

46^{ES} JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE
SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE

PALAIS DES CONGRÈS | BORDEAUX

DU **19** AU **21** NOVEMBRE 2025

INTERCEPTION
GUSTAVE ROUSSY
Le programme de prévention
personnalisée des cancers

Où en est le dépistage personnalisé du cancer du sein en France et à l'international



Suzette Delaloge
Gustave Roussy, France

Liens d'intérêt

Intérêts financiers (tous liés à mon institution)

Elsan, Gilead, MSD, Novartis, BMS, Roche Genentech, Sanofi, Taiho :
recherche/comités scientifiques/conférencière invitée

Intérêts non financiers (vers mon institution)

Banque des Territoires/France 2030, Institut national du cancer, INSERM,
Commission européenne (financement)

Où en est le dépistage personnalisé



Pourquoi un dépistage personnalisé



Evaluer le risque



Etat des lieux du dépistage personnalisé



Conclusions et perspectives

HÉTÉROGÉNÉITÉ DES EFFETS DU DÉPISTAGE ACTUEL

Les avantages et les inconvénients du dépistage mammographique divergent en fonction du risque et de la densité

Le modèle unique pourrait être considérablement amélioré !

Quessep et al Eur J Cancer 2025

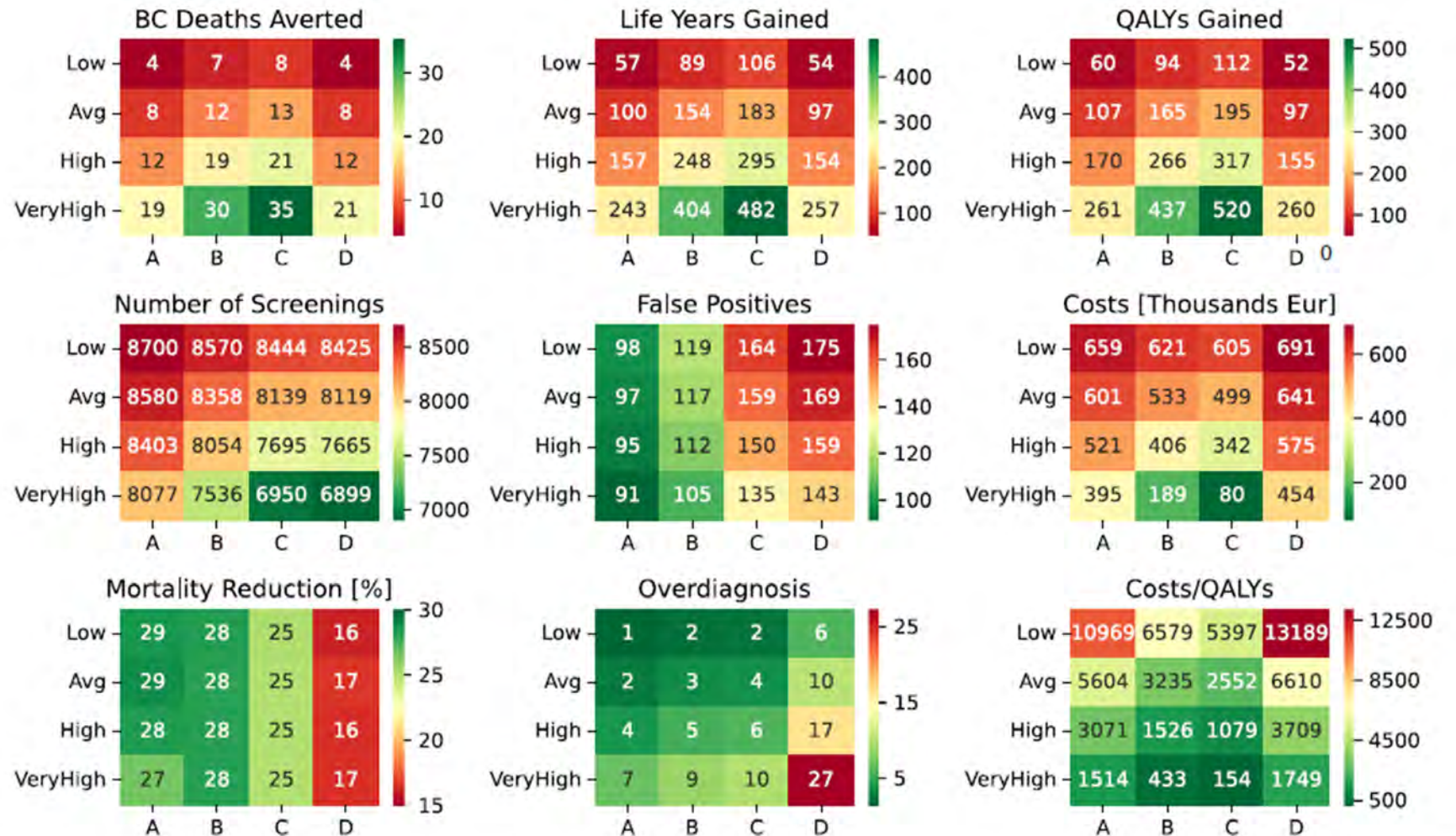


Fig. 1. Heatmaps of outcomes per 1000 women from a one-size-fits-all screening strategy. Results from nine health and economic outcomes when performing mammography every 2 years from age 50–74y for each subgroup of risk level and breast density. BC: breast cancer; QALYs: quality-adjusted-life-years.

Cancer du sein en France : survie nette selon la participation au dépistage et l'EDI



N'oublions pas que le dépistage organisé tend à atténuer les effets des disparités sociales sur la mortalité

