.

D - Des obstacles à dépasser dans l'accès aux soins oncologiques de support

1 - Des limites dans l'accès aux soins oncologiques de support

L'enquête 2022 de l'Observatoire sociétal des cancers met en évidence des disparités territoriales persistantes dans le recours aux soins de support. Les personnes résidant dans des communes rurales présentent une probabilité accrue de renoncer à ces soins, en comparaison des habitants des villes de plus de 100 000 habitants. Cette situation souligne le caractère encore inégalement réparti de l'offre de soins de support sur le territoire national, notamment dans les zones faiblement peuplées.

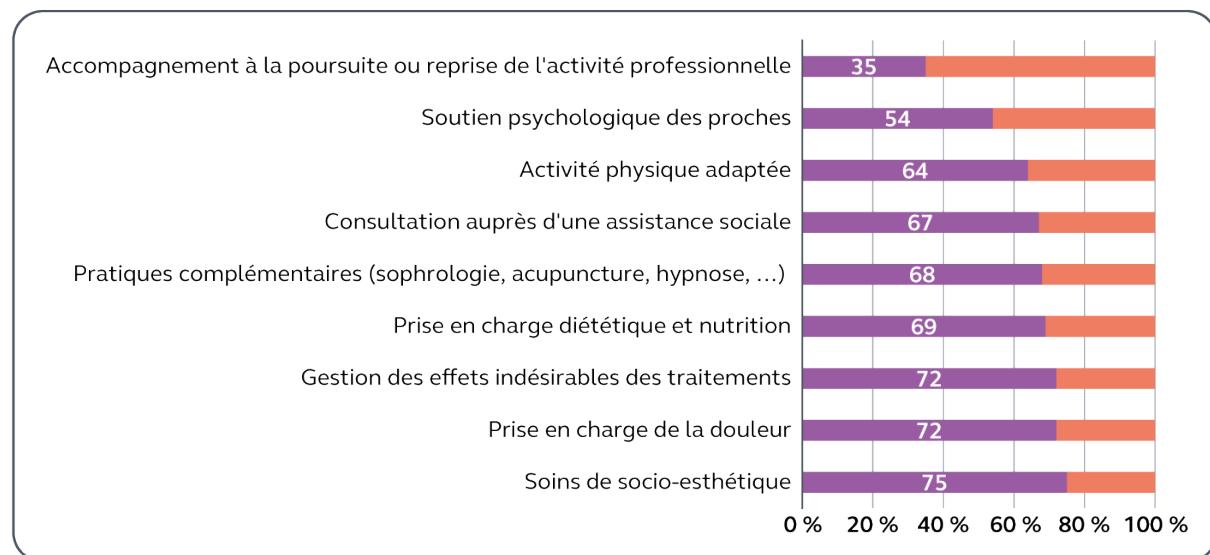
Les données révèlent par ailleurs que les personnes vivant dans des départements caractérisés par une faible densité de population, une offre limitée de soins de premier recours, et une structure socio-économique plus fragile, sont davantage confrontées à des obstacles, qu'ils soient d'ordre financier ou géographique, dans l'accès aux soins de support. À l'inverse, les répondants domiciliés à Paris ou dans sa proche couronne bénéficient d'un environnement plus favorable en la matière.

La présence locale d'une offre structurée et financièrement accessible constitue un déterminant majeur du recours aux soins de support, en particulier dans les territoires à forte concentration de populations modestes. L'insuffisance de soins de premier recours limite les possibilités d'orientation des patientes vers des dispositifs adaptés de prise en charge des effets indésirables du cancer et des traitements, contribuant ainsi à un moindre accès à ces ressources pourtant essentielles dans le parcours de soins.

Selon le dernier baromètre de l'Association française des soins de supports²⁰¹, l'accès aux différents soins de support est variable selon les soins concernés.

²⁰¹ Troisième baromètre de l'Association française des soins oncologiques de support, juillet 2024.

Graphique n° 5 : pourcentage de patientes ayant eu accès aux soins de support tous cancers confondus en 2023



Source : AFSOS

De nombreuses insuffisances ont été recensées par l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS), traduisant les fragilités persistantes de l'organisation actuelle. Parmi celles-ci figurent une couverture territoriale encore incomplète, un non-respect fréquent par les établissements de santé de leurs obligations réglementaires en matière de soins de support, y compris lors des étapes clés du parcours, telles que l'annonce du diagnostic ou d'une rechute, malgré leur caractère obligatoire pour le maintien des autorisations d'exercer en cancérologie, ainsi qu'une durée souvent insuffisante de la prise en charge.

Malgré leur reconnaissance croissante et leur inscription dans les référentiels de qualité, l'accès effectif aux soins oncologiques de support demeure insuffisamment garanti pour de nombreuses personnes. Les principaux freins rapportés par les patientes relèvent d'un défaut d'orientation (66 % ne savent pas à qui s'adresser), d'un éloignement géographique (58 %), de difficultés d'accès aux consultations (56 %), d'un reste à charge trop élevé (53 %), et d'une offre de soins inexistante dans leur établissement (51 %). Ces freins s'ajoutent aux contraintes liées à la vie professionnelle (38 %) ou personnelle (50 %).

En parallèle, les soins de support sont inégalement proposés selon les étapes du parcours : 51 % des patientes indiquent y avoir eu accès lors de l'annonce du diagnostic, 56 % lors de l'annonce du traitement initial. Seuls 21 % signalent une réévaluation de leurs besoins en cas de rechute, et 17 % à la fin des traitements. Bien que 69 % des patientes se déclarent satisfaites de l'information reçue sur les soins de support, 30 % expriment une insatisfaction persistante, traduisant une inégale diffusion de l'information au sein des parcours.

Ces constats sont corroborés par les professionnels de santé interrogés²⁰² qui identifient cinq priorités d'amélioration : mieux évaluer les besoins en soins de support (78 %), faire connaître ces dispositifs dès le diagnostic (77 %), renforcer leur accessibilité dans les

²⁰² Principalement des oncologues (22 %), des infirmiers (15 %) et des infirmiers en pratique avancée (6,5 %).

établissements (73 %), améliorer l'orientation des patientes (69 %) et mieux les informer sur leur maladie et leurs traitements (63 %).

Enfin, cette enquête souligne les difficultés à trouver des professionnels disponibles pour assurer les consultations, et la préoccupation partagée autour de la prise en charge financière des soins de support. Le croisement des perceptions des patientes et des professionnels fait ressortir deux priorités : une meilleure information dès l'annonce de la maladie et une orientation plus efficace vers les professionnels en capacité de répondre aux besoins identifiés.

L'exemple de l'hôpital de jour PASCA

L'hôpital de jour PASCA (PArcours de Santé au cours du CAncer) est une structure du Centre Léon Bérard à Lyon consacrée à la prise en charge des patientes après cancer, notamment pour évaluer et traiter les complications post-traitement. Il réalise des bilans multidisciplinaires visant à dépister les complications physiques, psychiques et socio-professionnelles de l'après-cancer.

En amont de l'admission, l'assistante médicale de l'hôpital de jour PASCA soumet des questionnaires au patient par le biais d'un entretien téléphonique pour préparer la consultation.

Le parcours comprend trois consultations d'une heure chacune :

- une consultation avec un enseignant en activité physique adaptée ;
- une consultation médicale auprès d'un médecin généraliste pour retracer le parcours de soins et détecter d'éventuelles complications cliniques ;
- un bilan infirmier avec prescription d'examens complémentaires (prise de sang, électrocardiogramme, etc.).

Trois à sept jours après le bilan, un compte-rendu est réalisé et transmis au patient avec recommandations et orientations vers d'autres professionnels de santé de proximité : médecins, psychologues, enseignants en activité physique, diététiciens, etc.

