



**Ensemble
contre le cancer
du sein**



LES NOUVELLES d'Europa Donna

Membre de la coalition européenne Europa Donna

Nous sortons d'Octobre rose au cours duquel nous avons insisté sur la nécessité d'informer davantage quant au dépistage de qualité. Nous avons tenu des réunions d'information, des événements sportifs et culturels mais aussi des ateliers "bien-être" que nous avons appelés "Ma Pause Rose" ; l'occasion d'offrir aux femmes, un moment rien que pour elles, pour qu'elles se sentent bien, se sentent belles, retrouvent confiance. Nous vous proposons de retrouver, en images, toutes ces actions dans ce numéro.

Mais la lutte contre le cancer du sein ne s'arrête pas aux frontières d'octobre : c'est tous les jours que des milliers de femmes doivent faire face à cette maladie. Il est donc essentiel de prendre conscience des efforts à réaliser en termes de diffusion d'informations fiables liées au cancer du sein.

Défendre, informer, échanger: telle est la devise de notre combat contre le cancer du sein.

Notre rôle, en tant qu'association de patientes, est de veiller à permettre un accès à des informations de qualité pour prévenir, accompagner et guérir la maladie. Comprendre les nouvelles approches dans la prise en charge du cancer du sein, tel a été l'objet de notre 19^{ème} colloque organisé en cette fin 2017, vous trouverez les principaux messages dans ce numéro qui lui est dédié.

Ce colloque fut ouvert avec émotion, car pour la 1^{ère} fois depuis 19 ans, sans la présence de notre Présidente fondatrice Nicole Alby à qui nous souhaitons rendre un hommage tout particulier. Son absence est profonde et son souvenir restera à jamais dans nos cœurs.

Natacha ESPIÉ

Présidente Europa Donna France

Notre Présidente Fondatrice, Nicole Alby, vient de nous quitter en ce mois de novembre 2017 :



Nicole Alby, Présidente Fondatrice avec Nicole Zernik Présidente d'honneur et Natacha Espié Présidente d'Europa Donna France

"L'annonce, c'est ce que nous n'avons pas envie de dire à quelqu'un qui n'a pas envie de l'entendre" disait-elle. Nous mesurons la justesse de ce propos. Nous nous rappellerons sa magnifique carrière, entièrement consacrée aux malades du cancer en tant que psychologue, puis psycho-oncologue, à l'Hôpital Saint-Louis, aux côtés des plus grands cancérologues, qu'elle saluait souvent. Chevalier de la légion d'honneur, elle fut membre de la Société Française de Psycho-Oncologie, membre de Saint-Louis Réseau Sein et d'autres sociétés savantes ainsi qu'auteur de nombreux articles et ouvrages. Mais nous retiendrons surtout ce qu'elle fut pour nous. Sous la pression de Daniel Serin, elle a été la fondatrice d'Europa Donna France, en 1998, qu'elle présidera et fera grandir pendant 8 ans. Depuis, membre impliquée du Conseil d'Administration, militante engagée, bénévole dynamique, nous avons tous à l'esprit ses interventions éclairées. Son sourire, sa sagesse et son humanisme nous manqueront.

N° 33

Janvier 2018

Les nouvelles approches dans le cancer du sein (19^{ème} Colloque) (P. 2 à 8)

P. 2

Quand le cancer du sein devient une histoire familiale

P. 3

Dépistage organisé du cancer du sein : le bénéfice est-il réel ?

P. 4

Préservation de la fertilité et cancer du sein

P. 5

Réactions de patientes et du Dr Sarah Dauchy

P. 6

Quels sont les grands enjeux de la chirurgie du cancer du sein ?

P. 7

Quelles nouveautés dans les thérapies ciblées ?

P. 8

De grandes avancées en radiothérapie, quels atouts pour les patientes ?

Europa Donna France (P. 9 à 12)

P. 9 à 11

La vie de l'Association

P. 12

Informations générales

QUAND LE CANCER DU SEIN DEVIENT UNE HISTOIRE FAMILIALE

par Alexandre J

Il est possible d'hériter de ses parents d'un gène favorisant la survenue de cancer et de le transmettre à ses enfants, toutefois cette transmission n'est pas systématique. Aujourd'hui, grâce à de nouveaux outils, de nombreux progrès ont été faits dans la détection et la prévention du cancer du sein héréditaire. Cet article vise à restituer la présentation du Dr Odile Cohen-Haguenauer, Responsable de l'Unité d'Oncogénétique de l'Hôpital Saint-Louis à Paris.



Dr. Odile Cohen-Haguenauer

Quand penser au caractère héréditaire du cancer du sein ?

On peut suspecter le caractère héréditaire du cancer du sein devant un arbre généalogique avec plusieurs cas de cancers du sein et de l'ovaire dans la même branche familiale. La précocité de survenue du cancer est également un élément qui amène à penser au caractère héréditaire de celui-ci.

