



# 44ES JOURNÉES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SÉNOLOGIE ET DE PATHOLOGIE MAMMAIRE

## **Mieux dépister et prendre en charge le cancer du sein et les pathologies mammaires.**

Philippe Rouanet et Krishna Clough, les présidents du congrès de Montpellier se réjouissent de la richesse de ces journées, une étape marquante de l'actualité scientifique et médicale sur le cancer du sein.

*« Ces 44<sup>ème</sup> Journées ont ouvert des pistes empreintes d'optimisme sur les prises en charge à venir, sur la possibilité de personnaliser les prises en charge et d'ouvrir un espace de réflexion partagé avec les patientes. Cette forme de décision partagée doit s'appliquer dans de nombreuses situations en passant par des explications claires avec nos patientes. »*

La SFSPM a réuni avec succès tous les acteurs de la prise en charge des pathologies mammaires. Son récent congrès (8,9 et 10 novembre 2023 au Corum de Montpellier) a réuni 1500 participants chirurgiens, radiothérapeutes, oncologues médicaux, radiologues et pathologistes et représentants de patientes.

### **Mastectomies prophylactiques : de grandes disparités– Krishna Clough**

Si l'on considère l'ensemble des patientes atteintes d'un cancer du sein, seul 10% des patientes sont porteuses d'une mutation qui les prédispose à un cancer. Ces patientes porteuses d'une mutation «*prédisposante*», sans cancer du sein, sont appelées des «*mutées indemnes*»

Il existe trois stratégies de prise en charge : la chirurgie préventive, la surveillance radiologique qui permet un dépistage précoce des cancers et l'hormonothérapie.

Le pourcentage de ces femmes qui optent pour une chirurgie préventive, que l'on appelle également prophylactique ou de réduction du risque, est variable.

Quatre facteurs ont été mis en évidence qui expliquent cette variabilité :

- Le lieu : Dans les pays nordiques et anglo-saxons le taux de chirurgie préventive est beaucoup plus fort que dans les pays latins
- Le moment : Quand on mesure le passage à l'acte entre le moment où la patiente a le diagnostic de sa mutation et le moment où elle va être opérée, une attente de 2 ans provoque un taux faible ; une attente de 10 ans verra son taux multiplié par 2
- La situation : Il a été mis en évidence que les femmes qui se faisaient le plus souvent enlever les seins dans cette situation de «*je n'ai pas de cancer mais j'ai une mutation qui m'expose à un risque de cancer de 70% dans ma vie*», étaient le plus souvent des femmes qui vivaient en couple, avec un ou plusieurs enfants, dont l'une des parentes au premier degrés avait été atteinte par un cancer du sein et qui avait une mutation BRCA1 plutôt que BRCA2.
- Le thérapeute : Un facteur sur lequel l'ensemble de la communauté doit travailler est la variabilité en fonction du professionnel de santé que la patiente va rencontrer.

## Communiqué de presse

L'un des objectifs de la SFSPM est de mieux comprendre ces variabilités de façon à diminuer les inégalités de prise en charge devant la même situation clinique en apportant une réponse à cette question :

*« J'ai une mutation, je n'ai pas de cancer du sein, je veux me faire opérer, quelle est la personne que je dois rencontrer en premier dans cette filière de soin ? »*

Nous devons apporter une réponse claire : tout d'abord un généticien et ensuite, si la patiente opte pour une chirurgie, elle doit rencontrer un chirurgien rompu à cette technique qui prendra la mesure de risque du cancer du sein ».

### **Le dépistage des cancers du sein à 20 ans et évolue - Luc Ceugnard :**

Généralisé en 2004, le dépistage du cancer du sein a 20 ans. En France, il s'agit d'un dépistage-diagnostique qui permet de faire dans un même temps que la mammographie, l'examen clinique et les examens complémentaires s'ils s'avèrent nécessaires.

Le dépistage rentre dans une période de réforme nécessaires et réclamées par les professionnels investis dans cette action de santé publique.

L'IGAS en 2022 a publié un rapport très apprécié sur les dépistages organisés en France avec 22 préconisations. La première concerne la reprise par la CNAM (Assurance maladie) des invitations au dépistage en janvier 2024, ce qui satisfait globalement la SFSPM, à la condition que le lien entre patientes invitées et celles effectuant la mammographie soit bien établi avec les CRCDC pour que le suivi puisse se faire de façon optimale. En effet, grâce au dépistage organisé, on connaît précisément les résultats des 2 millions de mammographies réalisées annuellement en termes de nombre de cancers mais aussi de leur gravité (taille, stade). La SFSPM insiste sur le fait qu'une campagne de dépistage ne peut se résumer à une stratégie d'invitation mais doit répondre aux exigences européennes en termes de critères qualité et d'évaluation des résultats.