**

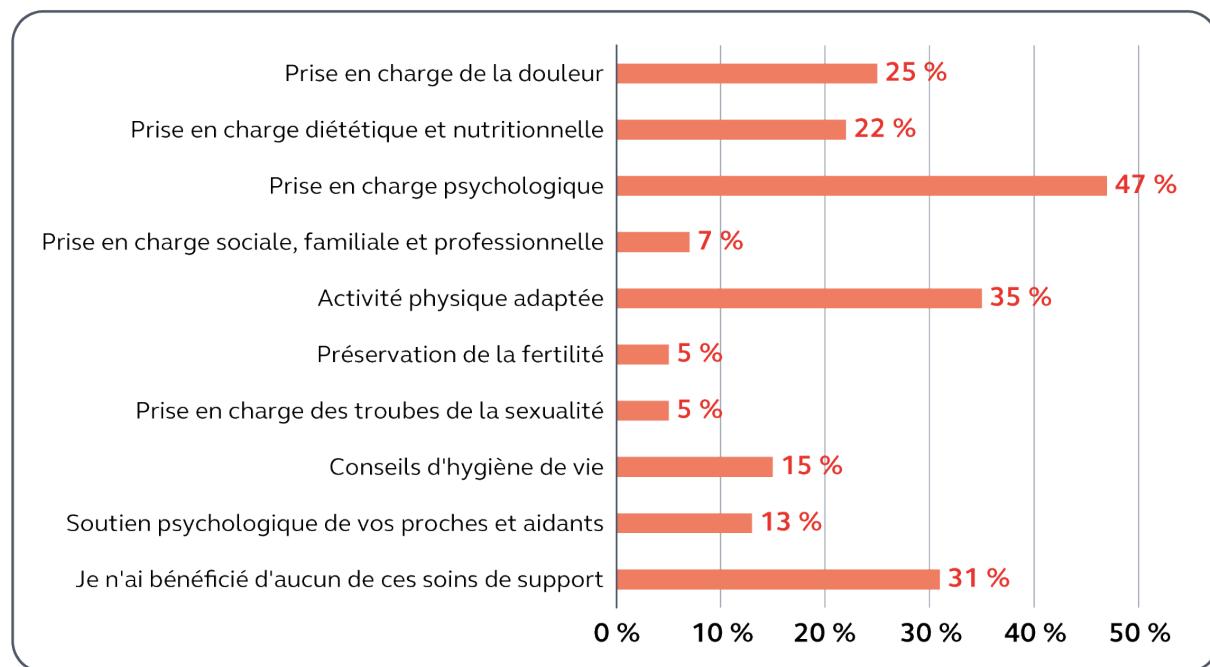
L'évaluation des prises en charge réalisées dans le cadre de l'hôpital de jour PASCA met en évidence une orientation significative vers des parcours de soins complémentaires. Ainsi, 24 % des personnes suivies ont été redirigés vers une consultation de cardiologie, tandis que 35 % ont bénéficié d'une orientation vers des programmes d'activité physique adaptée. Par ailleurs, près de la moitié d'entre elles ont eu accès à des actes de prévention, principalement liés à des prescriptions vaccinales.

2 - Des limites confirmées dans le cas particulier du cancer du sein

En l'absence de données consolidées concernant l'accès effectif aux soins de support pour les patientes atteintes d'un cancer du sein, le sondage réalisé par la Cour auprès de patientes visait notamment à évaluer les conditions de recours à ces dispositifs ainsi que les difficultés éventuellement rencontrées²⁰³.

²⁰³ Voir Cahier méthodologique : *Sondage réalisé auprès de femmes atteintes ou ayant été atteintes par un cancer du sein*.

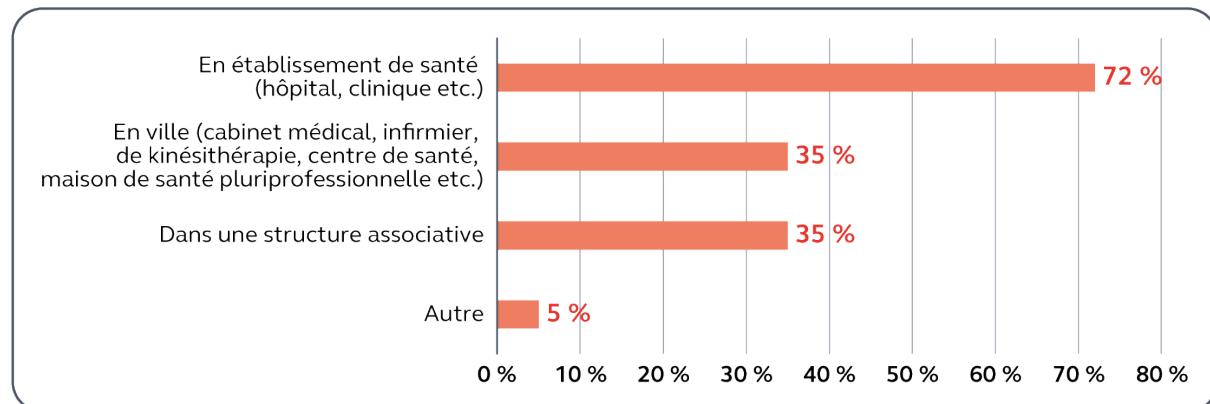
Graphique n° 6 : types de soins de support reçus par les patientes et taux de non-recours



Note : échantillon total – 2 648 répondantes

La prise en charge psychologique constitue donc le soin de support le plus fréquemment mobilisé (47 %), suivie de l'activité physique adaptée (35 %). Une proportion importante de patientes (31 %) n'a bénéficié d'aucun de ces dispositifs.

Graphique n° 7 : répartition par type de structure du suivi des soins de support



Source : sondage Cour des comptes. Le total dépasse 100 % car une même femme a pu bénéficier de soins de support dans différentes structures.

La majorité des soins de support suivis par les patientes l'ont été dans le cadre hospitalier ou au sein du secteur associatif, contextes dans lesquels ces prestations sont le plus souvent proposées sans reste à charge. Cette situation explique que 65 % des femmes déclarent ne pas avoir eu à financer ces accompagnements. Toutefois, ce constat met également en évidence que l'accès à ces soins dépend largement de l'offre hospitalière et du tissu associatif local, laissant subsister des disparités territoriales et sociales lorsque ces structures sont absentes ou insuffisamment dotées.

Au-delà de la disponibilité de l'offre, la question du coût des soins de support est déterminante. Si certaines patientes peuvent bénéficier de soins de support gratuits grâce aux dispositifs hospitaliers ou associatifs, une part importante reste confrontée à des coûts élevés. Comme mentionné *supra*, la moitié des femmes déclare avoir supporté un reste à charge supérieur à 500 € et il peut être supérieur dans certains cas à 2 000 €. Ces dépenses entraînent des renoncements préoccupants, notamment pour le suivi diététique ou psychologique et l'activité physique adaptée. Près de 20 % des femmes interrogées déclarent ainsi avoir dû renoncer à ces soins en raison de leur coût.

L'accès réel aux soins de support ne peut être garanti sans une organisation plus cohérente de l'offre, laquelle suppose une meilleure coordination entre professionnels et structures afin d'assurer une couverture plus équitable.

3 - Une nécessaire coordination entre professionnels et structures afin d'améliorer la couverture des soins oncologiques de support

Dans les structures de soins, les différents types de soins oncologiques de support proposés varient : selon le deuxième baromètre AFSOS, les centres de lutte contre le cancer proposent plus de pratiques en soins oncologiques de support (algologie²⁰⁴, groupe de soutien, soins esthétiques etc.) que les hôpitaux ou les cliniques privées.

En ville, la coordination des soins oncologiques de support demeure trop souvent imparfaite, voire parfois inexistante, malgré l'engagement de multiples acteurs impliqués.

Les dispositifs spécifiques régionaux du cancer (DSRC) auraient vocation à contribuer à rendre plus lisible l'offre territoriale de soins de support en développant un annuaire régional des professionnels et structures compétents, tout en favorisant l'harmonisation des pratiques au niveau local. Cette ressource faciliterait l'orientation des patientes vers des prestations adaptées et reconnues, notamment par la création de certifications spécifiques par l'Inca.

Le plan personnalisé de l'après-cancer, une fois rédigé par l'oncologue hospitalier, est transmis au médecin traitant, qui assure la coordination du suivi sur le territoire. En cas de difficultés d'accès à la médecine de ville, un coordinateur, intégré au sein du dispositif d'appui à la coordination (DAC), pourrait garantir la continuité des soins. Les DAC pourraient tout particulièrement intervenir pour prévenir les ruptures de parcours dans les situations complexes ou fragiles, en mobilisant les ressources sociales et médico-sociales nécessaires.

Enfin, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) doivent organiser une réponse pluriprofessionnelle territorialisée, assurant une coordination efficace entre les différents acteurs de santé.

Ainsi, la complémentarité entre DSRC, médecin traitant, DAC et CPTS pourrait devenir le socle d'un parcours après-cancer cohérent, coordonné et accessible à tous.

²⁰⁴ L'algologie est définie comme la discipline médicale qui évalue et prend en charge les douleurs chroniques et aiguës, quelle que soit leur origine ou leur mécanisme. Elle considère la douleur non seulement comme une sensation physique, mais aussi comme une expérience émotionnelle désagréable affectant la qualité de vie du patient.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En réponse à la question évaluative posée sur l'adéquation des dispositifs d'accompagnement post-thérapeutique aux besoins des patientes atteintes de cancer du sein, la Cour porte une appréciation nuancée.

L'analyse menée met en lumière une réalité contrastée : si les politiques publiques et les dispositifs de prise en charge du cancer du sein ont connu des avancées notables, les mesures actuelles demeurent insuffisamment structurées et inégalement appliquées pour limiter pleinement les séquelles de la maladie, prévenir les récidives et améliorer durablement la qualité de vie des patientes.

Sur le plan sanitaire, le cancer du sein reste une pathologie aux conséquences durables. Les femmes continuent à subir un ensemble de séquelles physiques, psychologiques et sociales qui altèrent leur qualité de vie bien au-delà de la phase de traitement. La fatigue chronique, les douleurs, les troubles hormonaux, cognitifs et cardiovasculaires constituent autant de séquelles persistantes qui soulignent la nécessité d'un suivi médical renforcé et d'une approche globale du soin. Ces atteintes se doublent d'impacts économiques et professionnels significatifs : baisse de revenus, perte d'emploi, précarisation et difficultés de réinsertion professionnelle, qui viennent fragiliser les trajectoires de vie des patientes et aggraver les inégalités existantes. Cette maladie chronique est de surcroît source d'un reste à charge pour les femmes, plus ou moins important selon l'assiette de dépenses retenue, et dans certains cas à l'origine de renoncement à certains soins.