Une mutation génétique n'est cependant pas obligatoire pour la survenue d'un cancer du sein. En effet, seul 5 à 10% de l'ensemble des personnes affectées par le cancer du sein le sont en raison d'une prédisposition familiale. Toutefois pour les femmes entre 25 et 40 ans, les facteurs génétiques jouent pour plus du tiers des cas.

Chez une femme avec la mutation BRCA1, le risque cumulé de cancer du sein est de près de 70% et d'environ 40% pour le cancer de l'ovaire. Pour BRCA2, le risque est légèrement plus faible et en ce qui concerne le risque ovarien, cela dépend de la localisation de la mutation sur le gène. En revanche ce dernier augmente le risque sur le sein avec l'âge.

Quand un test génétique est-il approprié ?

Un test génétique de recherche d'une mutation peut être proposé devant la présence de critères familiaux tels que la présence de plusieurs cas de cancers du sein dans une même famille, la survenue d'un cancer du sein chez un homme de la famille, ou encore la présence de critères individuels comme la précocité de survenue du cancer, le diagnostic d'un second cancer sur l'autre sein, la présence de plusieurs tumeurs sur le même sein ou la présence d'un cancer de l'ovaire.

Les médecins peuvent notamment s'appuyer sur un système d'orientation appelé "score d'Eisinger" qui permet de mesurer la nécessité d'une consultation de génétique. Dans le cas où une consultation d'oncogénétique est jugée nécessaire, son but est notamment :

- d'établir l'arbre généalogique familial détaillé sur 4-5 générations et tenter d'identifier une branche familiale à risque.
- d'informer le consultant sur la notion de prédisposition héréditaire,
- d'informer du risque de cancers associé à la présence d'une mutation, de prescrire des analyses moléculaires en fonction du diagnostic familial
- d'indiquer au consultant qu'il faudra informer ses apparentés.
- de recommander les modalités de surveillance conformément aux dispositions arrêtées par l'INCa et la HAS.

Quelle est la personne qui doit être testée ?

L'objectif, selon le dispositif national, est de tester préférentiellement les personnes atteintes par un cancer, ou, le cas échéant diagnostiqué le plus précocement dans la famille et pour lesquelles la suspicion de mettre en évidence une mutation familiale est la plus forte.

Si une mutation a été identifiée chez ce membre de la famille, une recherche de cette même altération pourra ensuite être effectuée chez ses descendants et apparentés, qu'ils soient ou non atteints par le cancer du sein. En France, la personne mutée a l'obligation légale d'informer ses apparentés de la mise à disposition d'un test prédictif, chez une personne asymptomatique. Le choix d'y souscrire sera laissé aux personnes concernées. Un résultat négatif affranchit le sujet de l'hérédité familiale. En revanche, un résultat de présence de mutation va conduire à une prise en charge médicale multidisciplinaire dans le cadre du Programme Personnalisé de Suivi (PPS), en raison du risque de cancer, en plus du risque de transmission à sa descendance. L'inscription à un centre de suivi est recommandée : l'Institut national du cancer a mis en place des réseaux de suivi des personnes à risque génétique avec un maillage national afin de ne pas les perdre de vue.

Comment le test génétique est-il réalisé ?

Le test génétique est réalisé tout simplement à partir d'un prélèvement de sang ou d'un prélèvement buccal. L'ADN constitutionnel est ensuite extrait du noyau des cellules prélevées puis séquencé afin de pouvoir analyser les gènes potentiellement à risque lorsqu'on suspecte un cancer du sein héréditaire. Actuellement, la recommandation du Groupe Génétique et Cancer national est de pratiquer une analyse en "Panel multigènes". Ces gènes potentiellement à risque sont au nombre de 13 et sont classés en deux catégories : ceux pour lesquels le risque de développer un cancer est très élevé (BRCA1 et BRCA2) ou élevé, modéré ou faible. D'autres mutations associées au cancer du sein ont également été identifiées mais étant associées à un risque modéré proche de celui de la population générale : la surveillance renforcée ou pas, sera indexée sur l'histoire familiale [recommandations HAS 2014].

QUE FAIRE LORSQU'UNE MUTATION EST MISE EN ÉVIDENCE ?

Lorsqu'une mutation est mise en évidence, la conduite à tenir va être différente selon que la personne a déjà été affectée ou non par un cancer. Pour une femme qui a déjà été touchée par un cancer du sein, la mise en évidence d'une mutation va conduire à ajouter à sa surveillance habituelle, une IRM mammaire pour la surveillance de son autre sein. Des interventions chirurgicales de réduction du risque (sein ; annexes = ovaires et trompes) peuvent également lui être proposées ainsi que de nouveaux traitements de thérapie ciblée. Ceci se fera après examen de son dossier en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).