Surmortalité

Poiseul et al IJC 2025

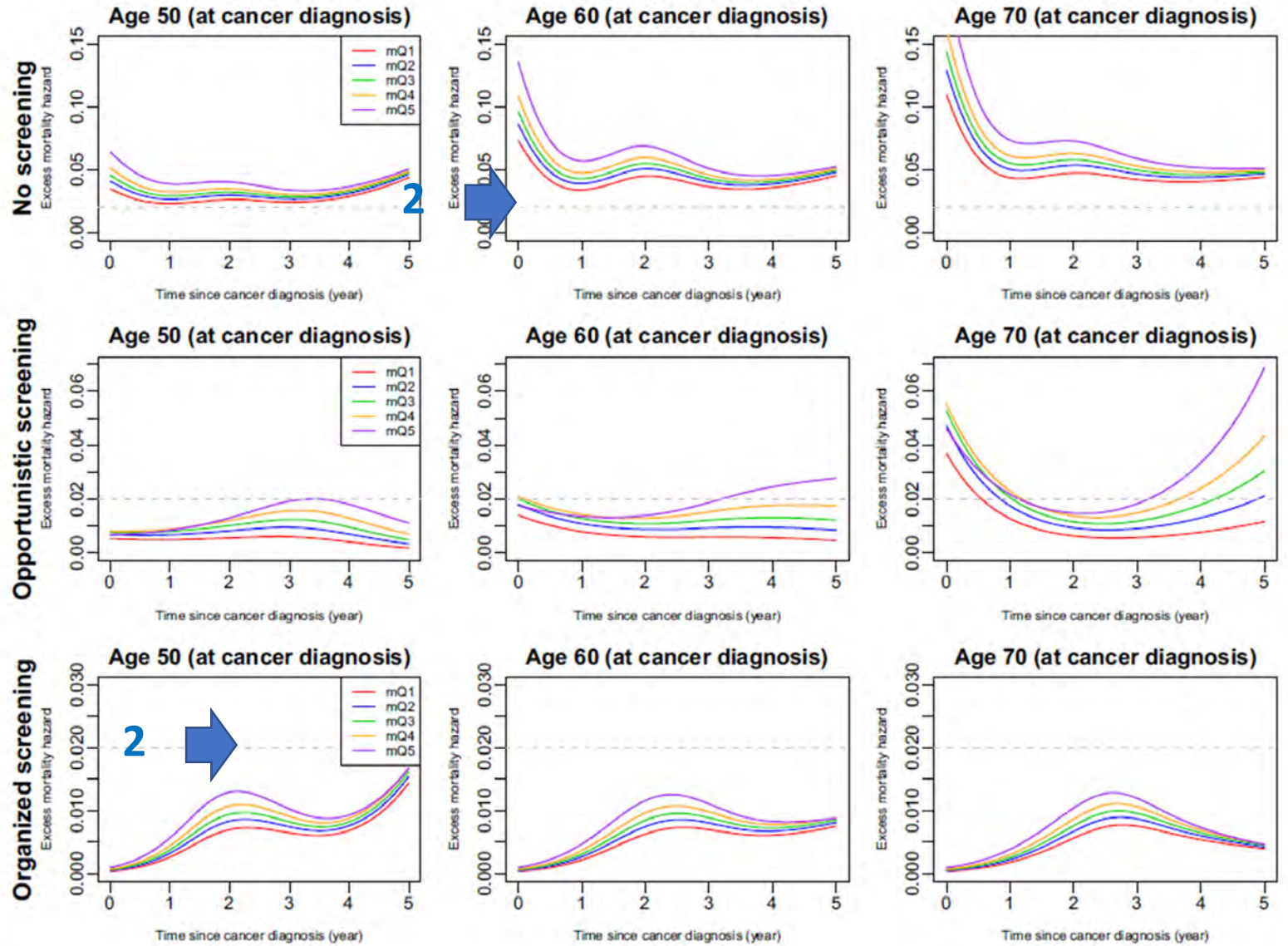
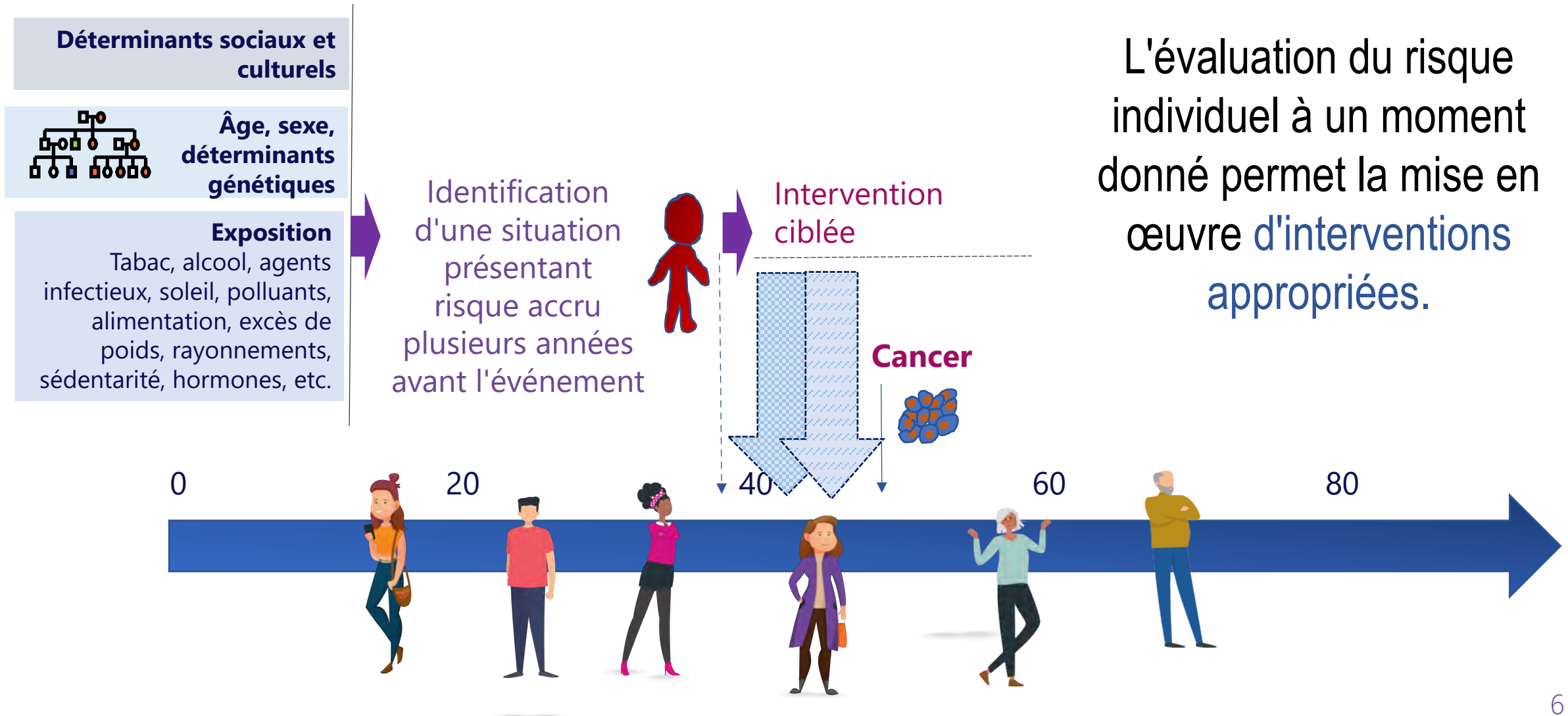
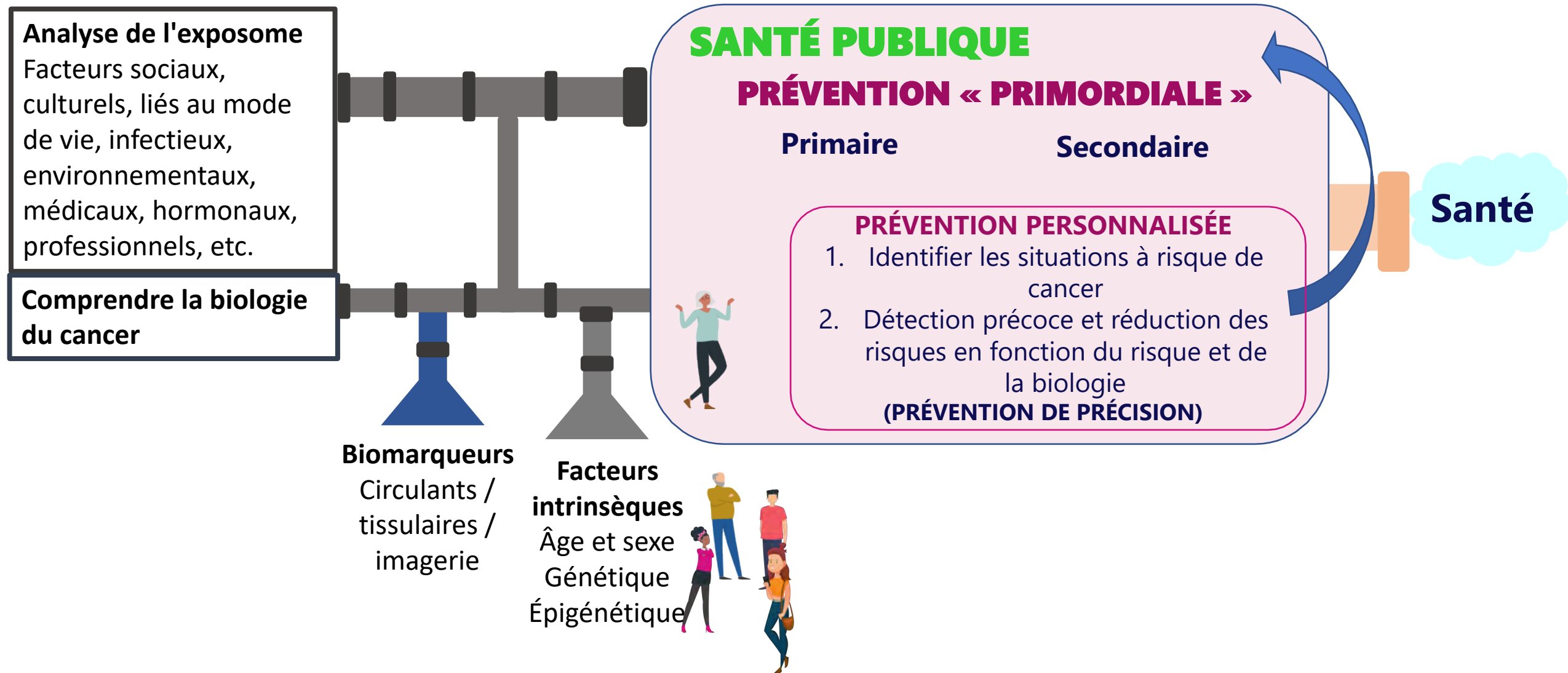


FIGURE 3 Dynamics of the excess mortality hazard (EMH) by level of deprivation, age and group of screening. Please note that we are

INTERCEPTION PERSONNALISÉE : UN MÉLANGE DE DÉTECTION PRÉCOCE ET DE RÉDUCTION DES RISQUES



ENJEU: La prévention personnalisée du cancer doit être mise en place au niveau de la santé publique



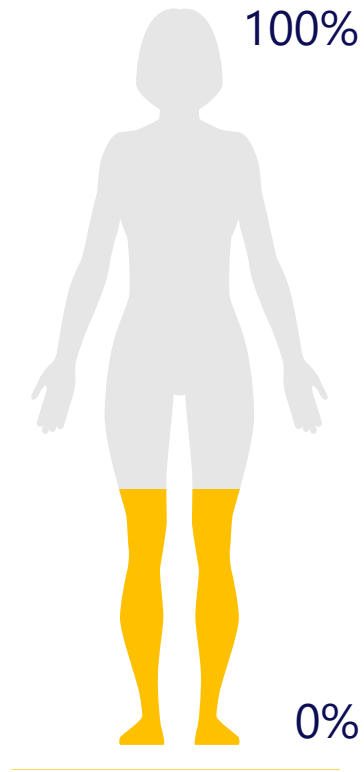
Où en est le dépistage personnalisé

- Pourquoi un dépistage personnalisé
- Evaluer le risque
- Etat des lieux du dépistage personnalisé
- Conclusions et perspectives




PRÉVENTION DE PRÉCISION : LA GÉNÉTIQUE GERMINALE A OUVERT LA VOIE

| Altérations germinales - cancer | Moyens de détection précoce (LoE) | Mesures de réduction des risques (LoE) |
|----------------------------------|--|--|
| BRCA1/2 – sein et ovaire | IRM mammaire (+ mammographie) (IIA) | Mastectomie prophylactique (IIA) et annexectomie (IIA), traitements endocriniens (IIIB), interventions sur le mode de vie (IV) |
| Autres gènes BC – sein et ovaire | Preuves de faible niveau, attitude dérivée des données BRCA1/2 | |
| TP53 - large spectre | IRM mammaire (III), IRM du corps entier (IIB), autres | Mastectomie prophylactique (IV) Mode de vie (IV) |

LES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DU SEIN



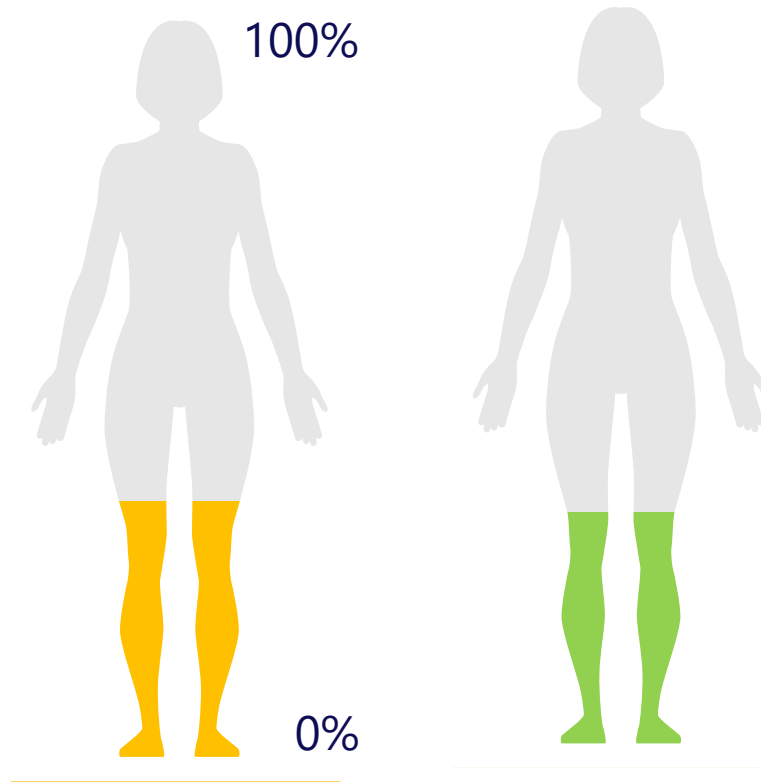
Socle constitutionnel

- 1. Etre une femme
 - 2. L'âge
 - 2. Les facteurs génétiques : prédispositions / polymorphismes / épigénétique... (dont ethniques)
 - 4. L'imprégnation hormonale endogène
- 
- 
- 