Face à ce constat, les dispositifs d'accompagnement post-thérapeutique constituent des leviers essentiels mais encore insuffisamment déployés. Le plan personnalisé d'après cancer, efficace lorsqu'il est mis en œuvre, reste aujourd'hui facultatif et inégalement appliqué, faute de cadre obligatoire et de coordination systématique entre l'hôpital et la médecine de ville. Les soins de support, reconnus pour leur rôle déterminant dans la réhabilitation globale des patientes, souffrent d'un financement limité, d'une offre territoriale inégale et d'un accès encore restreint, notamment pour les femmes les plus précaires ou vivant dans les zones rurales.

Les bénéfices thérapeutiques de l'activité physique adaptée en matière de cancer du sein sont désormais fortement suggérés par les données disponibles (réduction de la fatigue, amélioration de la santé mentale, prévention de la récidive) mais un plus large recours à cette activité se heurte encore à un accès restreint et des problématiques de financement. Pourtant, une pratique plus importante d'activité physique adaptée est susceptible de générer des économies substantielles pour le système de santé tout en améliorant la survie et la qualité de vie des patientes.

La Cour formule en conséquence les deux recommandations suivantes :

7. publier en 2026 les textes réglementaires d'application de la loi du 5 février 2025 visant à améliorer la prise en charge des dépenses liées au traitement du cancer du sein, afin d'en permettre l'application effective (ministère chargé de la santé) ;
 8. dès 2027, rendre obligatoire pour les établissements de santé l'élaboration du programme personnalisé d'après cancer et en faire un critère d'autorisation d'exercer en cancérologie (ministère chargé de la santé, INCa).
-

Conclusion générale

La fréquence du cancer du sein dans la population française et ses conséquences importantes sur le plan sanitaire, économique et social pour les femmes comme pour le système de santé appellent à une action publique vigoureuse, centrée autour des enjeux de prévention, d'universalité, de qualité et de sécurité des soins.

Au stade de la prévention, si le dépistage organisé peut être crédité d'une prise en charge plus précoce, et donc d'une mortalité plus faible et de soins moins lourds, la faible participation des femmes concernées constitue une source de préoccupation. Des actions doivent être engagées pour renforcer l'accessibilité aux mammographies partout sur le territoire. L'augmentation de la participation au dépistage organisé, à un niveau insatisfaisant aujourd'hui, doit devenir une priorité des pouvoirs publics. Il n'est pas exclu que des évolutions technologiques, organisationnelles ou de ciblage des populations puissent améliorer encore le programme de dépistage organisé en termes d'efficacité, d'impact et d'efficience. Des innovations technologiques, telle que l'intelligence artificielle, devront être évaluées et, si elles sont validées, introduites dans les meilleurs délais.

L'organisation de l'offre de soins en matière de cancérologie mammaire présente des lacunes, source de thérapeutiques moins efficaces proposées aux patientes comme de dépenses supérieures pour le système de santé. Les modalités d'autorisation de la prise en charge du cancer du sein ont récemment évolué, dans le sens d'un renforcement des obligations. Elles restent toutefois insuffisantes au regard des exigences de qualité et de sécurité des prises en charge. La conséquence de cette situation est une inégalité de la qualité et de la sécurité des prises en charge sur le territoire. Ces enjeux doivent rester au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et la Cour appelle à un renforcement des exigences, en particulier en matière de seuil d'activité pour obtenir l'autorisation requise, qui doit passer à 150 actes par an en chirurgie, afin de garantir aux patientes la meilleure prise en charge possible.

La charge financière que le cancer du sein représente pour l'assurance maladie a par ailleurs fortement augmenté sur la période récente. Cette maladie chronique est également source d'un reste à charge significatif pour les femmes, et à l'origine de renoncements à certains soins pour les plus démunies d'entre elles.

Dans la période de l'après cancer, des séquelles lourdes et variées persistent pour une large proportion de femmes traitées pour un cancer du sein, révélant les insuffisances du suivi à long terme et un accès encore limité aux soins de support. Ces séquelles, aux dimensions sanitaires, sociales, financières et professionnelles, altèrent durablement la qualité de vie des patientes. La réinsertion professionnelle reste trop peu accompagnée. Cette situation appelle en réponse une prise en charge globale et coordonnée. Si plusieurs dispositifs constituent des avancées, leur déploiement demeure inachevé, marqué par une mise en œuvre hétérogène, des financements insuffisants et des inégalités territoriales persistantes. Les mesures existantes, bien que pertinentes dans leur conception, ne répondent pas encore de manière satisfaisante aux besoins des patientes ni à la prévention des séquelles à long terme.

Mettre davantage l'accent sur ces sujets, y compris en facilitant l'accès aux soins de support et à l'activité physique adaptée par un remboursement approprié, représente un enjeu de santé publique au regard des améliorations de l'état de santé que ces dispositifs permettent. C'est aussi, à terme, un gain pour les finances publiques, par une meilleure réinsertion professionnelle et un moindre recours nécessaire aux soins. Il devrait donc s'agir d'une priorité.

Si les bases d'un accompagnement global et personnalisé sont désormais posées, leur mise en œuvre concrète reste perfectible. L'enjeu majeur réside dans la consolidation d'une véritable « médecine de l'après-cancer » intégrant de manière coordonnée le suivi médical, le soutien psychologique, la réinsertion sociale et professionnelle, et la promotion d'un mode de vie favorable à la santé.

En définitive, les mesures actuelles posent les fondations d'une amélioration réelle mais encore incomplète de la prise en charge post-cancer du sein.

Liste des abréviations

ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BRSS	Base de remboursement de la sécurité sociale
C2S	Complémentaire santé solidaire
CAF	Caisse d'allocations familiales
CépiDC.....	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAM.....	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRCDC	Centre régional de coordination des dépistages des cancers
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSRC	Dispositifs spécifiques régionaux du cancer
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHT.....	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
IDH.....	Indicateur de développement humain
IGAS.....	Inspection générale des affaires sociales
INCa	Institut national du cancer
INSEE.....	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM.....	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MCO	Médecine, chirurgie et obstétrique
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSP.....	Maison de santé pluriprofessionnelle
OMS	Organisation mondiale de la santé

- OPTAM Option pratique tarifaire maîtrisée
- PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information
- PPAC Programme personnalisé après cancer
- PRS Projet régional de santé
- SI-DEP Système d'information de dépistage
- SMR Soins médicaux et de réadaptation (précédemment SSR : soins de suite et de réadaptation)
- SNDS Système national des données de santé
- SNPE Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens
- SPF Santé publique France

Annexes

Annexe n° 1 : le cancer du sein : aspects épidémiologiques.....	112
Annexe n° 2 : des facteurs de risques multiples	118
Annexe n° 3 : évolution des dépenses d'assurance maladie, patientes atteintes d'un cancer du sein (2015-2023)	123
Annexe n° 4 : indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) en matière de cancer du sein – résultats 2021-2022	125
Annexe n° 5 : activités de recherche clinique en matière de cancer du sein et établissements de santé	126

Annexe n° 1 : Liste des membres du comité d'accompagnement

- Mme Séverine Alran, chef de service de gynécologie à l'hôpital Paris Saint-Joseph ;
- M. Fabrice André, directeur de la recherche de l'institut Gustave Roussy, président de la Société européenne d'oncologie médicale (ESMO) ;
- M. Mario Campone, directeur de l'institut de cancérologie de l'ouest ;
- M. Luc Ceugnart, chef du pôle d'imagerie du centre de lutte contre le cancer Oscar Lambret et président de la société française de sénologie et de pathologie mammaire ;
- Mme Suzette Delaloge, directrice du programme de dépistage individualisé « Interception » Gustave Roussy et coordinatrice de l'étude européenne « My Pebs » ;
- Mme Béatrice Fervers, directrice du département Prévention cancer environnement du centre Léon Bérard et directrice adjointe de l'unité INSERM 1296 ;
- Mme Brigitte Heuls, Présidente de l'association Europa Donna ;
- M. Eric Lartigau, directeur général du centre de lutte contre le cancer Oscar Lambret ;
- Mme Christine Le Clainche, professeure en sciences économiques spécialisée en économie de la santé, économie du travail, économie des inégalités, économie normative et de la redistribution à l'Université de Lille ;
- Mme Aurore Loretti, docteure en sociologie et maîtresse de conférences au Centre d'éthique médicale du laboratoire Ethics à l'Université catholique de Lille ;
- Mme Frédérique Penault-Llorca, directrice générale du centre de lutte contre le cancer Jean Perrin ;
- M. Thomas Rapp, professeur en sciences économiques, spécialisé en économie de la santé à l'Université Paris Cité ;
- Mme Catherine Uzan, cheffe du service de chirurgie et cancérologie gynécologique et mammaire, Hôpital Pitié Salpêtrière, AP-HP.