Pour une femme non affectée par un cancer mais chez qui une mutation a été mise en évidence, la surveillance renforcée est préconisée ; à noter pour ces femmes, l'exonération récente du ticket modérateur des examens d'imagerie de surveillance (décret 01/09/2016). Ce sera l'oncogénéticien qui en fera la demande. Il peut également lui être proposé, après examen en RCP, une chirurgie de réduction du risque à partir de 30 ou 40 ans pour le sein et, selon le gène, 40 ans pour les ovaires et trompes.

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN : LE BÉNÉFICE EST-IL RÉEL ?

par Lise G

L'intervention du Professeur Carole Mathelin, responsable de l'unité de sénologie du CHRU de Strasbourg, Responsable du groupe sein du CNGOF et Présidente de la société internationale de sénologie, a porté sur les nombreuses controverses au sujet du dépistage organisé du cancer du sein. A travers une enquête réalisée en Alsace, elle nous apporte des faits très concrets nous permettant d'avancer que le dépistage organisé permet de diminuer le nombre de décès et améliore la qualité de vie.

Le cancer du sein en France est un problème majeur de santé publique. Rappelons quelques chiffres :

- 54000 nouveaux cas de cancers du sein chaque année
- une femme sur 10 est touchée, c'est la première cause de décès par cancer chez la femme.
- c'est un cancer qui apparaît dans 60% des cas entre 50 et 74 ans, qui progresse et qui reste grave.

"Mieux vaut diagnostiquer tôt"

Dépié tât, le cancer du sein se soigne le plus souvent. La survie à 5 ans dépend du stade et de la biologie du cancer. Les traitements sont plus lourds pour les stades avancés. Sachant que l'on ne peut pas modifier la biologie de la tumeur, la seule action possible pour réduire les risques de décès est la détection de la tumeur le plus précocement possible. Ce sont bien là les enjeux du dépistage organisé qui a été généralisé en janvier 2004 : assurer un accès à une imagerie de qualité, diagnostiquer précocement pour éviter la lourdeur des traitements et diminuer les risques de décès.

Le temps des controverses

Depuis 2013, le dépistage organisé est sujet à de nombreuses controverses dans la communauté médicale, lesquelles se sont propagées dans la presse grand public. Il ne contribuerait pas, de façon significative à la baisse de mortalité et entraînerait :

- des sur-diagnostic, c'est-à-dire des diagnostics de cancers, qui en l'absence de dépistage, n'auraient pas mis en danger la vie des personnes ;
- des sur-traitements liés à la prise en charge de ces cancers suscités ;
- l'apparition de cancers liés à la surexposition répétée aux rayons x lors des mammographies.

Il est important de noter que les notions de sur-diagnostic et de sur-traitement ont été mal comprises et ont provoqué des retards, parfois importants, de la prise en charge des femmes atteintes d'un cancer du sein.

Une étude alsacienne va à l'encontre des controverses

Interpellée par ces phénomènes, une équipe alsacienne a conduit une étude sur la base de données de dépistage entre 2001 et 2015. Cette étude a concerné 2139 femmes âgées de 50 à 74 ans : 1001 patientes dont le cancer a été diagnostiqué par le biais du dépistage organisé ; 1138 patientes dont le cancer a été diagnostiqué hors du cadre du dépistage organisé, notamment en raison d'une tumeur palpable, d'un écoulement mamelonnaire ou d'un ganglion sous le bras.

Ont été comparés dans les deux groupes, les taux de mastectomies, de curage axillaire, de traitements par chimiothérapie et la mortalité a été analysée. Les résultats dans le groupe "dépistage organisé" sont marquants avec moins 20% de mastectomies, moins 20% de curage axillaire, moins de gros bras, moins de traitement par chimiothérapie.



Pr Carole Mathelin

Les patientes qui ne sont pas dans le groupe dépistage organisé ont un risque de décès augmenté à 5 ans de 76 %.

Devant ces résultats considérables :

Les chiffres ont été revus par le registre du cancer. Des chiffres identiques sont constatés.

Pour le Professeur Carole Mathelin et toute son équipe, ce sont des arguments forts en tout cas pour la région alsacienne pour inviter les patientes à participer au dépistage organisé. S'y rendre, c'est aussi l'occasion d'échanger sur les points d'amélioration du dépistage organisé.

Le Professeur Mathelin conclut la session sur les perspectives du dépistage organisé. Selon elle, les progrès de la science iront peut être vers d'autres méthodes telle que la tomosynthèse.



Paroles de femmes :

"C'est dans le cadre du dépistage organisé que l'on a découvert mon cancer du sein à 52 ans. Ma tumeur faisait plus de 3 cm et je n'avais rien senti."

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ ET CANCER DU SEIN

QUAND ET COMMENT ? Par Aroua Z.