LES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DU SEIN

Expositions et mode de vie

- Vie reproductive, hormones exogènes
- Contexte socio culturel
- Nutrition, BMI, activité physique
- Alcool
- Radiations
- Perturbateurs endocriniens
- Autres expositions



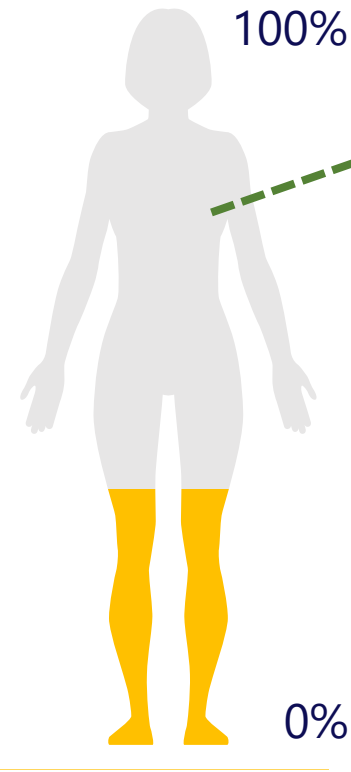
Socle constitutionnel

1. Etre une femme 
2. Les facteurs génétiques : prédispositions / polymorphismes / épigénétique... (dont ethniques) 
4. L'imprégnation hormonale endogène 

LES FACTEURS DE RISQUE DE CANCER DU SEIN

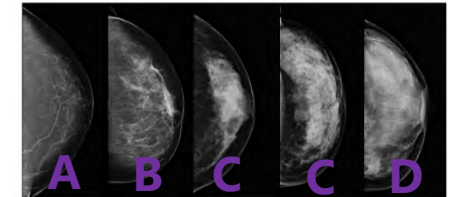
Expositions et mode de vie

- Vie reproductive, hormones exogènes
- Contexte socio culturel
- Nutrition, BMI, activité physique
- Alcool
- Radiations
- Perturbateurs endocriniens
- Autres expositions



Biomarqueurs de risque

- Structure du sein en imagerie: densité, radiomics
- Lésions atypiques en histologie



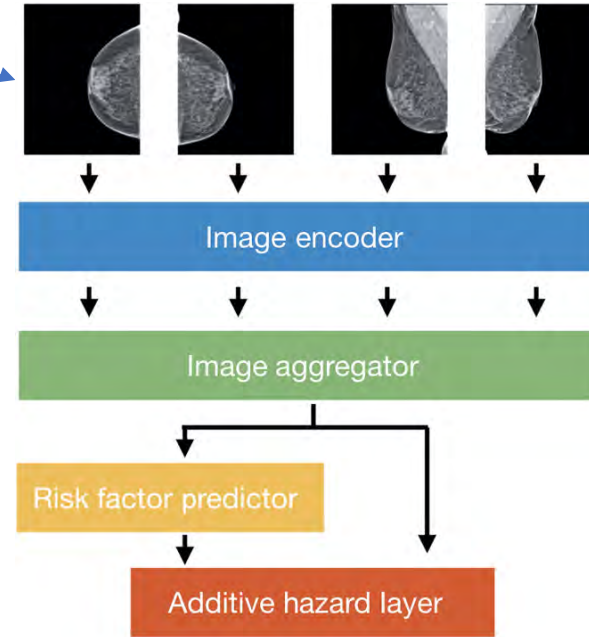
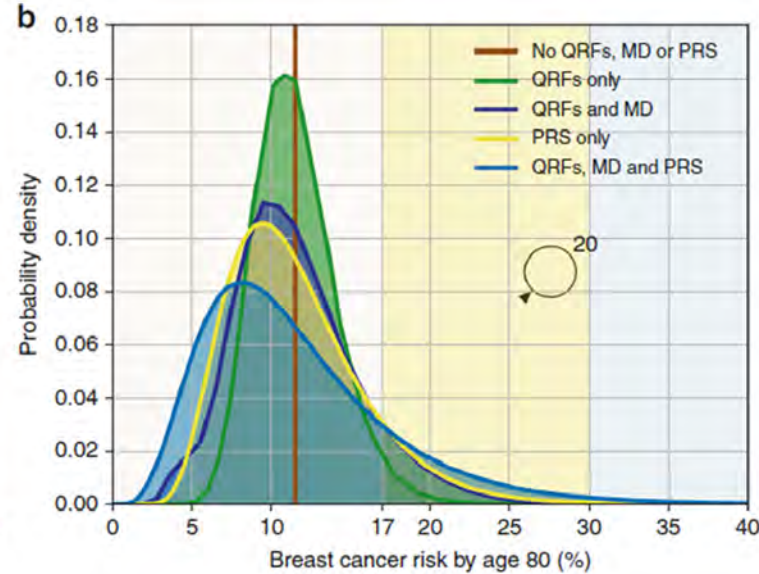
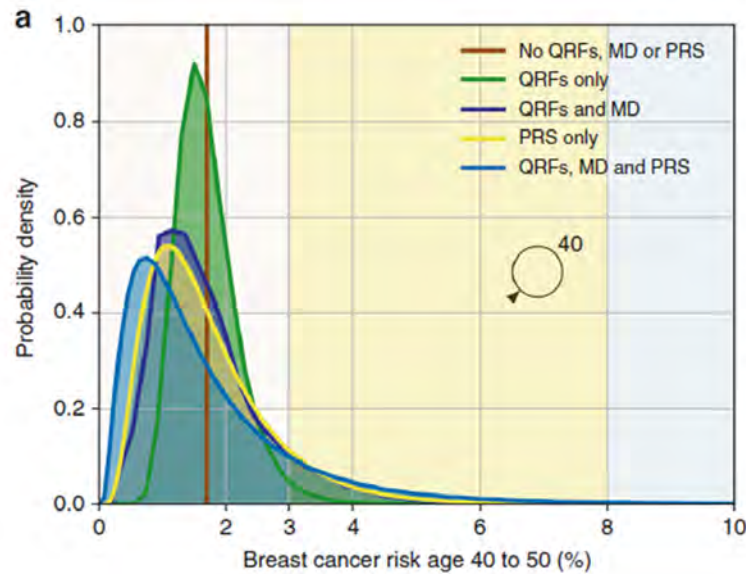
Socle constitutionnel

1. Etre une femme
2. L'âge
2. Les facteurs génétiques : prédispositions / polymorphismes / épigénétique... (dont ethniques)
4. L'imprégnation hormonale endogène

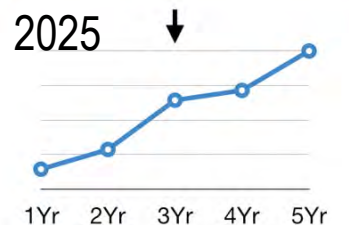
EVALUER LE RISQUE: SCORES COMPLEXES, GÉNÉTIQUE, RADIOMIQUÉ?



Socle + génétique (scores SNP) + expositions + biomarqueurs



Clarity™ Autorisation de la FDA en juin 2025



Lee genet Med 2019
Lehmann J Natl Cancer Inst 2022

Où en est le dépistage personnalisé

- Pourquoi un dépistage personnalisé
- Evaluer le risque
- Etat des lieux du dépistage personnalisé
- Conclusions et perspectives

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN BASÉ SUR LE RISQUE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE : OÙ EN SOMMES-NOUS ?