La SFSPM déplore l'absence de suivi des autres recommandations du rapport IGAS notamment en termes d'organisation et de participation des professionnels, par exemple la disparition depuis 2018 du comité de pilotage de l'INCA qui est un frein à la remontée des informations en continu.

L'évaluation faite par les professionnels des CRCDC (Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers) est un point majeur du dépistage organisé qu'il faudrait renforcer.

### **L'apport de la génétique, une nouvelle ère – Pascal Pujol**

L'importance de l'information génétique d'une mutation des gènes BRCA1\* ou BRCA2\* va servir à orienter d'une façon très spécifique le traitement par des médicaments qui sont actifs seulement s'il existe une mutation

*« Il y a donc un enjeu très important de repérer les patientes porteuses d'une mutation. Nous obtenons des résultats en survie globale, c'est-à-dire une amélioration de la survie de ces femmes à 3 ans. Il y aurait des pertes de chances à ne pas pouvoir les détecter ».*

On commence à identifier d'autres voies de ciblage comme les mutations présentes au sein de la tumeur telles que celles du récepteur des œstrogènes ou de la voie PIK3CA. Cette action repose sur un screening élargi des femmes pour lesquelles on a des thérapeutiques actives.

Au-delà des thérapies ciblées, la génomique permet aussi de participer à une « désescalade » thérapeutique.

Les « signatures génomiques », qui sont une sorte de profilage des tumeurs, vont permettre d'identifier des sous-groupes de femmes qui ne tirent pas de bénéfices de la chimiothérapie.

Aujourd'hui, il y a des évaluations en cours à l'HAS pour juger de l'opportunité de faire entrer ces techniques dans le « droit commun » du remboursement par la sécurité sociale.

Tant que ces marqueurs, indispensables pour orienter vers le bon traitement, ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale, il y a un grand risque d'inégalités d'accès et de réelles pertes de chances.

## Communiqué de presse

Aujourd'hui il existe des recommandations et des niveaux de preuves qui permettent de dire qu'il faut qu'elles soient intégrées de façon équitable sur le territoire. L'HAS est en cours de travaux à la fois sur les signatures génomiques et pour le *testing* BRCA. Les professionnels appellent de leurs vœux à une plus grande réactivité des autorités.

\*Les gènes BRCA1 et BRCA2 (abréviation de breast cancer 1) sont des gènes appartenant à une classe de gènes suppresseurs de tumeur qui maintiennent l'intégrité génomique en réparant l'ADN.

### **Comment la politique et l'économie peuvent-elles accompagner l'innovation en santé ? Philippe Rouanet, David Azria et Romain Rouzier :**

Il est à regretter que certaines innovations thérapeutiques et organisationnelles, avec des niveaux de preuves et des résultats tangibles, ne sont pas toujours applicables dans des délais raisonnables. Pour prendre un exemple concret, la SFSPM a proposé d'examiner la problématique des radiothérapies hypofractionnées.

Il y a deux types d'innovations.

D'une part, l'innovation qui entraîne une « *escalade thérapeutique* » avec de nouvelles molécules et de nouvelles techniques chirurgicales.

D'autre part, l'innovation qui fait de la « *désescalade* », ce qui veut dire potentiellement des ressources en moins pour un établissement. Ces innovations sont favorables aux patients et il faut donc réussir à les implémenter dans la vie courante.

Les systèmes de tarification ont beaucoup évolué. On se rend compte que le financement au forfait favorise une meilleure implémentation de l'innovation. Une démarche commune entre les autorités de santé et les médecins pourrait permettre d'évoluer dans cette direction.

Or, nous sommes dans une situation où, depuis des années, la radiothérapie est remboursée par le nombre de séances dans le service public et à la dose dans le service privé. Ceci a entraîné des hétérogénéités. La Société Française de Radiothérapie avec le Syndicat National de Radiothérapie ont travaillé de concert pour changer ce mode de financement et instaurer un forfait qui va venir en substitution des anciennes tarifications.

Lorsqu'une qu'il y aura une indication thérapeutique, il y aura une enveloppe particulière en fonction de cette technique. Cette nouvelle approche est très importante, car cela permet de très rapidement modifier les pratiques sur le sein, la prostate etc... Ainsi, par exemple, on peut passer rapidement de 25 séances à 5 ou 15 séances, si l'indication médicale est justifiée et ne pas être limité par la tarification.

Un amendement a été accepté dans le PLFSS 2023 avec un démarrage au 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Les nouveaux forfaits de tarification sont en cours de finalisation.

Ce travail a été entamé depuis deux ans à travers un comité paritaire privé/public avec la CNAM pourrait se voir couronné de succès, selon David Azria.

Contact Presse

Nicolas Merlet – 06 25 79 64 79 -[nicolasmerlet@ortus-sante.fr](mailto:nicolasmerlet@ortus-sante.fr)

Françoise Millet – [francoisemillet@ortus-sante.fr](mailto:francoisemillet@ortus-sante.fr)