

Reconstruction mammaire après mastectomie : que nous apprennent les données nationales ?

Un droit, des inégalités

Le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent chez la femme en France, avec près de 61 200 nouveaux cas estimés en 2023. Parmi les femmes qui subissent une mastectomie totale, la reconstruction mammaire représente une étape essentielle du parcours après cancer – médicalement reconnue, remboursée, et pourtant encore inégalement accessible.

L'Institut national du cancer (INCa) vient de publier en février 2026 une analyse nationale approfondie, fondée sur les données du Système national des données de santé (SNDS), portant sur plus de 176 000 femmes opérées entre 2014 et 2024. Les résultats éclairent à la fois les progrès accomplis et les disparités qui persistent.

Des avancées réelles, portées par la reconstruction immédiate

En dix ans, la reconstruction mammaire immédiate (réalisée lors de la même intervention que la mastectomie) a plus que doublé : elle concernait 14,7 % des femmes en 2014, contre 32,4 % en 2024. Une progression notable, qui témoigne de l'évolution des pratiques chirurgicales et d'une meilleure intégration de la reconstruction dans le projet thérapeutique.

La nature des techniques a également évolué : la pose de prothèse s'est imposée comme la technique dominante en reconstruction immédiate, tandis que l'autogreffe de tissu adipeux progresse comme premier acte de reconstruction différée.

Mais des inégalités qui se creusent

Si la tendance globale est encourageante, l'analyse révèle des écarts préoccupants qui ne se réduisent pas – et s'aggravent parfois.

L'âge reste le premier facteur : environ 60 % des femmes de 30-39 ans bénéficient d'une reconstruction dans les 3 ans, contre seulement 10 % des femmes de 70-79 ans. Et l'écart entre les tranches d'âge s'est accentué au fil des années.

Le niveau socio-économique pèse lourd : la pratique de la reconstruction décroît à mesure que l'indice de défavorisation sociale augmente. Plus préoccupant encore, ce sont les femmes les moins défavorisées qui ont le plus bénéficié des progrès récents – creusant de fait les inégalités.

La région et le type d'établissement jouent également un rôle déterminant. En France hexagonale, les taux de reconstruction à 3 ans variaient de 14 % à près de 40 % selon les régions dès 2014 – et ces écarts persistent en 2021. Les femmes opérées dans un CHU ou un centre hospitalier général accèdent moins souvent à la reconstruction que celles prises en charge dans un CLCC ou un établissement privé.

Un enjeu de parcours, pas seulement de chirurgie

Ces données rappellent que l'accès à la reconstruction ne se joue pas uniquement au bloc opératoire. Il dépend de l'information délivrée aux patientes, de l'organisation du parcours de soins, des ressources disponibles localement, et des représentations – tant des professionnels que des patientes elles-mêmes.

La feuille de route 2026-2030 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers intègre ces enjeux dans son action 13.3, articulée autour de l'évaluation des parcours, de l'accessibilité financière et de la structuration d'un accès équitable à la reconstruction après cancer.

Pour aller plus loin

□ Consultez le [rapport complet de l'INCa](#)