**PERSPECTIVE
PROCAS
autres**

**Essais contrôlés
randomisés**

**Cohortes
prospectives**

Développement



Validation



Validité clinique



Utilité clinique



Mise en œuvre



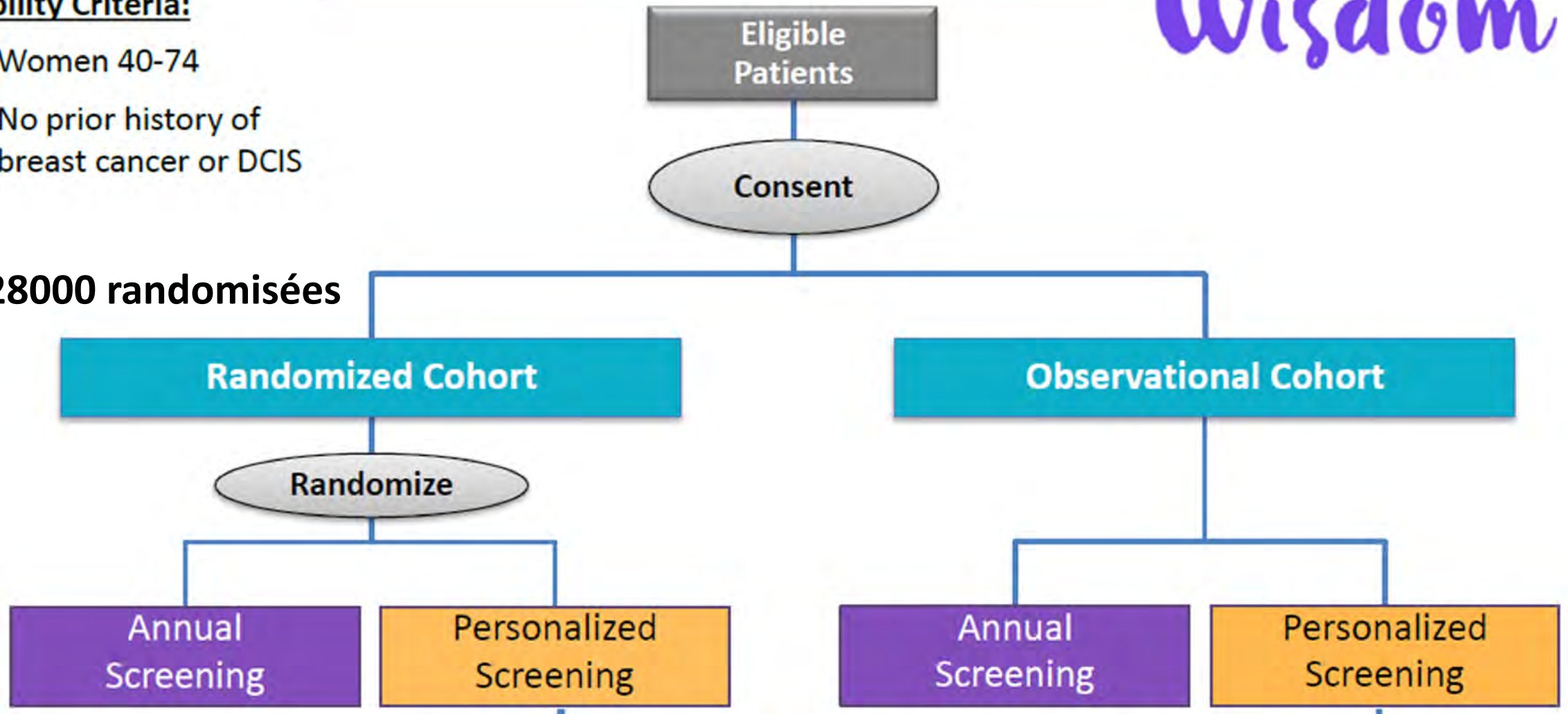
WISDOM: RESULTATS PRIMARY ENDPOINT A SABCS 2025!

Eligibility Criteria:

- ✓ Women 40-74
- ✓ No prior history of breast cancer or DCIS

Wisdom

28000 randomisées



Wisdom Risk Thresholds & Screening Strategies

Bras basé sur le risque

| | Age 40-49 | Age 50-74 |
|--|---|--|
| No screening at this time | 5-year absolute risk < 1.3% | -- |
| Biennial mammogram* | 5-year absolute risk ≥ 1.3%* | All women (if life expectancy exceeds 10 years) |
| Annual mammogram† | Extremely dense breasts (BIRADS d) on prior mammogram Carriers of <i>ATM</i> , <i>PALB2</i> , or <i>CHEK2</i> mutations without positive family history for breast cancer‡ | Carriers of <i>ATM</i> , <i>PALB2</i> , or <i>CHEK2</i> mutations# |
| Annual mammogram + adjunctive MRI | Carriers of <i>BRCA1/2</i> , <i>TP53</i> , <i>PTEN</i> , <i>STK11</i> , or <i>CDH1</i> mutations Carriers of <i>ATM</i> , <i>PALB2</i> , or <i>CHEK2</i> mutations with a positive family history of breast cancer‡ History of therapeutic chest irradiation between the ages of 10-30 years 5-year absolute risk ≥ 6% | |