La plus part des traitements anticancéreux ont une incidence négative, directement ou indirectement sur la fertilité. Cela a toujours constitué une problématique majeure pour les femmes jeunes atteintes d'un cancer du sein. Cet article vise à restituer la présentation du professeur Michael Grynberg, Chef du service de Médecine de la Reproduction et Préservation de la Fertilité, hôpital Antoine Bécclère, Clamart, et également rattaché à l'unité de recherche fondamentale INSERM U 1133, université Paris Diderot.



Pr. Michael Grynberg

Chaque année en France, on considère qu'il y a en moyenne 3 000 nouvelles femmes âgées de moins de 35 ans traitées pour un cancer du sein. Comme le pronostic vital s'améliore grâce aux différentes avancées thérapeutiques, il y a de plus en plus de jeunes femmes qui à l'issue des traitements souhaitent retrouver la vie la plus normale possible. Ainsi la possibilité de pouvoir devenir mère, en transmettant son patrimoine génétique constitue une problématique majeure.

Pourquoi ?

La femme contrairement à l'homme dispose dès sa naissance d'un stock d'ovules défini, non renouvelable. Cette réserve ovarienne va décliner au cours des différents cycles menstruels et la courbe de la fertilité va suivre ce déclin. Ainsi la fertilité des jeunes femmes atteintes de cancer du sein, peut être impactée sous l'effet d'un double phénomène.

Le premier est relatif à la perte physiologique du stock ovarien pendant le temps au cours duquel la patiente se verra "interdire" la possibilité d'être enceinte. Cette période peut, en fonction des cancers, aller de 2 à 10 ans. Le second est directement lié à l'impact du traitement de chimiothérapie, qui certes va permettre de traiter la patiente, mais au prix d'un effet toxique sur le stock d'ovules.

De plus, la fonction ovarienne résiduelle après la chimiothérapie dépend d'autres facteurs :

- **L'âge** : plus la patiente est jeune plus la quantité d'ovocytes restants après l'épisode de chimiothérapie est élevée
- **La réserve ovarienne initiale**, estimée par un bilan de fertilité (un compte des follicules antraux et un dosage de l'hormone anti-müllérienne)
- **Le type de cancer** / type, dose et protocole de la chimiothérapie administrée
- **La sensibilité ovarienne** à la chimiothérapie.

Quand ?

La grossesse après un cancer du sein n'est pas problématique en elle-même. Mais la difficulté réside dans le fait que beaucoup de ces jeunes patientes deviennent infertiles suite à de leur traitement et l'aide médicale à la procréation chez la femme dont les ovaires ont subi les effets de la chimiothérapie, reste relativement peu efficace. Par conséquent, il est nécessaire chez toute femme de moins de 40 ans chez qui est posé le diagnostic de cancer, de proposer une consultation d'oncofertilité avant toute initiation des traitements anticancéreux. Ainsi, le spécialiste en médecine de la reproduction pour discuter avec la patiente de la mise en place de mesures de la préservation de la fertilité en amont de son traitement.

Comment ?

Il existe différentes techniques de préservation de la fertilité chez les femmes jeunes atteintes d'un cancer du sein. :

- Les traitements médicaux tels que les analogues de la GnRH, qui bloquent l'action d'une hormone de la reproduction et dont l'intérêt reste très controversé.
- La congélation ovocytaire / embryonnaire après une stimulation ovarienne mais qui nécessite une dizaine de jours d'administration de gonadotrophines exogènes et induit une hyperoestrodolémie supra physiologique qui pourrait être théoriquement délétère dans les pathologies tumorales oestrogéno-dépendantes telles que le cancer du sein.
- La maturation ovocytaire in vitro (MIV) en vue également d'une congélation ovocytaire / embryonnaire.
- La cryopréservation de tissu ovarien qui sera suivie à la fin du traitement par une transplantation coelioscopique.

Quelles sont les perspectives...

L'individualisation du traitement anti cancéreux et notamment le fait de mieux cibler les patientes qui nécessitent absolument de la chimiothérapie constitue déjà une étape importante. Des piste sont également explorée pour réduire la toxicité directe liée à la chimiothérapie, notamment l'administration d'hormone anti-müllérienne en cours de traitement.

Paroles de femmes :

"J'avais 31 ans quand mon cancer du sein s'est déclaré. Aujourd'hui à 39 ans, Je suis enfin maman. C'est la chose la plus magnifique qui ne me soit arrivée, jamais je n'aurais pensé que cela soit possible !"



RÉACTIONS DE PATIENTES ET DU DR SARAH DAUCHY

Par Laurence B.