Annexe n° 2 : le cancer du sein : aspects épidémiologiques

Un système de veille épidémiologique appelé à évoluer

Un système de veille épidémiologique principalement assis sur des registres régionaux et exposé à des critiques

Le système de veille épidémiologique des cancers en France reposant sur l'INCa est assis sur un système de registres départementaux et régionaux. Ceux-ci consistent en un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées. Ils ne couvrent pas l'ensemble du territoire national : les résultats locaux sont exploités sur le plan statistique de façon à estimer l'état de santé de la population et la prévalence, ainsi que l'incidence des maladies pour l'ensemble du territoire national²⁰⁵. Un quart de la population adulte de l'Hexagone est ainsi concrètement couverte par le système des registres.

Certains d'entre eux sont dits généralistes, c'est-à-dire qu'ils couvrent tous les types de cancers sur leur territoire de compétence, tandis que d'autres sont spécialisés. Le cancer du sein est suivi dans le cadre de registres généralistes et dans certains cas par des registres départementaux spécialisés.

Les données des registres sont complétées, pour la surveillance épidémiologique de la zone non couverte par les registres, par d'autres sources dont les données médico-administratives du Système national des données de santé (SNDS : hospitalisations via le PMSI et ALD²⁰⁶). Les estimations nationales sont produites à l'aide des données des registres, complétées par les estimations infranationales en zone non couverte par un registre qui sont produites à partir du SNDS et d'un calibrage sur les données d'incidence des registres. Les méthodes employées pour estimer l'incidence des cancers en zone « non registre » sont validées sur la zone « registre »²⁰⁷.

Le système des registres a été exposé à des critiques, à plusieurs titres. Il serait tout d'abord insuffisant sur le plan de la veille épidémiologique, car il ne couvre pas tout le territoire national. Il serait par ailleurs coûteux, car consommateur de moyens humains et techniques. Enfin, les données des registres sont parfois en décalage avec leur exploitation. Ainsi, en 2025, l'estimation disponible de l'incidence du cancer du sein correspond à l'année 2023.

Des sources de données complémentaires à mieux utiliser

D'autres sources de données permettent cependant d'apprécier l'évolution de la situation épidémiologique.

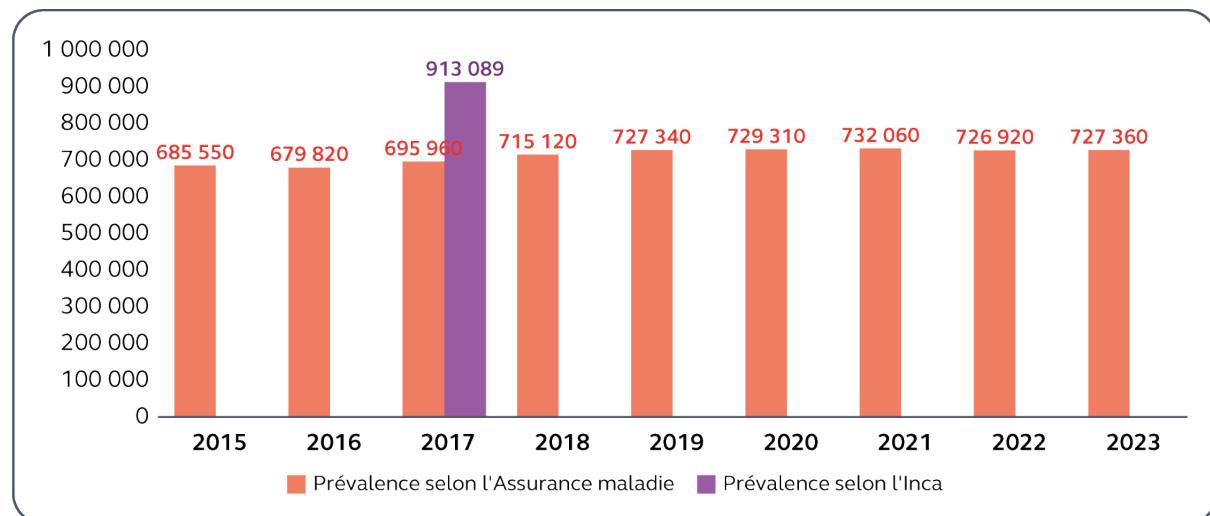
²⁰⁵ Ces registres populationnels (par opposition à des registres hospitaliers) collectent et valident, en continu et de façon exhaustive, les nouveaux cas de cancers sur un territoire. L'enregistrement et le codage des nouveaux cas de cancers sont réalisés selon des méthodes standardisées et l'utilisation des classifications internationales, permettant des comparaisons. Source : Santé publique France.

²⁰⁶ ALD : affections de longue durée.

²⁰⁷ Source : réponse de Santé publique France à la Cour dans le cadre de la présente enquête.

L'assurance maladie produit ainsi des données chaque année sur les groupes de pathologies, issues du système national des données de santé. Pour le cancer du sein, les résultats en matière de prévalence sont nettement différents de ceux issus du système des registres. Pour l'année comparable la plus récente (2017), la Cnam estime à moins de 700 000 le nombre de patientes atteintes d'un cancer du sein, contre 913 089 selon les systèmes des registres. L'intérêt des données d'assurance maladie repose sur une plus fréquente mise à jour, permettant de suivre l'évolution de la prévalence sur un mode annuel et relativement rapproché.

Graphique n° 8 : évolution de la prévalence des femmes atteintes d'un cancer du sein



Source : Cour des comptes d'après Assurance maladie (data pathologies²⁰⁸) et INCa²⁰⁹

Des données de comparaison internationales sont également produites par l'OMS.

Ces sources de données peuvent être appréhendées comme complémentaires, car reposant sur des méthodologies de calcul distinctes et appréciant parfois des situations de patientes différentes²¹⁰. Mais les différences en termes de données rendent moins claires le suivi épidémiologique global de la situation. L'écart important des résultats interroge également quant à la fiabilité de sources de données pourtant susceptibles d'orienter l'action publique.

La création d'un registre national des cancers par voie législative

Dans ce contexte, la loi n° 2025-596 du 30 juin 2025 confie à l'INCa la mise en place d'un registre national des cancers, visant à améliorer et étendre ce système de veille épidémiologique.

Ce projet, qui a fait l'objet de débats importants, doit permettre d'améliorer la veille épidémiologique et la rendre plus efficace. L'option envisagée par l'Inca, de croisement des

²⁰⁸ INCa, *Panorama des cancers en France*, édition 2024.

²¹⁰ Santé publique France précise que les définitions (y compris de la prévalence) sont différentes car répondent à des objectifs différents (pour le cancer du sein, les données des registres correspondent aux nouveaux cas incidents - cancers primitifs et invasifs uniquement - alors que l'assurance maladie intègre également les cancers in-situ, les récidives et les métastases). Ainsi, les données de l'assurance maladie permettent de suivre les dépenses de soins, tandis que les données issues des registres des cancers permettent le suivi épidémiologique en France et les comparaisons internationales, notamment.

données du système de registres avec celles du système national des données de santé, au travers de sa plateforme des données en cancérologie, est ainsi pertinente.

Il est en effet indispensable de s'appuyer sur les structures mises en place, et notamment les données du système national des données en santé, afin de limiter les coûts²¹¹ et de rendre le système de veille épidémiologique plus performant. Dans le cadre du projet actuel, l'INCa évalue cette solution à 16 M€ au total, soit un surcoût de 6 M€ par rapport au système actuel²¹².

Des résultats sanitaires contrastés, justifiant une plus grande vigilance des pouvoirs publics

Une hausse de l'incidence et de la prévalence

L'incidence du cancer du sein, soit le nombre de nouveaux cas annuels, a crû au cours des dernières décennies. : il est passé de 30 000 cas en 1990 à 61 214 en 2023²¹³.

Cela représente une hausse de 104 %, dont 30 % seraient attribuables à l'accroissement de la population, 23 % au vieillissement de la population et 51 % aux facteurs de risques (voir Annexe 2) selon une étude réalisée dans le cadre d'un partenariat scientifique entre Santé publique France, l'INCa, les registres des cancers et les Hospices civils de Lyon. L'âge moyen au diagnostic est de 64 ans.

Tableau n° 10 : taux d'incidence du cancer du sein par âge et par an en France métropolitaine et variation entre 1990 et 2023 (taux pour 100 000 personnes)

Âge	1990	2023	Progression (en %)
40 ans	98,7	131,2	32,9 %
50 ans	217,2	318,6	46,7 %
60 ans	233,9	291,1	24,5 %
70 ans	263,1	439,3	67,0 %
80 ans	248,9	352,1	41,5 %

Source : Santé publique France²¹⁴

Lecture : le nombre de femmes de 40 ans touchées par un cancer du sein est passé d'un ratio de 98,7 sur 100 000 en 1990 à 131,2 sur 100 000 en 2023, soit une progression de 32,9 % des cas.