Démontrer la valeur du dépistage basé sur le risque niveau de la santé publique



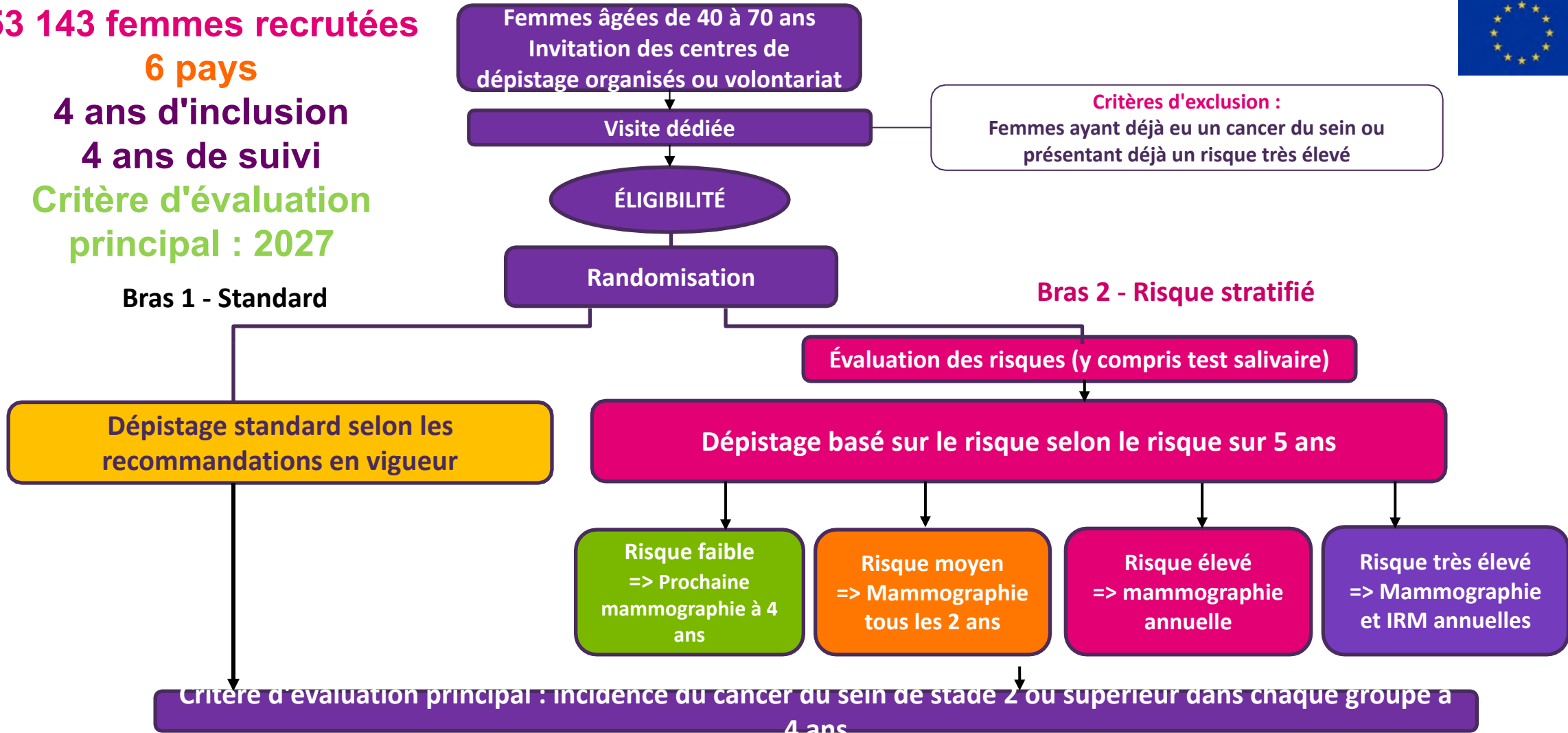
53 143 femmes recrutées

6 pays

4 ans d'inclusion

4 ans de suivi

Critère d'évaluation principal : 2027





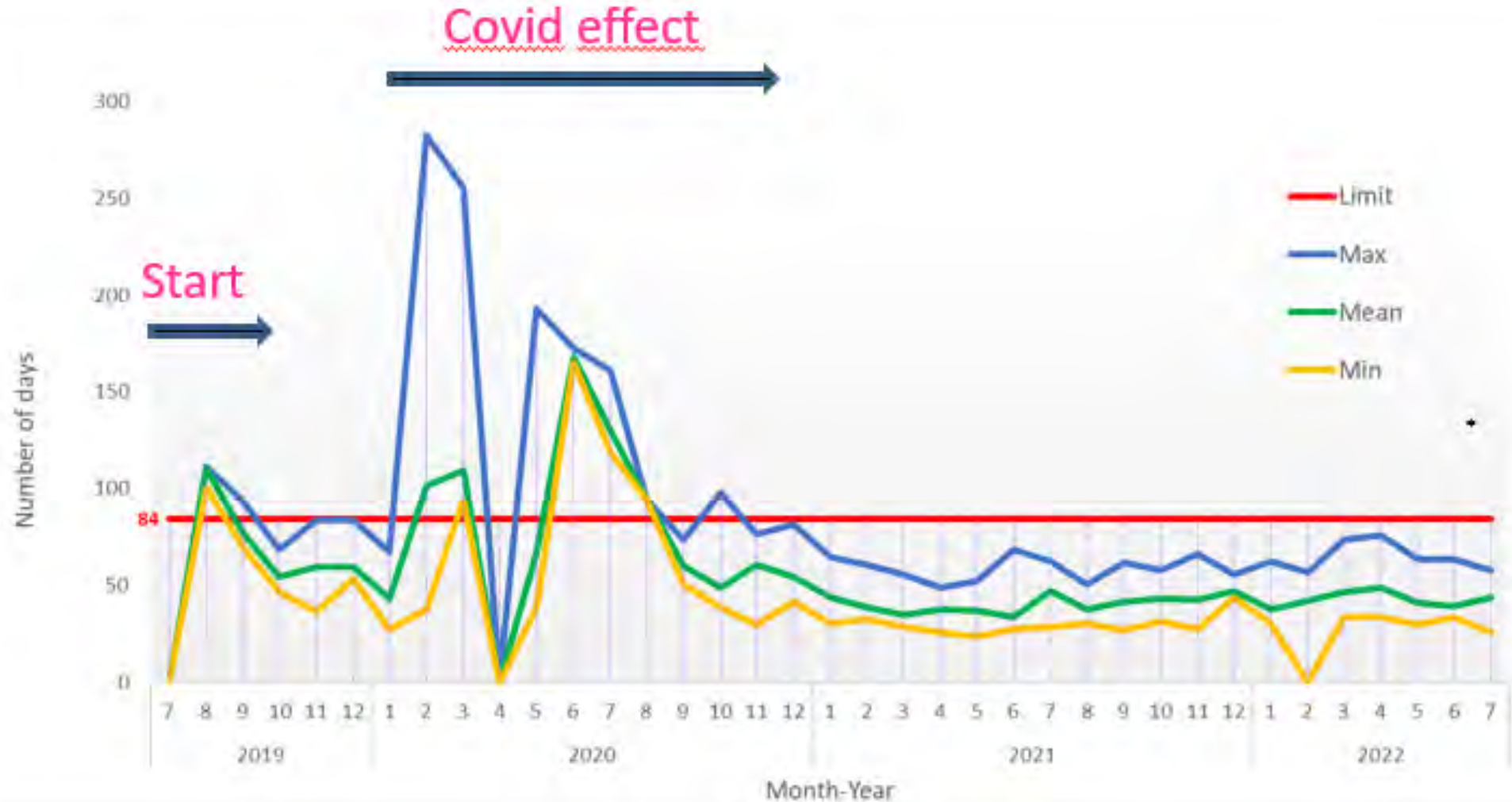
Faisabilité du score PRS313

28 149 échantillons reçus,
délai d'exécution de 7
semaines

CEPH ET
CNRGH

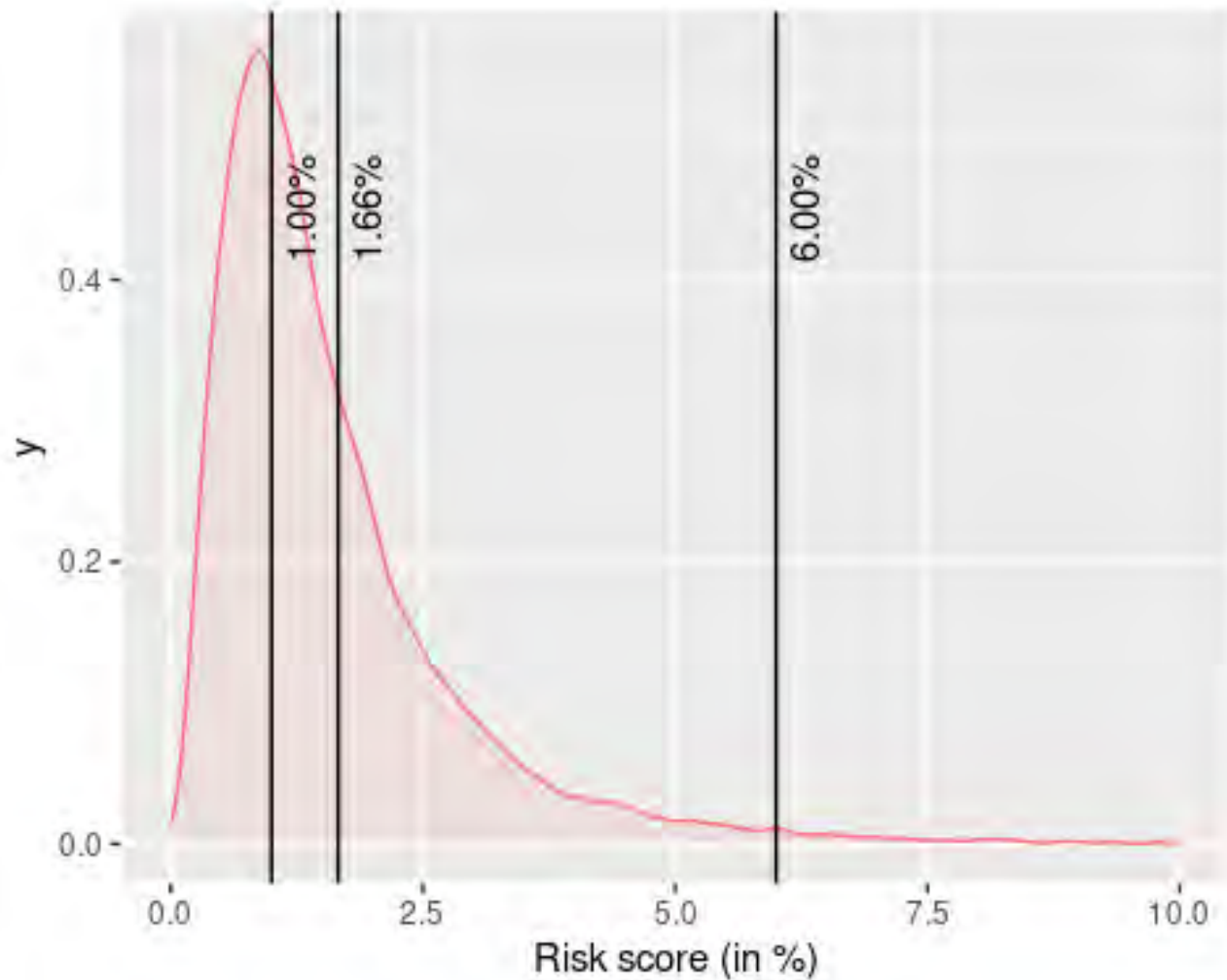
98,8 % genotyped with
success

1,2 %
failed

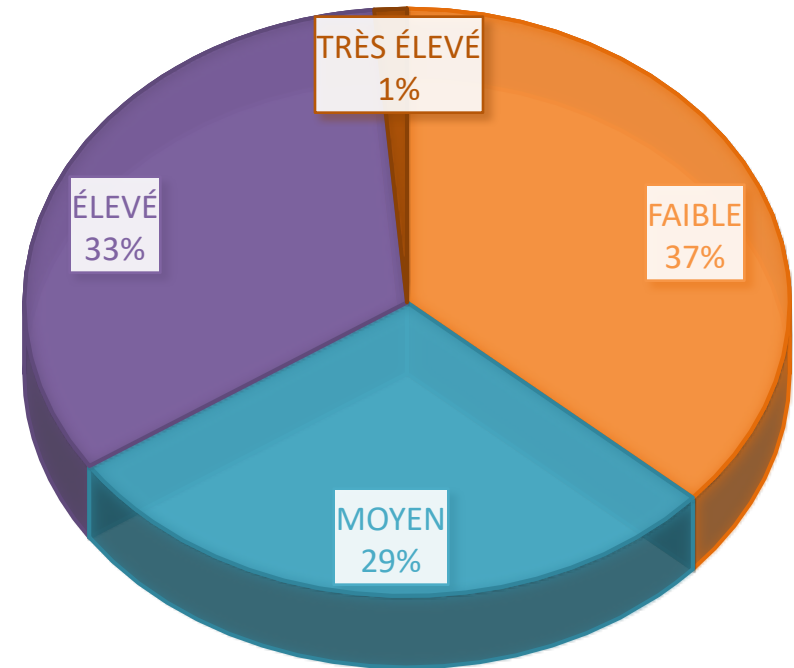




MyPeBS: Répartition des scores de risque



Répartition des catégories de risque





MyPeBS - Catégories de risque parmi les sous-groupes



Damien Drubay

| Catégories de risque | Ensemble de la population | Apparenté au 1er degré avec cancer du sein (N = 4 870) | ATCD perso de biopsie mammaire bénigne (N = 3 748) |
|---------------------------------------|---------------------------|--|--|
| Risque faible (<1 %) | 9155 (36,58 %) | 839 (17 %) | 272 (7 %) |
| Risque moyen (≥ 1 % et <1,67 %) | 7260 (29,01 %) | 1291 (26,5 %) | 716 (19 %) |
| Risque élevé ($\geq 1,67$ % et <6 %) | 8266 (33,03 %) | 2522 (52 %) | 2542 (68 %) |
| Risque très élevé (≥ 6 %) | 344 (1,37 %) | 218 (4,5 %) | 218 (6 %) |



MyPeBS - Caractéristiques sociodémographiques

Éducation

Privation matérielle

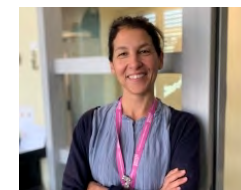
| Niveau d'éducation CITE 2011 | PAYS | | | | | | Total |
|------------------------------|---------------------|----------------------|----------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| | BEL | FR | SP | IT | UK | ISR | |
| | Faible (0-2) | 190 8,79 | 528 5,26 | 399 13,73 | 3235 23,46 | 1006 16,20 | |
| Moyen (3-4) | 964 44,59 | 4940 49,17 | 706 24,30 | 5881 40,47 | 425 6,85 | 1526 23,11 | 14142 33,9 |
| Élevé (5-8) | 1008 46,62 | 4578 45,57 | 1800 61,96 | 4974 36,07 | 4777 76,95 | 4969 75,27 | 22106 53 |
| Total | 2162 100,00 | 10046 100,00 | 2905 100,00 | 13790 100,00 | 6208 100,00 | 6602 100,00 | 41713 100,00 |

52 % de la population cumulée a un niveau d'éducation élevé, **33,9 %** un niveau moyen et **13,1 %** un niveau faible.

| Number of missing item due to lack of resources | COUNTRY | | | | | | | TOTAL |
|---|--------------|--------------|-------------------|-------------------|---------------------|------------------|----------------------|-------|
| | BEL | FR | SP | IT | UK | ISR | | |
| Missing values can pay rent | 588 | 6124 | 0 | 4089 | 983 | 2915 | 14699 | |
| 0 item | 1337 (84.9%) | 3537 (84.6%) | 2409 (80.7%) | 8576 (88.2%) | 4867 (92.5%) | 3359 (89.4%) | 24085 (87.6%) | |
| 1 item | 111 (7.0%) | 361 (8.6%) | 263 (8.8%) | 739 (7.6%) | 242 (4.6%) | 280 (7.5%) | 1996 (7.3%) | |
| 2 items | 64 (4.1%) | 155 (3.7%) | 142 (4.8%) | 235 (2.4%) | 86 (1.6%) | 71 (1.9%) | 753 (2.7%) | |
| > 3 items | 63 (4.0%) | 129 (3.1%) | 172 (5.8%) | 174 (1.8%) | 67 (1.3%) | 48 (1.3%) | 653 (2.4%) | |
| Total | 2163 | 10306 | 2986 | 13813 | 6245 | 6673 | 42186 | |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | |

2,4 % ne peuvent se permettre d'acheter au moins 3 articles et sont donc considérés comme matériellement démunis

Nora Moumjid
Centre Léon Bérard





Scores de compréhension au départ par pays

| | PAYS | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| | BEL | FR | SP | IT | UK | ISR | Total | Kruskall-Wallis H |
| N | 2 191 | 10 433 | 2 994 | 14 693 | 6 265 | 8 822 | 45 398 | P<0,001 |
| Médiane (min-max) | 11,00 (6,00-12,00) | 12,00 (4,00-12,00) | 11,00 (4 h 00-12 h 00) | 12h00 (0,00-12,00) | 11h00 (4,00-12,00) | 12,00 (4,00-12,00) | 12.00 (0,00-12,00) | |
| Moyenne | 11,12 | 11,20 | 10,99 | 11,38 | 10,81 | 11,30 | 11,21 | |
| SD | 1,05 | 11,20 | 1,10 | 0,94 | 1,37 | 0,97 | 1,07 | |

Niveau de compréhension très élevé avec un score médian de 12 sur 12 questions : bonne compréhension du cancer du sein, du dépistage du cancer du sein en général, des avantages et des risques.

Nora Moumjid

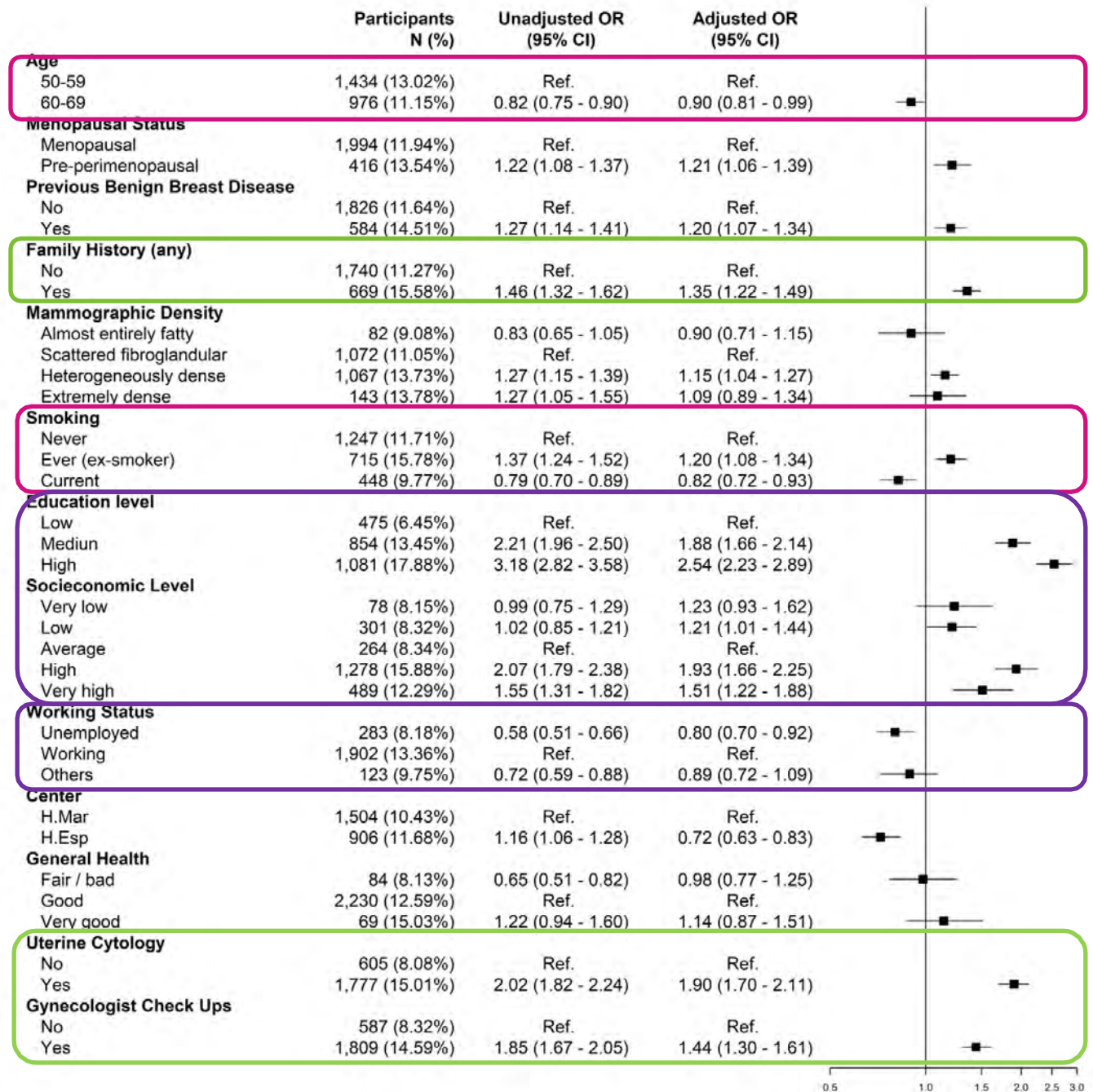


Étude de l'impact des disparités sociodémographiques sur l'acceptation de participer à l'essai MyPeBS

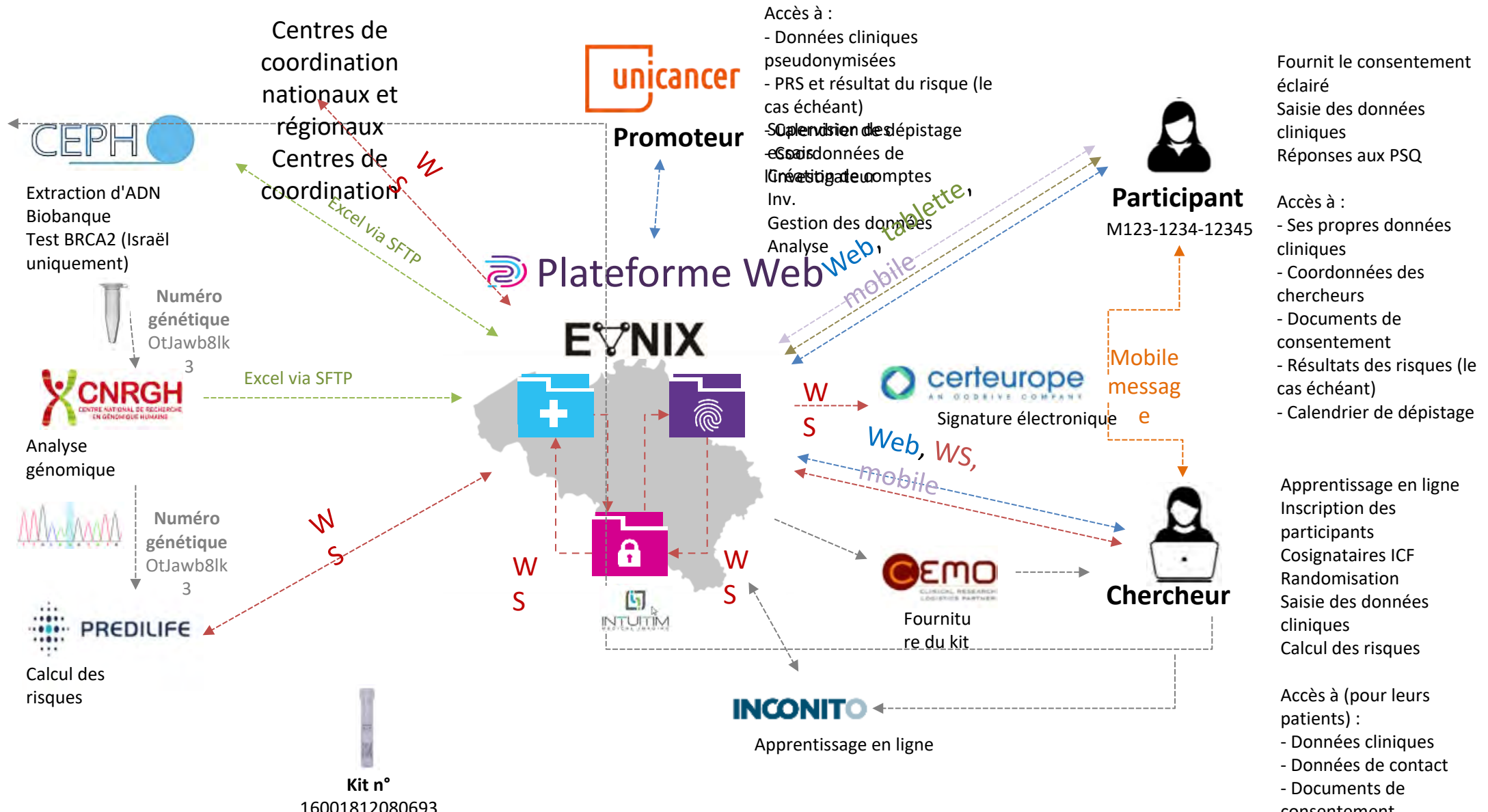


Marta Roman
Hôpital Del Mar
Barcelone

Espagne : 19 768 femmes invitées à participer à MyPeBS, 2 410 (12,2 %) se sont inscrites