Les différentes interventions de ce colloque 2017, ont été porteuses d'espoir, avec des progrès, notamment pour détecter les cancers à un stade plus précoce grâce au dépistage, ou dans l'identification des mutations génétiques liées au cancer du sein, pour les cancers héréditaires, ou dans la préservation de la fertilité, chez les femmes jeunes. Néanmoins, des zones d'incertitude persistent, et avoir une meilleure connaissance de la maladie en général n'empêche pas les angoisses des patientes à l'échelle individuelle. Une bonne communication entre la patiente et son oncologue, et la disponibilité d'un psychiatre/psychologue est essentielle pour se reconstruire et affronter plus sereinement la maladie.

Le Dr Sarah Dauchy, psychiatre, chef du Département de Soins de Support et de l'Unité de psycho-oncologie à l'Institut Gustave Roussy à Villejuif, revient sur la médiatisation du cancer du sein, cancer passé aujourd'hui dans le discours sociétal. C'est à double tranchant : l'augmentation de l'information disponible allant de pair avec un risque de brouillage des sources. L'amélioration du savoir du côté des patientes est important sur certains aspects, mais il ne peut pas se substituer au savoir médical. Le risque de diffusion d'un pseudo-savoir scientifique et surtout non adapté à la situation individuelle de chaque patiente est grand notamment via internet (comme les vidéos sur YouTube, pour apprendre l'auto-palpation par exemple). Il ne faut pas oublier que c'est de la qualité du binôme médecin/patient que vont découler des actions de santé rationnelles, personnalisées et pertinentes pour la femme. La diffusion médiatique d'information peut en revanche avoir un effet éducatif sur la population générale, dès le plus jeune âge.

Christelle Rakoto, diagnostiquée 4 mois après l'accouchement de son 2^{ème} enfant à 32 ans et encore allaitante, insiste sur l'importance du Dépistage Organisé, mais craint qu'il ne fasse oublier que ce cancer peut aussi toucher des femmes plus jeunes. Elle dit Oui au dépistage à partir de 50 ans, mais il faudrait également sensibiliser les femmes beaucoup plus tôt. Elle a créé son association "Jeune et rose" pour militer, entre autre pour l'apprentissage et le dépistage du cancer du sein chez les jeunes femmes.

Paroles de femmes :

"J'aurais voulu un 3^{ème} enfant mais on ne m'a jamais parlé d'onco-fertilité avant ma castration chimique."

Christelle Rakoto signale qu'aujourd'hui les sages-femmes, qui depuis 2009, peuvent suivre les femmes et leur prescrire une contraception, ne sont pas toujours bien formées à la prévention du cancer du sein et suffisamment impliquées alors qu'elles pourraient jouer un rôle essentiel.

<http://jeuneetrose.com/articles/nos-actions>

Valérie-Anne Moniot a été dépistée sur une mammographie de contrôle (15 ans auparavant, son père, médecin, avait eu un cancer du sein, mais la génétique était peu connue à l'époque). Elle ne présentait aucun signe extérieur, et la tumeur n'était pas détectable à la palpation.

Paroles de femmes :

"Quelques mois après mon diagnostic, un cancer du sein a été détecté chez ma nièce de 29 ans, ce qui a déclenché un dépistage génétique."

Ce dépistage génétique n'a pas eu lieu avant la fin de son traitement – notamment, elle n'était pas informée du risque accru de cancer de l'ovaire. Cela lui a pris 12 mois pour obtenir un RV avec un onco-généticien et, après test, on lui a donné rendez-vous 10 mois plus tard pour les résultats : elle considère ce délai beaucoup trop long.



Dr Sarah Dauchy

Ce délai est à la fois volontaire et involontaire. Certains médecins référents sont réticents à mélanger le temps du traitement et le temps de la génétique. Ceci n'empêche pas, quand il y a des cas familiaux, d'anticiper la surveillance, même avant les tests génétiques. La partie involontaire du délai correspond au délai nécessaire pour obtenir les résultats (nouvelles techniques, nouvelles demandes administratives). Un certain temps sert également à la prise en charge psychologique.

Valérie-Anne a réalisé un documentaire dont le sujet est "le cancer du sein vu par les patientes" : ce documentaire montre le vécu et le perçu des femmes à partir de l'annonce du diagnostic et tout au long de leur combat contre la maladie. Il décrit les relations avec les autres, l'importance de prendre soin de soi, s'écouter, communiquer et Vivre.

Elle organise des projections de son film-documentaire "Personn'elles" dans des salles de cinéma, suivies de débats.

<http://personn-elles.blogspot.fr/>



Christelle Rakoto
et Valérie-Anne Moniot

le Dr Sarah Dauchy revient sur l'importance de la personnalisation des recommandations, avec nécessité, ici encore, d'une adaptation au cas par cas. Certaines patientes ont besoin de temps, d'autres pas. L'essentiel est d'en discuter avec les patientes : il y a un temps psychique personnel à chaque femme. Le choix thérapeutique doit être le fruit d'une co-construction impliquant les patientes, leur médecin, le cas échéant le psychologue/psychiatre, pour que les patientes ne portent pas sur elles seules, la responsabilité d'une prise de décision sur leur santé, ou en vivent seules le stress.