Selon Santé publique France, le taux d'incidence²¹⁵ était de 99,2 pour 100 000 personnes en 2023, soit une évolution moyenne de +0,9 % par an depuis 1990 et +0,3 % par an depuis 2010.

²¹¹ Suivant une première approche, qui aurait consisté en l'extension du modèle des registres régionaux à l'ensemble du territoire national, l'INCa avait estimé que le coût s'élèverait à « une soixantaine de M€ par an et plus de 500 créations de postes, qui s'ajouteraient aux 150 postes existants », tandis que le coût du système des registres régionaux s'élevait alors à une dizaine de M€ par an. Voir « Cancer : un projet de registre national en suspens », *Le Monde*, 3 mars 2025.

²¹² « Un registre national du cancer coûterait 16 M€ par an (INCa) », *APMnews*, 12 mai 2025.

²¹³ Lapôtre-Ledoux B *et alii*, « Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2023.

²¹⁴ Lapôtre-Ledoux B et al., « Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2023.

²¹⁵ Taux standardisé sur l'âge de la population mondiale.

Le taux d'incidence en France serait le plus important au monde en 2022 selon l'OMS²¹⁶. Ce résultat doit cependant être nuancé selon Santé Publique France²¹⁷, au regard des incertitudes liées à ces estimations et aux données utilisées (projections temporelles, années et zone géographique considérées), ainsi qu'au regard de la proximité des taux d'incidence de plusieurs pays. Il n'en demeure pas moins que le taux d'incidence, quelles que soient les sources de données utilisées, situe la France parmi les pays d'Europe et du monde ayant une incidence du cancer du sein parmi les plus élevées²¹⁸.

Si les données de prévalence peuvent sensiblement varier selon la méthodologie retenue (voir 1supra), elles convergent pour souligner l'importance de la prévalence du cancer du sein de la population française. En se fondant sur les données de l'assurance maladie, le nombre de patientes atteintes de cette pathologie aurait augmenté de 6 % entre 2015 et 2023²¹⁹. Mais cette hausse tient aussi bien à l'évolution de l'incidence qu'à celle de la survie.

Une mortalité en baisse mais qui demeure importante

Le cancer du sein est la première cause des décès par cancer chez les femmes en France²²⁰, comme dans le monde²²¹.

La dernière étude disponible²²² indique qu'en 2022, les tumeurs malignes du sein étaient responsables de 12 757 décès féminins (soit 16,7 % des décès féminins par tumeur).

Les tendances du taux de mortalité par cancer du sein chez les femmes sont à la baisse sur la période 2015-2022. Il peut être en particulier noté une baisse du taux de mortalité chez les 65-84 ans sur la période 2015-2019 qui se poursuit jusqu'en 2022, tandis que le taux est stable chez les 0-64 ans et chez les 85 ans et plus²²³.

La baisse de la mortalité depuis le milieu des années 1990 en France et dans les pays dits à hauts revenus est liée aux progrès thérapeutiques majeurs (hormonothérapie, taxanes, traitements ciblés adaptés au profil moléculaire de la tumeur) et à une augmentation de cancers diagnostiqués à un stade précoce, notamment grâce au dépistage.

²¹⁶ D'après Globocan 2022, la France présente le TSM (Taux Standardisé Monde) le plus élevé au monde avec la Belgique, les Pays-Bas, l'Australie et le Luxembourg (TSM de 100 à 105 pour 100 000 PA), viennent ensuite les USA, le Danemark, la Norvège, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni, avec des TSM autour de 95 pour 100 000. Les pays d'Europe du Sud ont des TSM plus faibles (Portugal 88,8, Italie 87,0 ; Espagne 81,0).

²¹⁷ Les estimations d'incidence produites par l'OMS sont supérieures aux estimations nationales produites par Santé Publique France (différence tous âges confondus de +7 %), en particulier pour les femmes les plus âgées (+20 % pour les 75 ans et plus).

²¹⁸ Ce qui est conforme au constat selon lequel l'incidence du cancer du sein est particulièrement élevée dans les pays les plus favorisés socioéconomiquement.

²¹⁹ Santé publique France souligne que la prévalence est associée à l'incidence et à la survie. L'incidence (taux standardisé) a augmenté en France ces dernières années et la survie des femmes atteintes d'un cancer du sein s'est améliorée. En conséquence, la prévalence a elle aussi augmenté.

²²⁰ 12 757 décès en 2022, d'après Fouillet *et al.*, « Grandes causes de mortalité en France en 2022 et tendances récentes », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n°18, octobre 2024.

²²¹ Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. *Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA Cancer J Clin. 2024 May-Jun;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.21834. Epub 2024 Apr 4. PMID: 38572751.

²²² Fouillet *et al.*, *op.cit.*

²²³ Fouillet *et al.* *Op.cit.*

La baisse du taux de mortalité en France sur la période récente est cependant moins importante que dans des pays comparables. Plusieurs pays dont l'indice de développement humain est considéré comme élevé, à l'instar de la Belgique et du Danemark, atteignent l'objectif de l'initiative mondiale contre le cancer du sein²²⁴, à savoir une diminution d'au moins 2,5 % par an de la mortalité, ce qui n'est pas le cas de la France. Son taux de mortalité est enfin significativement plus élevé qu'en Espagne, pays le plus performant d'Europe (10,6 décès pour 100 000 femmes en Espagne contre 15,8 en France en 2022²²⁵).

Un taux de survie élevé avec un pronostic favorable

Le taux de survie nette standardisée (SNS) des femmes atteintes d'un cancer s'élève en métropole à 88 % à 5 ans (et 97 % à un an). La survie diminue cependant avec l'âge (de 92 à 94 % entre 40 et 70 ans à 82 % à 80 ans). Sur l'ensemble de la période 1990- 2015, le taux de survie s'est néanmoins amélioré pour tous les âges²²⁶. Il s'élevait à seulement 79 % en 1990²²⁷.

Sur le plan de la comparaison internationale, la France se positionne de façon avantageuse. Dans une étude (CONCORD-3), réalisée à partir des cas diagnostiqués entre 2000 et 2014, la France faisait partie des quelques pays avec une survie nette à cinq ans supérieure à 85 %, avec le Canada, les Etats-Unis et 15 autres pays européens²²⁸. Il est de 83 % en moyenne au sein de l'Union européenne.

Ces bons résultats masquent cependant des disparités importantes en fonction du stade de dépistage du cancer. Plus le cancer du sein est détecté tôt, plus il se soigne facilement, et plus les chances de guérison sont élevées. Selon l'INCa, le taux de survie à cinq ans est de 99 % pour un cancer détecté à un stade précoce et de seulement 26 % pour un cancer diagnostiqué à un stade tardif.

²²⁴ OMS, *Cadre de mise en œuvre de l'Initiative mondiale contre le cancer du sein*, 2023.

²²⁵ Globocan, *op. cit.* Taux standardisé sur l'âge (monde).

²²⁶ Voir Molinié *et al.*, *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Sein*, 2020 ; Courreau *et al.*, *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018*, 2021.

²²⁷ *Ibid.*

²²⁸ Une nouvelle édition de l'étude (Concord-4) est en cours, avec pour la France des données extraites en 2023 de la base commune des registres de cancers pour la période 2000-2015.

Annexe n° 3 : des facteurs de risques multiples

Le cancer du sein est favorisé par de nombreuses causes. Les facteurs de risque²²⁹ reconnus à ce jour par la communauté scientifique sont nombreux mais certains font encore l'objet d'interrogations et de recherches. Au total, les trois-quarts des cancers du sein seraient attribuables à des facteurs de risque connus²³⁰.

Tableau n° 11 : facteurs non modifiables du cancer du sein

Facteurs	Signes	Risque éventuel	Explication - Mécanisme
<i>Facteurs génétiques</i>	Antécédents familiaux de cancer du sein	Gènes à haut risque : touche 2 à 5 % de l'ensemble des femmes atteintes d'un cancer du sein.	Gènes suppresseurs de tumeur
		Gènes à faible pénétrance : faible risque d'atteinte par un cancer de sein	
<i>Âge précoce des premières menstruations</i>	Premières règles avant l'âge de 12 ans.	Le risque de cancer du sein augmente de 50 % si les premières règles sont survenues avant l'âge de 12 ans	Longue exposition aux œstrogènes
<i>Ménopause tardive</i>	Ménopause après 50 ans	Le risque de cancer du sein augmente de 3 % pour chaque année supplémentaire à partir de l'âge présumé de la ménopause.	Production prolongée des hormones ovaraines
<i>Densité mammaire</i>	Densité des tissus mammaires en mammographie	Le risque de cancer du sein est multiplié de deux à six fois pour les femmes ayant des seins denses en mammographie.	Terrain favorable pour l'atteinte d'un cancer du sein
<i>Maladies bénignes du sein</i>	Les lésions prolifératives	Sans atypie : multiplient le risque par deux	Terrain favorable pour l'atteinte d'un cancer du sein
		Lésions hyperplasiques avec atypie : augmentent ce risque d'au moins quatre fois.	
	Les lésions non prolifératives avec ou sans atypie	Risque très faible	

Source : Académie nationale de médecine²³¹

²²⁹ En épidémiologie, un facteur de risque est toute variable liée statistiquement à la survenue d'un évènement. Il s'agit d'une caractéristique individuelle ou collective, associée de manière causale à l'augmentation de l'incidence d'une maladie dans une population et, par conséquent, à l'augmentation de la probabilité d'un développement individuel de la maladie. Facteur ou variable associés (statistiquement ou causalement) au développement d'une maladie ou de toute autre situation de santé chez un individu ou un groupe.