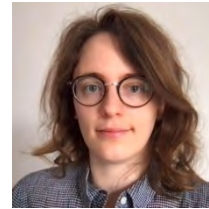
Le rôle crucial des outils numériques





Acceptabilité par les professionnels de santé

Alexandra Roux¹, Lucile Hervouet², Francesca Di Stefano³, David P. French⁴, Livia Giordano³, David Ritchie⁵, Marie-Eve Rougé Bugat⁶, Debbie Keatley⁷, Rachel Cholerton⁴, Lorna McWilliams⁴, Paolo Giorgi Rossi⁸, Corinne Balleyguier⁹, Michal Guindy¹⁰, Fiona J. Gilbert¹¹, Jean-Benoit Burriion¹², Marta Roman¹³, Cécile Vissac-Sabatier¹⁴, Daniel Couch¹⁴, Suzette Delalogue⁹, Sandrine de Montgolfier^{1,15*} and On behalf of the MyPeBS Investigators and the MyPeBS Consortium¹



**Une majorité est plutôt à l'aise avec l'annonce des risques
Mais une minorité est très à l'aise**

Table 7 Difficulties with announcing risk, explaining high and low risk categories and opinions about training and training material to give back risk estimation

| | 1- Not comfortable at all | 2 | 3 | 4 | 5-Very comfortable | Total |
|---|-------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|--------------|
| <i>Informing women of their risk category</i> | 0% (0) | 0.9% (1) | 10.6% (12) | 52.2% (59) | 36.3% (41) | 100% (113) |
| <i>Explaining high risk categories</i> | 0.9% (1) | 6.2% (7) | 22.1% (25) | 52.2% (59) | 18.6% (21) | 100% (113) |
| <i>Explaining low risk category and 4-years mammography intervals</i> | 4.5% (5) | 4.5% (5) | 25.9% (29) | 39.3% (44) | 25.9% (29) | 100% (112) |
| | Did not receive any training | Not sufficient at all | A little bit insufficient | Sufficient | Very sufficient | Total |
| <i>Opinion on your training to give back risk</i> | 4.4% (5) | 3.5% (4) | 18.6% (21) | 49.6% (56) | 23.9% (27) | 100% (113) |
| | Never | Rarely | Sometimes | Often | Total | |
| <i>Frequency of need to refresh training for the trial</i> | 13.1% (26) | 26.3% (52) | 50% (99) | 10.6% (21) | 100% (198) | |

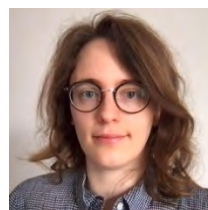
Formation et éducation nécessaires

Acceptability of risk-based breast cancer screening among professionals and healthcare providers from 6 countries contributing to the MyPeBS study



Acceptabilité par les professionnels de santé

Alexandra Roux¹, Lucile Hervouet², Francesca Di Stefano³, David P. French⁴, Livia Giordano³, David Ritchie⁵, Marie-Eve Rougé Bugat⁶, Debbie Keatley⁷, Rachel Cholerton⁴, Lorna McWilliams⁴, Paolo Giorgi Rossi⁸, Corinne Balleyguier⁹, Michal Guindy¹⁰, Fiona J. Gilbert¹¹, Jean-Benoit Burriion¹², Marta Roman¹³, Cécile Vissac-Sabatier¹⁴, Daniel Couch¹⁴, Suzette Delalogue⁹, Sandrine de Montgolfier^{1,15*} and On behalf of the MyPeBS Investigators and the MyPeBS Consortium¹



- Plus de la moitié sont satisfaits du dépistage actuel
- L'Italie et Israël affichent les taux les plus élevés

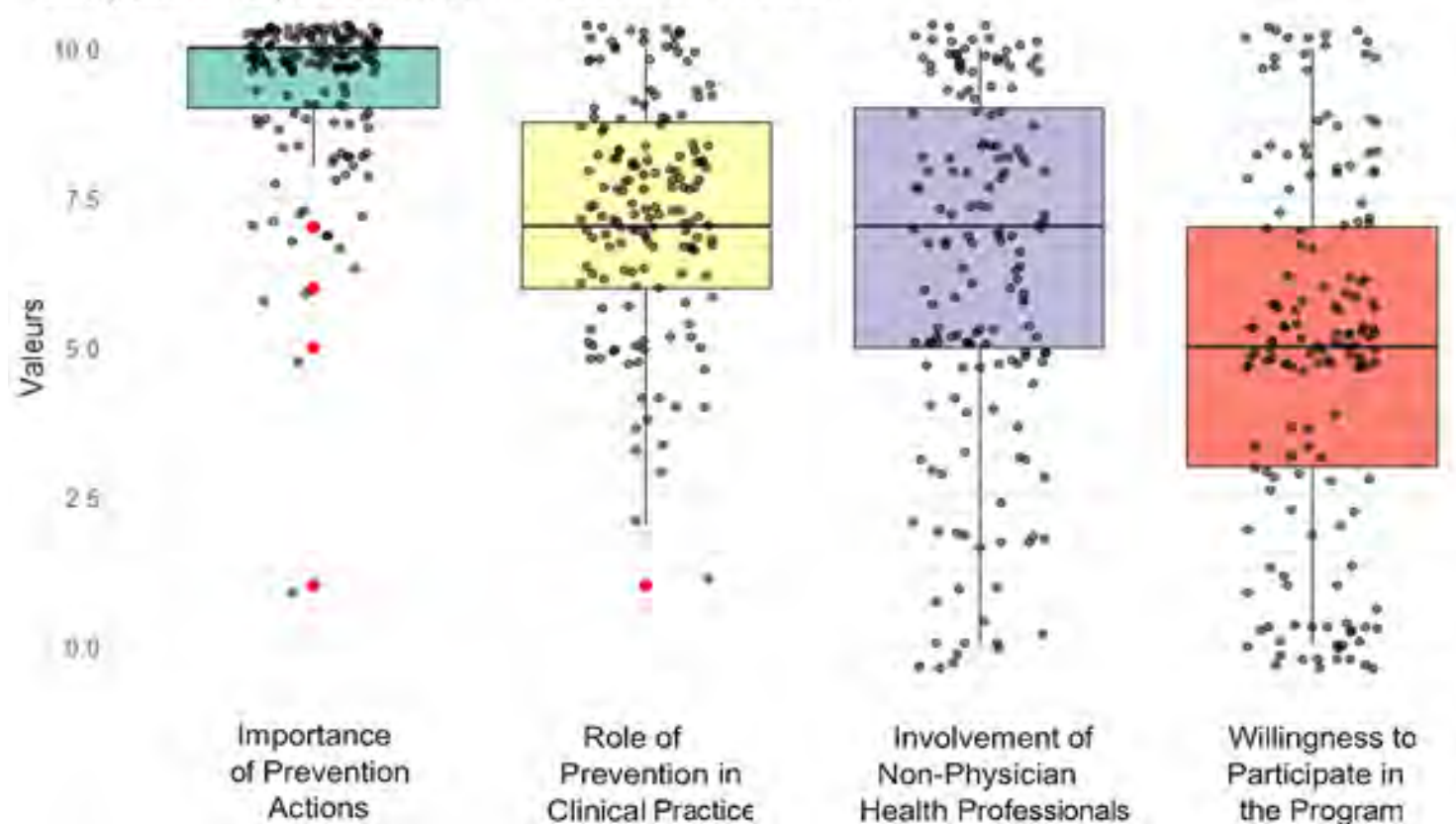
Table 8 Satisfaction with current organized breast cancer screening, by country and type of professional (row percentages)

| | 1-Not satisfied at all | 2 | 3 | 4 | 5-Very satisfied | Total |
|----------------|------------------------|------------|------------|------------|------------------|------------|
| Total | 1% (2) | 10.1% (20) | 30.3% (60) | 38.9% (77) | 19.7% (39) | 100% (198) |
| Country | | | | | | |
| BEL | 0% (0) | 12.5% (1) | 37.5% (3) | 37.5% (3) | 12.5% (1) | 100% (8) |
| FRA | 2.2% (2) | 17.8% (16) | 31.1% (28) | 40% (36) | 8.9% (8) | 100% (90) |
| ISR | 0% (0) | 0% (0) | 30.8% (4) | 30.8% (4) | 38.5% (5) | 100% (13) |
| ITA | 0% (0) | 3.3% (2) | 18% (11) | 41% (25) | 37.7% (23) | 100% (61) |
| SPA | 0% (0) | 0% (0) | 50% (7) | 42.9% (6) | 7.1% (1) | 100% (14) |
| UK | 0% (0) | 8.3% (1) | 58.3% (7) | 25% (3) | 8.3% (1) | 100% (12) |

Qui est responsable de la prévention (personnalisée) du cancer ? Une étude utilisant des méthodes mixtes menée auprès de médecins généralistes en France

- Les médecins généralistes considèrent qu'il est de leur devoir de prévenir le cancer, mais ils disposent de **très peu de leviers** (principalement cognitifs) et sont confrontés à **de nombreux obstacles** (manque de temps, absence de valorisation, activités concurrentes, etc.).
- Peu de connaissances sur les approches de prévention personnalisées