QUELS SONT LES GRANDS ENJEUX DE LA CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN ? *Par Sylvie L.*



Dr Nicolas Leymarie

Il existe deux stratégies dans la chirurgie du cancer du sein, la chirurgie conservatrice ou non conservatrice. Le Dr Nicolas Leymarie de l'Institut Gustave Roussy à Villejuif, nous donne son point de vue de chirurgien plasticien.

La chirurgie conservatrice reste le traitement de référence en France, pour plus de ¾ des patientes. Elle répond aux impératifs carcinologiques et esthétiques, avec des bons résultats à distance. L'oncoplastie est aujourd'hui la meilleure technique chirurgicale pour prévenir les séquelles esthétiques et fonctionnelles liées à la radiothérapie secondaire, présentes chez 20 à 40 % des patientes. L'oncoplastie remodèle la peau et la glande après l'ablation de la tumeur et conserve au sein un galbe harmonieux.

Pour les patientes, guéries mais qui conservent des séquelles, il y a une solution chirurgicale quel que soit le stade des séquelles pour améliorer localement la situation.

Un lymphœdème survient dans 10 à 13% des cas après un curage axillaire. La technique du ganglion sentinelle a entraîné une baisse de sa fréquence. Lorsque celui-ci est présent, certains centres spécialisés proposent des techniques chirurgicales adaptées pour limiter les conséquences du lymphœdème, même anciennement installé.

Dans le cas de chirurgie non conservatrice, la reconstruction mammaire peut se faire à distance, après les traitements adjuvants ou immédiatement, dans le même temps opératoire que la mastectomie. Sur 20 000 mastectomies annuelles, seulement 20 à 30% bénéficient d'une reconstruction, différée ou immédiate. Ce faible taux s'explique par la disparité géographique d'accès aux soins, par le fait que tous les centres réalisant des mastectomies ne proposent pas une reconstruction, et aussi par choix de la patiente. La reconstruction fait partie intégrante du traitement du cancer du sein. La très grande majorité des reconstructions en France est différée, 1 à 2 ans après la fin des traitements adjuvants. Or la reconstruction n'augmente pas le risque de récurrence, ne retarde pas le diagnostic de récurrence, ne compromet ni la surveillance clinique ou la surveillance par imagerie et ne contre-indique pas la radiothérapie ou la chimiothérapie ultérieure.

Cette reconstruction secondaire est presque toujours possible, sauf en cas de contre-indication à l'anesthésie. Le tabagisme, le diabète, le surpoids, l'obésité constituent des facteurs de risque de complications secondaires (nécrose cutanée, infections) et doivent être pris en compte dans la phase de préparation à la chirurgie.

La reconstruction immédiate est très souvent réalisable. Elle permet d'obtenir un meilleur résultat esthétique, avec un impact positif sur la satisfaction des patientes et sur leur qualité de vie. Des essais sont en cours sur les indications de conservation de l'aréole et du mamelon, qui optimisent la qualité du résultat esthétique.

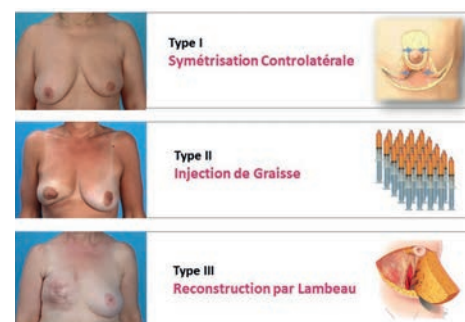
Les limites de la reconstruction immédiate sont les complications qui pourraient retarder l'initiation des traitements complémentaires, radiothérapie et chimiothérapie.

En 2016 en France la reconstruction immédiate n'est réalisée que dans 13 % des cas. **La technique la plus utilisée est la pose de prothèse, glissée sous la peau ou sous la paroi musculaire thoracique.** Le résultat esthétique peut être optimisé par différentes techniques dont **l'injection de graisse.**

L'autre technique repose sur **la greffe autologue, de lambeaux cutanéograsseux ou musculo-cutanés prélevés sur la patiente** pour recréer le volume mammaire. Cette technique donne des résultats durables d'excellente qualité, le sein reste naturel, chaud, sensible et souple, il évolue favorablement dans le temps en fonction des variations de poids de la patiente. Le problème réside dans le risque de séquelles au niveau du site de prélèvement, douleur, diminution de la force musculaire... Ces séquelles sont inférieures à 5%.

Différents sites de prélèvements sont possibles : grand dorsal, abdomen, faces internes ou externes des cuisses, fesse.