²³⁰ Laureen Dartois, *et al.* « Proportion of premenopausal and postmenopausal breast cancers attributable to known risk factors: estimates from the E3N-EPIC cohort », *International Journal of Cancer*, mai 2016.

²³¹ Nadia Frikha, Mehdi Chlif, « Un aperçu des facteurs de risque du cancer du sein », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, Volume 205, Issue 5, mai 2021.

D'après l'INCa, de 20 à 30 % des cancers du sein surviennent chez des femmes ayant des antécédents familiaux de cancer (notamment, mais pas exclusivement du sein).

Les patientes considérées comme à risque élevé en raison du contexte familial, de facteurs héréditaires, ou encore d'une prédisposition génétique représentent de l'ordre de 5 à 10 % des cancers du sein. Celles à risque élevé du fait d'antécédents médicaux personnels représentent quant à elles de 10 à 15 % des cas.

Les facteurs génétiques sont suspectés en cas de survenue du cancer à un âge jeune, en cas de forte prévalence de cancers du sein familiaux ou d'association à d'autres cancers en nombre important, *a fortiori* chez les apparentées du premier degré ou chez un homme.

L'INCa estime qu'environ deux femmes sur mille sont porteuses d'une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2²³². Néanmoins, toutes les femmes porteuses de ces mutations génétiques ne développeront pas systématiquement un jour un cancer du sein.

La mutation de ces gènes augmente le risque de développer un cancer du sein dans les deux seins (le cancer est alors dit bilatéral) ainsi qu'un cancer du sein à un âge jeune, plutôt avant la ménopause. Le risque varie au cours de la vie, selon le type de gène concerné, l'histoire familiale de cancer du sein, et l'âge. Ainsi, le risque de développer un cancer du sein à 70 ans serait de 65 % avec la mutation BRCA1 et de 45 % avec la mutation BRCA2, contre 10 % dans la population générale²³³.

Par ailleurs, certains facteurs sont dus à l'âge²³⁴ ou relèvent d'autres situations : règles précoces, ménopause tardive, nulliparité²³⁵, ou encore absence d'allaitement.

Des facteurs liés au mode de vie reconnus et documentés par la littérature scientifique

Plusieurs facteurs comportementaux peuvent accroître le risque de survenue du cancer du sein²³⁶. Ceux-ci peuvent être individuels, sociaux, économiques ou environnementaux. Certains font l'objet d'un consensus scientifique au niveau international quant à leur rôle dans la survenance d'un cancer du sein.

Parmi les facteurs accessibles à des changements de comportement, les principaux comportements à risque sont la consommation d'alcool, le tabac, le surpoids et l'obésité, la mauvaise alimentation, ou encore le manque d'activité physique²³⁷.

²³² Les gènes BRCA1 et BRCA2 sont impliqués dans la réparation des lésions de l'ADN. La présence d'une altération de l'un de ces deux gènes perturbe ainsi cette fonction et entraîne une augmentation du risque de cancer du sein.

²³³ Antoniou *et al.*, « Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case, Series unselected for family history: a combined analysis of 22 studies » *American Journal of Human Genetics*, 2003 ; 72 :117-30.

²³⁴ Selon l'INCa, 80 % des cancers du sein se développent après 50 ans, l'âge médian au diagnostic étant de 64 ans.

²³⁵ La nulliparité est le fait, pour une femme, de n'avoir jamais mené de grossesse à terme.

²³⁶ Institut de cancérologie de Lorraine, *Tout savoir sur le cancer du sein*, site internet de l'Institut.

²³⁷ Centre international de lutte contre le cancer, *Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine*, 2018.

Par exemple, une mauvaise alimentation et le surpoids sont un facteur favorisant les cancers du sein. L'obésité accroît le risque non seulement de récidive du cancer du sein, mais aussi celui de comorbidités majeures²³⁸. Elle augmente le risque de mortalité spécifique au cancer du sein et de mortalité toutes causes confondues de 35 % et 41 %, respectivement. Par ailleurs, les femmes en surpoids ont une survie sans maladie et une survie globale plus courtes que la moyenne.

Tableau n° 12 : exemples de cas de cancers du sein diagnostiqués, en France, en 2015, chez les adultes de 30 ans et plus, attribuables à des facteurs liés au mode de vie et à l'environnement

Facteur	Pourcentage (%)	Nombre
<i>Tabagisme</i>	4,4	2 352
<i>Consommation d'alcool</i>	15,1	8 081
<i>Alimentation</i>	4,3	2 315
<i>Surpoids et obésité</i>	8,4	4 507
<i>Expositions professionnelles</i>	1,3	683
<i>Radiations diagnostiques</i>	1,1	566
<i>Activité physique <30 minutes/jour</i>	3,0	1 620
<i>Allaitement maternel <6 mois/enfant</i>	3,1	1 649
<i>Nombre combiné</i>	40,7	21 773

Source : Centre international de lutte contre le cancer, *Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine, 2018*

Deux cancers du sein sur cinq seraient donc attribuables à des facteurs comportementaux.

Cette étude montre la part attribuable à des facteurs de risque dans le nombre total de cancers du sein. Il n'existe cependant pas à ce jour de méthode permettant de déterminer le risque pour un individu donné de développer un cancer du sein lié à un comportement en particulier, comme la consommation d'alcool ou de tabac. Le profil génétique de chaque femme, son mode de vie, son alimentation, sont susceptibles d'influer sur la propension d'un facteur à mener à la formation d'un cancer du sein pour une femme en particulier. Il n'en reste pas moins qu'adapter ses habitudes de consommation peut contribuer à réduire le risque de cancer.

Des facteurs de risque possibles, à mieux évaluer

Des études encore en cours sur les causes environnementales

Les résultats publiés dans la littérature scientifique mondiale concernant le lien entre la pollution de l'air et le risque de développer un cancer du sein ne font pas l'objet d'un consensus.

²³⁸ Sukanya Pati *et alii*, « *Obesity and cancer: a current overview of epidemiology, pathogenesis, outcomes, and management* », *Cancers*, 202.

Actuellement, le Centre international de lutte contre le cancer considère que seul le cancer du poumon, avec également des suspicions pour le cancer de la vessie, peut être directement lié à la pollution de l'air. Inversement, en l'état des connaissances scientifiques, les expositions environnementales représenteraient une part relativement faible de l'ensemble des cancers du sein.

Cependant l'étude du rôle de l'environnement dans la survenue des cancers est complexe. Il serait utile que d'autres travaux précisent son rôle et sa part comme facteur de risque.

Une présomption croissante en faveur de l'impact de l'environnement sur la survenue de cancers du sein

De nombreux travaux laissent cependant penser qu'un lien pourrait être établi entre facteurs environnementaux et cancers du sein. Une étude de janvier 2025 a par exemple suggéré que la pollution atmosphérique par particules fines est impliquée dans le cancer du sein²³⁹.

Plusieurs publications sont référencées sur les liens entre cancer du sein et facteurs environnementaux, par exemple en ce qui concerne les pesticides²⁴⁰, les polluants organiques persistants²⁴¹, ou encore les expositions professionnelles des pompiers²⁴².

Une étude intitulée « Xenair »²⁴³, menée par le centre Léon Bérard à Lyon, a permis d'établir un lien entre le risque de cancer du sein et l'exposition chronique à faible dose à des polluants atmosphériques.

En ce qui concerne les pesticides, les données ne sont pas encore jugées suffisantes. Une étude française, cependant, suggère un lien potentiel entre les pesticides absorbés par voie alimentaire et le risque de cancer du sein mais des recherches complémentaires sont nécessaires²⁴⁴. En outre, d'autres travaux ont conclu que les néonicotinoïdes pouvaient provoquer des cancers du sein chez la souris²⁴⁵.

²³⁹ Anna H Wu *et al*, « Air pollution and breast cancer incidence in the multiethnic cohort study », *Journal of Clinical Oncology*, janvier 2025.

²⁴⁰ Pauline Rebouillat, Rodolphe Vidal, Jean-Pierre Cravedi, Bruno Taupier-Letage, Laurent Debrauwer, Laurence Gamet-Payrastre, Mathilde Touvier, Mélanie Deschasaux-Tanguy, Paule Latino-Martel, Serge Hercberg, Denis Lairon, Julia Baudry, Emmanuelle Kesse-Guyot, “Prospective association between dietary pesticide exposure profiles and postmenopausal breast-cancer risk in the NutriNet-Santé cohort”, *International Journal of Epidemiology*, Volume 50, Issue 4, août 2021, pages 1184–1198.