Boxplot of Opinions on Cancer Prevention



Tarek Ben Ahmed et al
ESMO 2025

SYSTEMATIC REVIEW OF RISK BASED BREAST CANCER SCREENING

II. GENERAL POPULATION



- = Efficacy
- = Survival
- = Safety
- = Patient-based
- = Implementability

| Study | Country | Design | Accrued N ^o | Age interval | Intervention | Comparison | Primary endpoint | Outcomes | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---------|--------|------------------------------------|--------------|--|-------------------------------------|---|--------------|-------------|-------------|-----------------------|-----------------|-------------------|-----------------|--------------|---------------|-----------------|--------------|----------------------------|-----------------|------------------------------|---------------|---|---|
| | | | | | | | | BC incidence | Sensitivity | Specificity | Interval Cancer Rates | Detection rates | Survival outcomes | Safety outcomes | Recall rates | Overdiagnosis | False positives | Biopsy rates | Socio-psychological impact | Quality of Life | Costs and Cost-effectiveness | Acceptability | | |
| MyPeBS | EU Itl. | RCT | Accrued 53.142 | 40 to 70 | Stratified screening scheme by risk level (frequency of mammography + addition of MRI) | Standard age-based screening | Non-inferiority (and potential superiority) for incidence of stage ≥II breast cancers at 4 years | X | | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| WISDOM | US | RCT | Accrued 46.289 (28.335 randomised) | 40 to 74 | Personalized risk-based schedule (start date, stop date, and frequency) | Annual screening | Non-inferiority for incidence of stage IIB+ breast cancer and biopsy rates | X | | | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| PROCAS2 | UK | NRCT | Planned 32.298 | 50 to 63 | Implementation study supplemental imaging/chemoprevention | Mammography every 3 years | Uptake of chemoprevention and acceptability of individualized risk assessment during screening appointments | X | | | | | | | | X | | | | | X | X | X | X |
| PRSONAL | Denmark | RCT | Accrued ~ 2200 | 50 to 67 | Modification of screening intervals according to risk (mammography every 1 to 4 years) | Standard biennial mammography | Acceptance of de-escalation among low-risk women | | | | | | | | | | | | | | X | X | X | X |
| MISS | Italy | RCT | Planned 60.000 | 45 to 49 | Mammography intervals (DBT/sDM) every 2 years or tailored based on breast density | 1-year screening interval (DBT/sDM) | Cumulative incidence of stage 2 or higher breast cancer | X | | | | X | | | | X | | | | | X | | X | X |
| TBST | Italy | RCT | Accrued ~33.200 | 45 to 50 | Mammography intervals every 1 or 2 years based on breast density | Standard screening | Screening performance (detection rates and interval cancers) | X | | | X | | | | | | X | | | | | | | X |
| RIBBS | Italy | NRCT | Accrued 10.269 | 45 to 50 | Personalized imaging and interval screenings using DBT, US and MRI based on breast density and risk prediction score | Annual DBT | Cumulative incidence of advanced cancers (stage ≥II) | X | | | X | X | | X | X | X | | | | X | | | X | X |
| PERSPECTIVE I&I | Canada | OC | Planned 12.000 | 40 to 69 | Age at start, type of technologies and screening intervals | - | Implementation and feasibility of RBS | | | | | X | | | | | X | X | X | X | X | X | X | X |
| SMART | Sweden | RCT | Planned 70.000 | 40 to 74 | Addition of CESM and modification of screening intervals | Standard biennial mammography | Incidence of interval cancers | X | | | X | | | X | X | | | | | X | X | | X | X |
| Hovda et al, 2024 | Norway | OC | Accrued 80 | 40 to 50 | Assessment of PRS | - | Assessment of BC 10-year risk | | X | | | | | | | | | | | | X | | | X |

Consensus Delphi
 parmi les
 représentants des
 États membres de
 l'UE participant à
 EUCANScreen

17 statements ont
 fait l'objet d'un
 consensus

| | Statements | % agreement |
|---|---|-------------|
| 1 | Yearly MRI screening is recommended on top of mammography for women who are carriers of deleterious or likely deleterious germline BRCA1 and BRCA2 alterations, using schemes described in prospective studies (LoE IIIA) | 100 |
| 2 | Among women carrying deleterious or likely deleterious germline BRCA1 and BRCA2 gene alterations, yearly mammography screening remains necessary but may be partially de-escalated (one incidence only) (LoE IIID) | 80 |
| 3 | For germline carriers of other high-penetrance genes such as PALB2, TP53, CDH1, PTEN, yearly MRI screening may be considered on top of mammogram in the same conditions as BRCA1/2 carriers. For RAD51C/D, this could be discussed depending on family history (LoE IIIC) | 91 |
| 4 | Individuals at high familial risk with a lifetime risk >20% but who are not carriers of high penetrance genes may be proposed yearly MRI on top of mammography after a careful discussion on benefits and risks (LoE IB) | 83 |
| 5 | Ultrasound is not systematically required in women at high risk who are already undergoing MRI and mammographic screening (LoE IIID) | 95 |

Consensus Delphi
 parmi les
 représentants des
 États membres de
 l'UE participant à
 EUCANScreen

17 statements ont
 fait l'objet d'un
 consensus

| | Statements | % agreement |
|----|---|-------------|
| 6 | Contrast-enhanced spectral mammography (CEM) may be used as a substitute for MRI in certain women at high risk outside of germline alterations carriers (LoE IIIC) | 82 |
| 7 | In women with dense breasts, screening using MRI or abbreviated MRI may be considered on top of mammographic screening, especially for younger women, and after discussing the individual risk-benefit ratio - but additional data regarding sustainability, feasibility and long-term impact are needed (LoE IB) | 100 |
| 8 | In women with dense breasts, CEM may be a substitute for MRI screening (LoE IB) | 94 |
| 9 | Any screening escalation must be discussed with the patient in terms of expected benefits and risks based on her specific situation (expert opinion) | 100 |
| 10 | For carriers of high penetrance genes other than <i>BRCA1/2</i> , there is insufficient data to fully assess the effectiveness of screening MRI. Although this does not preclude its potential use in this population, more data would be needed, potentially from real-world | 100 |

Consensus Delphi
 parmi les
 représentants des
 États membres de
 l'UE participant à
 EUCANScreen

17 statements ont
 fait l'objet d'un
 consensus

| | Statements | % agreement |
|----|---|-------------|
| 11 | For carriers of intermediate penetrance variants (like CHEK2 or ATM) the optimal screening strategy is yet unclear | 100 |
| 12 | Ongoing studies, once their results will become available, should provide sufficient data to assess the value of the principle of population-based, risk-based BC screening in women aged 40 to 70-74 | 95 |
| 13 | Subanalyses from ongoing trials will allow us to set the most relevant risk thresholds to guide differential breast cancer screening strategies in the general population | 83 |
| 14 | Besides data from ongoing trials, real-world evidence or other approaches will be needed to assess mortality outcomes from risk-based breast cancer screening | 95 |
| 15 | Ongoing trials are not likely to provide sufficient evidence to make strong recommendations for de-escalating screening in lower-risk individuals | 88 |

Consensus Delphi
 parmi les
 représentants des
 États membres de
 l'UE participant à
 EUCANScreen

17 statements ont
 fait l'objet d'un
 consensus

| | Statements | % agreement |
|----|---|-------------|
| 16 | Published data, along with new data from ongoing efforts, will provide enough information on the acceptability of risk-based screening among women and healthcare providers (HCPs) | 82 |
| 17 | On top of the ongoing efforts, more evidence regarding the side effects of risk-based screening (such as overdiagnosis) will be necessary | 100 |
| 18 | Regarding the socio-psychological impact of risk-based screening, obtaining context-specific data remain mandatory | 100 |
| 19 | Towards implementation of risk-based screening, obtaining context-specific data shall be encouraged | 100 |
| 20 | Ongoing studies will not provide data to guarantee equity of risk-based screening across contexts, and should be complemented | 100 |
| 21 | Ongoing trials are not likely to provide enough data to assess the cost-effectiveness of different risk-based BC screening strategies in all contexts and should be complemented | 94 |
| 22 | Any new risk-based strategy should generally be evaluated beyond current ongoing studies, while novel methods for assessing risk may use existing data for validation | 94 |

Où en est le dépistage personnalisé

- Pourquoi un dépistage personnalisé
- Evaluer le risque
- Etat des lieux du dépistage personnalisé
- Conclusions et perspectives

STATUT ACTUEL EN FRANCE

| SITUATION | STRATEGIE |
|--|--|
| Hauts risques genetiques Irradiation thoracique <i>Cancer du sein ≤ 35 ans</i> | Mammo annuelle 1 incidence + IRM annuelle |
| Hauts risques HAS 2014 ATCD cancer du sein Lésions atypiques CANRISK > 20% lifetime | Mammo annuelle dès 40 ans |
| Autres situations | Mammo / 2 ans DO 50-74 |
| Avant 40 ans | DI cas par cas mal défini |

CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

- Le dépistage du cancer du sein en place a été démontré dans les années 90, il a permis des avancées majeures mais doit être amélioré
- La personnalisation est l'une des clés
- Elle est bien démontrée dans certaines populations à risque (génétique), mais les données probantes en population générale sont en attente
- À évaluer et surveiller+++ : accès, acceptabilité, équité et impact économique

- **À tous les participants MyPeBS !**
- **MyPeBS ExCo et CTSC** : Paolo Giorgi Rossi, Harry de Koning, Livia Giordano, Michal Guindy, Jean-Benoit Burrion, Marta Roman, Stefan Michiels, Sandrine de Montgolfier, Jean-François Deleuze, Fiona Gilbert, Corinne Balleyguier, Debbie Keatkey, Gareth Evans, Paul Pharoah, David French, Hélène Blanché, Anne Boland, Aloys Dubois d'Aische, Emilien Gauthier, Efrat Slonim, Francesca di Stefano, Xavier Castells, Damien Drunay, Eleni Michalopoulou, Yan Chen, Margarita Posso, Stéphane Ragusa, Nora Ferdjaoui, Ludwig Lebrun, Jaimie Taylor
- **Membres du comité exécutif et du comité consultatif scientifique de MyPeBS**
- **Tous les chercheurs et équipes MyPeBS**
- **Équipes Unicancer** : Daniel Couch, Cécile Vissac-Sabatier, Camille Baron, Sonia Mardinian, Lamia Ghezali, Matou Diop, Aude Sirven, Muriel Dahan, Beata Juzyna, Jérôme Lemonnier

- La Commission européenne, l'Institut national du cancer français, les sponsors de MyPeBS
- **Groupe de travail EDEPT de l'ESMO** : Bruno Achutti-Duso, Claire Turnbull, Brigette Ma, Neil Iyengar, Banu Arun, Daniel Munoz-Espin, Nora Pashayan, Rebecca Fitzgerald, George Kapenatakis, Judith Balmana, Andrea De Censi, Monica Cigignoni, Klizia Marinoni, Georges Pentheroudakis
- **Équipe Interception de Gustave Roussy** : Olivier Caron, Lucie Veron, Pamela Abdayem, Thomas Pudlarz, Claire Bladier, Tarek Ben Ahmed, Elie Rassy, Bruno Achutti-Duso, Diane Le Stradic, Hélène Natchez, Agustina Ipina