La technique du DIEP est une des techniques de reconstruction autologue la plus performante. Elle consiste à prélever la peau et la graisse du ventre sans prélever le muscle, ce qui limite considérablement les risques de douleur ou de faiblesse de la paroi abdominale. De nouvelles techniques apparaissent grâce à la chirurgie robotique et permettent de travailler sans cicatrice visible sur le sein.



Les corrections des séquelles

En conclusion :

La chirurgie carcinologique mammaire a évolué ces dernières années. La reconstruction immédiate doit être privilégiée pour la qualité de vie des patientes. L'oncoplastie est la technique de choix dans le cas de chirurgie conservatrice. Les patientes guéries mais avec des séquelles peuvent bénéficier d'une amélioration fonctionnelle et esthétique grâce aux nouvelles approches chirurgicales.

NOUVEAUTÉS DANS LES THÉRAPIES CIBLÉES *Par Melania C*

La mortalité par cancer du sein a diminué ces dernières années grâce au dépistage organisé, le diagnostic précoce et à l'amélioration des traitements. Les thérapies ciblées anticancéreuses sont des nouveaux traitements plus efficaces et avec une tolérance acceptable. Elles visent à bloquer la croissance et/ou la propagation des cellules tumorales en s'attaquant spécifiquement à certaines de leurs anomalies ou à leur microenvironnement. Cet article résume la présentation du Dr Marc Espié, Responsable du Sénopôle de l'hôpital Saint-Louis APHP

L'arsenal thérapeutique dans le cancer du sein, chimiothérapies conventionnelles (cytotoxiques), radiothérapie et hormonothérapie, s'est enrichi de l'apport des thérapies ciblées. La première thérapie ciblée ayant été autorisée dans le traitement des cancers du sein métastatiques HER2 positifs est le trastuzumab (Herceptin®). **Plusieurs thérapies ciblées sont désormais autorisées dans le traitement des cancers du sein. L'essor important des thérapies ciblées reflète les efforts en recherche et l'évolution rapide des connaissances sur la biologie des cancers.** Plus récemment d'autres thérapies ciblant les récepteurs de la famille HER2, sont disponibles (pertuzumab, neratinib, lapatinib) et peuvent être associés entre eux et à la chimiothérapie pour une plus grande efficacité contre le cancer du sein. Il a même été possible de coupler le trastuzumab à une molécule de chimiothérapie la maytensine et donc de diriger cette nouvelle molécule appelée TDM1 (Kadcyla®) sur des cellules cancéreuses exprimant HER2 et de faire pénétrer à l'intérieur de ces cellules le produit de chimiothérapie qui s'y libère, épargnant ainsi la grande majorité des cellules saines.

Amélioration de la prise en charge des patients

Les thérapies ciblées reposent sur des traitements développés grâce à une meilleure connaissance des mécanismes biologiques conduisant à l'apparition et au développement des tumeurs. Des cibles cytoplasmiques comme PI3K/Akt/M-TOR sont typiques de la voie signalétique des facteurs de croissance. L'utilisation des thérapies ciblées est guidée, dans la mesure du possible, par les caractéristiques moléculaires (biomarqueurs) de la tumeur de chaque patiente.

Les biomarqueurs permettent alors parfois de tester les patientes pour identifier celles qui sont porteuses (ou non) d'une altération moléculaire comme la surexpression de HER2, des altérations ou des mutations dans PI3K ou le gène BRCA dans les cancers du sein. **Plusieurs thérapies ciblées peuvent désormais être utilisées chez un même patient, de façon séquentielle ou concomitante, afin de contrôler plus durablement sa maladie et ce, bien sûr, en fonction de la tolérance.**

De nouvelles stratégies importantes dans le traitement des cancers du sein sont représentées par les inhibiteurs des protéines-kinases dépendantes des cyclines (CDK 1 à 9) (le palbociclib, le ribociclib et l'abemaciclib), souvent surexprimées et activées dans les tumeurs du sein. Ces nouvelles molécules utilisées en association avec l'hormonothérapie bloquent la prolifération cellulaire et les essais thérapeutiques ont mis en évidence une efficacité supplémentaire par rapport à l'hormonothérapie utilisée seule. Une autre stratégie, utilisée chez les patientes qui présentent un cancer du sein héréditaire lié à une mutation BRCA, sont les inhibiteurs de la polyADP ribose poly-nucléase (PARP), une enzyme majeure de la voie de réparation de cassure de l'ADN. Dans les traitements avec des inhibiteurs de l'enzyme PARP, les cassures des brins d'ADN seront normalement réparées grâce à la voie BRCA non mutée. Mais dans

les tumeurs avec présence de mutation de BRCA1 ou BRCA2, l'inhibition de PARP, utilisant par exemple, l'olaparib, induit une défaillance des systèmes de réparation menant à la mort cellulaire. L'olaparib un inhibiteur de PARP commercialisé dans le traitement des cancers de l'ovaire métastatique présentant la mutation BRCA. Des essais récents ont également mis en évidence son efficacité dans le traitement des cancers du sein métastatiques. D'autres molécules sont testées dans des essais thérapeutiques.