²⁴¹“Certains polluants organiques persistants pourraient augmenter l'agressivité du cancer du sein”, INSERM, 22 octobre 2019.

²⁴² Cardona B, Rodgers KM, Trowbridge J, Buren H, Rudel RA. Breast Cancer-Related Chemical Exposures in Firefighters. *Toxicology*. 2024 Sep 28;12(10):707. doi: 10.3390/toxicology12100707. PMID: 39453127; PMCID: PMC11511222.

²⁴³ Amina Amadou, Delphine Praud *et alii*, “Risk of breast cancer associated with long-term exposure to benzo[a]pyrene (BaP) air pollution: evidence from the French E3N cohort study”, *Environment International*, avril 2021.

²⁴⁴ Pauline Rebouillat *et alii*, « Prospective association between dietary pesticide exposure profiles and postmenopausal breast-cancer risk in the NutriNet-Santé cohort », *International Journal of Epidemiology*, Volume 50, Issue 4, août 2021.

²⁴⁵ Xin Li, Sen He *et alii*, « Neonicotinoid insecticides promote breast cancer progression via G protein-coupled estrogen receptor: In vivo, in vitro and in silico studies », *Environment International*, décembre 2022.

Une autre étude²⁴⁶ identifie 920 substances chimiques présentes dans l'environnement, dont certains perturbateurs endocriniens, qui sont impliquées dans la genèse, le développement ou l'agressivité du cancer du sein.

Plus particulièrement, en ce qui concerne les perturbateurs endocriniens, Santé publique France assure la surveillance épidémiologique de certains indicateurs sanitaires en lien avec les perturbateurs endocriniens. Historiquement fondée sur la santé reproductive, cette surveillance doit progressivement s'étendre à d'autres pathologies étudiées par l'étude « priorisation des effets sanitaires à surveiller dans le cadre du programme de surveillance en lien avec les perturbateurs endocriniens » (PEPS'PE)²⁴⁷ mené par Santé publique France, au titre de la Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE²⁴⁸). Le cancer du sein fait ainsi partie des 13 effets sanitaires qui ont été classés par Santé publique France en priorité forte pour la surveillance en lien avec les perturbateurs endocriniens.

Des recherches supplémentaires, prenant en compte le contexte social et se basant sur le concept de l'exposome²⁴⁹ devraient permettre aux autorités scientifiques de se prononcer sur l'implication des facteurs environnementaux dans la survenue de cancers du sein et, en cas de résultat positif, sur leur poids dans le nombre total de ces cancers et les mesures à prendre en réponse.

²⁴⁶ Kay JE, Brody JG, Schwarzman M, Rudel RA. “Application of the key characteristics framework to identify potential breast carcinogens using publicly available *in vivo*, *in vitro*, and *in silico* data”, *Environ Health Perspect*, 2024 Jan;132(1):17002. doi: 10.1289/EHP13233. Epub 2024 Jan 10. PMID: 38197648; PMCID: PMC10777819.

²⁴⁷ Étude PEPS'PE: priorisation des effets sanitaires à surveiller dans le cadre du programme de surveillance en lien avec les perturbateurs endocriniens. Résultats”, Peyronnet Alexia, Naud Jérôme, Caudeville Julien, Santé Publique France, 27 octobre 2023.

²⁴⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/snpe_2_-_plan_d_action.pdf Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens, Ministère de la Transition écologique et solidaire, Ministère des solidarités et de la santé, 14 juillet 2017.

²⁴⁹ Selon l'Académie de médecine, « L'exposome correspond à l'ensemble des expositions, notamment à des agents chimiques, biologiques, physiques, des stress psycho-sociaux subies par un individu tout au long de sa vie. » (Robert Barouki et Yves Lévi, *L'exposome, une contribution majeure à la prévention*, rapport de l'Académie nationale de médecine, février 2024).

**Annexe n° 4 : évolution des dépenses d'assurance maladie
des patientes atteintes d'un cancer du sein (2015-2023)**

**Tableau n° 13 : évolution des dépenses en matière de prise en charge du cancer du sein
par l'assurance maladie (2015-2023)**

	2015	2023	Taux de croissance 2015 - 2023
<i>Hospitalisations</i>	1 427 292 917 €	2 335 511 292 €	63,63 %
<i>Prestations en espèces</i>	304 175 322 €	425 044 974 €	39,74 %
<i>Soins de ville</i>	1 102 315 175 €	1 923 343 155 €	74,48 %
Total général	2 833 783 414 €	4 683 899 421 €	65,29%

Source : Assurance maladie (*Data pathologies*). Euros courants.

**Tableau n° 14 : évolution des d'hospitalisation de cancer du sein remboursées
par l'assurance maladie (2015-2023)**

	2015 (€)	2023 (€)	Taux de croissance 2015 - 2023 (%)
<i>Actes et consultations externes MCO secteur public remboursés</i>	81 625 783	124 771 662	52,86
<i>Hospitalisations en HAD secteur privé remboursées</i>	16 913 599	37 201 697	119,95
<i>Hospitalisations en HAD secteur public remboursées</i>	20 932 769	64 003 286	205,76
<i>Hospitalisations en SSR secteur privé remboursées</i>	20 914 993	22 336 321	6,80
<i>Hospitalisations en SSR secteur public remboursées</i>	44 797 971	49 323 904	10,10
<i>Hospitalisations liste en sus MCO secteur privé remboursées</i>	183 039 486	325 437 820	77,80
<i>Hospitalisations liste en sus MCO secteur public remboursées</i>	317 627 416	694 569 321	118,67
<i>Hospitalisations séjour MCO secteur privé remboursées</i>	183 486 936	232 639 086	26,79
<i>Hospitalisations séjour MCO secteur public remboursées</i>	557 953 964	785 228 195	40,73
Total hospitalisations	1 427 292 917	2 335 511 292	63,63

Source : Assurance maladie (*data pathologies*)

Tableau n° 15 : évolution des dépenses de soins de ville de cancer du sein remboursées par l'assurance maladie (2015-2023)

	2015	2023	Taux de croissance 2015 - 2023
<i>Autres dépenses de soins de ville remboursés</i>	6 348 624 €	6 762 243 €	6,52 %
<i>Autres produits de santé remboursés</i>	38 672 433 €	55 073 703 €	42,41 %
<i>Biologie remboursée</i>	41 556 617 €	53 629 029 €	29,05 %
<i>Médicaments remboursés</i>	373 723 792 €	935 622 114 €	150,35 %
<i>Soins autres spécialistes remboursés</i>	280 610 720 €	392 346 640 €	39,82 %
<i>Soins d'autres paramédicaux remboursés</i>	624 597 €	1 791 838 €	186,88 %
<i>Soins de généralistes remboursés</i>	38 684 633 €	41 223 688 €	6,56 %
<i>Soins de kinésithérapie remboursés</i>	62 306 274 €	93 140 126 €	49,49 %
<i>Soins dentaires remboursés</i>	19 001 479 €	24 019 707 €	26,41 %
<i>Soins infirmiers remboursés</i>	44 355 946 €	70 891 702 €	59,82 %
<i>Transports remboursés</i>	196 430 060 €	248 842 365 €	26,68 %
Total soins de ville	1 102 315 175 €	1 923 343 155 €	74,48 %

Source : Assurance maladie (data pathologies)

Tableau n° 16 : évolution des dépenses de prestations en espèces de cancer du sein remboursées par l'assurance maladie (2015-2023)

	2015	2023	Taux de croissance 2015 - 2023
<i>Indemnités journalières maladie et AT/MP remboursées</i>	164 897 664 €	233 090 525 €	41,35 %
<i>Prestations d'invalidité remboursées</i>	133 583 474 €	184 924 826 €	38,43 %
<i>Rentes de victimes ATMP remboursées</i>	5 694 184 €	7 029 623 €	23,45 %
Total prestations en espèces	304 175 322 €	425 044 974 €	39,74 %

Source : Assurance maladie (data pathologies)

Annexe n° 5 : indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS) en matière de cancer du sein – résultats 2021-2022

Tableau n° 17 :

Nom	Indicateur de qualité et sécurité des soins (cancer du sein)	Cible à atteindre	Seuil d'alerte	Résultats 2021	Résultats 2022
<i>IQSS A</i>	Proportion de femmes ayant eu le premier traitement dans un délai inférieur ou égal à 6 semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement	>=90 %	<80 %	43 %	36 %
<i>IQSS A Strate A</i>	Proportion de femmes ayant eu leur biopsie dans un délai inférieur ou égal à 2 semaines à compter de la date de la mammographie précédant le traitement	>=90 %	<80 %	68 %	66 %
<i>IQSS A Strate B</i>	Proportion de femmes ayant eu le premier traitement dans un délai inférieur ou égal à 4 semaines à compter de la date de la dernière biopsie	>=90 %	<80 %	36 %	31 %
<i>IQSS B</i>	Proportion de femmes ayant eu une biopsie du sein avant le premier traitement (chirurgie, chimiothérapie ou hormonothérapie)	>98 %	=<95 %	96 %	96 %
<i>IQSS C</i>	Proportion de femmes traitées pour un carcinome canalaire <i>in situ</i> par chirurgie conservatrice n'ayant eu ni une exérèse du ganglion sentinelle, ni un curage axillaire	>95 %	<90 %	71 %	72 %
<i>IQSS D</i>	Proportion de femmes opérées pour un carcinome du sein invasif sans envahissement ganglionnaire ayant eu une exérèse du ganglion sentinelle sans curage axillaire	>95 %	<90 %	36 %	37 %
<i>IQSS E</i>	Proportion de femmes ayant eu une radiothérapie après chirurgie conservatrice du sein en cas de carcinome du sein canalaire <i>in situ</i> ou invasif non métastatique	>95 %	<90 %	94 %	94 %
<i>IQSS F</i>	Proportion de femmes atteintes d'un carcinome du sein canalaire <i>in situ</i> ayant eu une reconstruction mammaire immédiate	<i>Non concerné.</i>	<30 %	59 %	59 %
<i>IQSS G strate A</i>	Proportion de femmes atteintes d'un carcinome du sein canalaire <i>in situ</i> ou invasif non métastatique dont le délai entre la chirurgie et la radiothérapie adjuvante est inférieur à 12 semaines.	>95 %	<90 %	85 %	86 %
<i>IQSS G strate B</i>	Proportion de femmes atteintes d'un carcinome du sein canalaire <i>in situ</i> ou invasif non métastatique dont le délai entre la chirurgie et la chimiothérapie adjuvante est inférieur à 6 semaines.	>90 %	<85 %	45 %	47 %
<i>IQSS H</i>	Proportion de femmes atteintes d'un carcinome du sein invasif non métastatique dont le délai entre la fin de la chimiothérapie adjuvante et le début de la radiothérapie est inférieur à 6 semaines	>95 %	<90 %	81 %	82 %
<i>IQSS I strate A</i>	Proportion de femmes ayant eu une reprise chirurgicale carcinologique mammaire après chirurgie première conservatrice du sein pour un cancer du sein <i>in situ</i>	<20 %	>30 %	32 %	28 %
<i>IQSS I strate B</i>	Proportion de femmes ayant eu une reprise chirurgicale carcinologique mammaire après chirurgie première conservatrice du sein pour un cancer du sein invasif	<10 %	>20 %	14 %	14 %
<i>IQSS J</i>	Proportion de femmes ayant réalisé une mammographie annuelle après traitement du cancer du sein	>98 %	<95 %	63 %	65 %

Source : ATIH, INCa. Note : L'INCa précise que les IQSS IA et IB sont des indicateurs de « non qualité ». Il convient de les lire de la façon suivante : plus leur taux augmente, moins cela est signe de qualité (contrairement aux autres IQSS).

Annexe n° 6 : activités de recherche clinique en matière de cancer du sein et établissements de santé

Tableau n° 18 : indicateurs des publications en matière de cancer du sein par pays, top 15 (2019-2023)

Name	Publications indexées dans Web of Science	Rang	Impact des citations normalisé par catégorie	% Top 1%	% Top 10%	% Q1 Revues	% Collaborations internationales	% Auteur correspondant
Référence mondiale	84 320		1,03	1,1	11,5	36,0	22,6	
États-Unis	21 284	1	1,35	2,0	15,4	46,0	40,7	78,6
Chine	20 627	2	1,15	1,2	13,9	36,4	15,9	94,4
Inde	5 020	3	0,93	1,0	10,5	24,3	29,3	88,0
Italie	4 861	4	1,59	2,7	16,5	50,7	46,3	75,0
Royaume-Uni	4 477	5	1,87	3,6	19,8	52,4	71,6	53,6
Allemagne	3 652	6	1,85	3,5	18,2	50,1	62,0	62,0
Corée du Sud	3 474	7	1,46	2,4	13,7	40,3	27,5	86,1
Canada	3 332	8	1,57	2,7	15,6	46,7	56,7	63,7
Japon	3 323	9	1,29	1,7	10,2	29,1	29,6	82,2
Iran	3 307	10	0,97	0,9	12,1	23,3	29,5	94,9
France	2 863	11	2,12	4,37	19,3	56,3	59,6	61,1
Espagne	2 661	12	2,14	4,5	18,9	55,8	59,8	62,8
Australie	2 591	13	1,83	3,5	17,7	50,9	64,8	59,1
Turquie	2 265	14	0,76	0,7	7,4	16,7	22,2	87,5
Pays-Bas	1 994	15	1,71	3,4	19,5	60,1	59,5	63,0

Source : Centre nationale de coordination de la recherche clinique (CNCR). Le « Top 1% » correspond aux publications indexées Web of Science figurant parmi les 1 % de publications les plus citées au niveau mondial en ajustant sur l'année de publication et le champ disciplinaire. Le « Top 10% » correspond aux publications figurant parmi les 10% des publications les plus citées au niveau mondial. Le « Q1 » correspond aux publications dans les revues dites du premier quartile, c'est-à-dire les plus influentes (25% des revues à facteur d'impact le plus élevé au sein de chaque discipline).

Tableau n° 19 : répartition des études actives (activité promotion) par statut d'établissement sur la période 2012-2023 (en % du total)

Année	CHU	CH	CLCC	Autres centres
2012	16 %	0 %	83 %	1 %
2013	15 %	0 %	83 %	1 %
2014	18 %	1 %	80 %	1 %
2015	22 %	1 %	77 %	0 %
2016	23 %	2 %	75 %	0 %
2017	23 %	2 %	75 %	0 %
2018	20 %	3 %	75 %	3 %
2019	19 %	3 %	75 %	3 %
2020	16 %	1 %	82 %	2 %
2021	15 %	2 %	82 %	2 %
2022	20 %	3 %	76 %	1 %
2023	18 %	4 %	76 %	2 %

Source : Centre national de coordination de la recherche clinique (CNCR). Le total peut ne pas correspondre à 100 % du fait d'arrondis. Note de lecture : en 2023, 76 % des études cliniques en matière de cancer du sein promues par un établissement de santé l'étaient par un centre de lutte contre le cancer.

Tableau n° 20 : répartition des inclusions de patientes par statut d'établissement (activité promotion) sur la période 2012-2023 (en % du total)

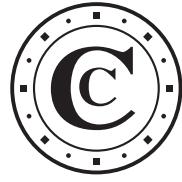
Année	CHU	CH	CLCC	Autres centres
2012	6 %	0 %	94 %	1 %
2013	11 %	0 %	88 %	1 %
2014	9 %	0 %	91 %	0 %
2015	12 %	1 %	87 %	0 %
2016	14 %	1 %	85 %	0 %
2017	66 %	0 %	33 %	0 %
2018	12 %	0 %	86 %	1 %
2019	11 %	0 %	87 %	2 %
2020	3 %	0 %	96 %	0 %
2021	2 %	0 %	98 %	0 %
2022	7 %	0 %	92 %	0 %
2023	5 %	3 %	91 %	0 %

Source : Centre national de coordination de la recherche clinique (CNCR). Le total peut ne pas correspondre à 100 % du fait d'arrondis. Note de lecture : en 2023, 91 % des inclusions de patientes dans des études cliniques promues par un établissement de santé français l'étaient dans des études promues par les centres de lutte contre le cancer. Dans cet indicateur sont comptabilisées toutes les inclusions de patientes pour lesquelles un établissement est promoteur, y compris celles réalisées dans d'autres centres.

Tableau n° 21 : répartition des inclusions de patientes (activité investigation) par statut d'établissement sur la période 2012-2023 (en % du total)

Année	CHU	CH	CLCC	Autres centres
2012	11 %	4 %	77 %	7 %
2013	13 %	6 %	73 %	9 %
2014	10 %	6 %	76 %	8 %
2015	13 %	4 %	77 %	7 %
2016	17 %	6 %	68 %	9 %
2017	27 %	3 %	27 %	43 %
2018	15 %	7 %	67 %	11 %
2019	14 %	8 %	56 %	22 %
2020	8 %	10 %	42 %	40 %
2021	5 %	5 %	24 %	67 %
2022	6 %	4 %	16 %	75 %
2023	7 %	8 %	28 %	57 %

Source : Centre national de coordination de la recherche clinique (CNCR). Le total peut ne pas correspondre à 100 % du fait d'arrondis. Dans la colonne « Autres centres » sont intégrées des structures variées et notamment des centres étrangers participant à des essais promus par des établissements de santé français. Note de lecture : en 2023, 28% des patientes incluses dans des études cliniques par un centre investigateur l'étaient par un centre de lutte contre le cancer.



Dans le cadre de sa mission d’assistance au Parlement, en application de l’article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes réalise toute enquête demandée par les commissions de l’Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales sur toute question relative à l’application des lois de financement de la sécurité sociale et procède dans ce cadre aux enquêtes sur les organismes soumis à son contrôle.

Cour des comptes
13, rue Cambon
75100 Paris Cedex 01
Tél. : 01 42 98 95 00
www.ccomptes.fr