Immunité et cancer du sein

Les tumeurs sont constituées d'un compartiment de cellules cancéreuses et d'un compartiment non tumoral incluant entre autres des cellules immunitaires. La croissance et la diffusion tumorale sont les conséquences de l'interaction entre les cellules cancéreuses et les cellules non tumorales de son environnement. Les immunothérapies ciblent les cellules immunitaires de l'environnement tumoral et notamment les lymphocytes T. Ceux-ci peuvent reconnaître les cellules tumorales et les détruire mais, la fonctionnalité des lymphocytes T peut être inhibée par l'interaction de la "programmed cell death protein 1 (PD-1 ou PDCD1)" à la surface du lymphocyte.

Les molécules en développement vont donc empêcher cette inhibition de l'action des lymphocytes T provoquée par les cellules tumorales. Ces inhibiteurs de "checkpoint immunitaires" sont des anticorps qui vont agir en enlevant le frein exercé par les cellules tumorales sur la réponse immunitaire. Ces agents (pembrolizumab, atezolizumab...) montrent une activité modeste (20 à 25% de taux de réponse) mais sont plus particulièrement intéressants en raison de leur efficacité contre les cancers du sein triple négatifs pour lesquels nous n'avions pas d'autre traitement que la chimiothérapie.

L'avenir

À l'avenir l'évolution des connaissances de la biologie des cancers et l'augmentation de l'arsenal thérapeutique, permettra l'identification de caractéristiques uniques pour chaque patient et des facteurs prédictifs d'efficacité pour chaque nouveau médicament.

La recherche en cancérologie, à l'ère des thérapies ciblées, constitue un environnement favorable pour le développement et la mise à disposition des futures molécules innovantes même s'il y a toujours une certaine toxicité associée. Ces traitements innovants sont très efficaces mais aussi très coûteux. Un équilibre entre les coûts et l'efficacité doit toujours être établi.



Dr Marc Espié



LES GRANDES AVANCÉES DE LA RADIOTHÉRAPIE QUELS ATOUTS POUR LES PATIENTES ATTEINTES DU CANCER ? *Par Louise P.*

Le Dr Alain Tolédano installé depuis 2005 au centre de Radiothérapie Hartmann, dans les Hauts de Seine, a participé à l'instauration des technologies de haute précision et au développement de la radiothérapie moderne.

Une efficacité reconnue

Aujourd'hui en France, 200 centres de radiothérapie et 600 machines permettent de soigner plus de 200 000 patients atteints de cancer par an. La radiothérapie s'inscrit toujours dans un parcours de soins qui s'adapte à la maladie et à la patiente : dépistage, chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, thérapies ciblées...

L'efficacité de la radiothérapie suite à une chirurgie sur un cancer du sein est prouvée : sans elle, le taux de rechute après opération est équivalent à 30% et il est inférieur à 10% lorsqu'on l'utilise en complément. **L'administration de la radiothérapie augmente la durée de vie en diminuant le risque de rechute. La radiothérapie n'impacte pas uniquement la survie sans maladie mais impacte également la qualité de vie fonctionnelle et les résultats esthétiques.**

"Si la chirurgie est un art, la radiothérapie aussi !"

Une approche onco-plastique doit être adoptée par tous et notamment par le chirurgien car la radiothérapie peut par la suite figer le résultat esthétique de la chirurgie. Aujourd'hui en radiothérapie, pour 80% des cas, le résultat esthétique est excellent. La qualité de la radiothérapie est aussi très importante sur les prothèses mammaires qui nécessitent une grande précision. Certaines femmes ont des prédispositions individuelles à réagir plus amplement aux rayons X, une radiosensibilité accrue, les résultats peuvent être très différents d'une femme à l'autre. D'où proviennent ces prédispositions ? La recherche en biologie permet aujourd'hui d'identifier des signatures génétiques et d'adapter le type de radiothérapie en fonction de la patiente pour diminuer le risque d'effets secondaires.

Des technologies de plus en plus élaborées

Le travail de radiothérapie s'exerçait auparavant en 2 Dimensions (radiothérapie bidimensionnelle) : le traitement s'effectuait par 2 faisceaux tangentiels sur une femme installée sur un plan incliné. La radiothérapie a évolué considérablement avec l'arrivée de la 3 Dimensions, un scanner est effectué sur la femme avant la radiothérapie pour faire un travail technique préparatoire de ciblage : calculer les épaisseurs, choisir les énergies, la dose, orienter les faisceaux... L'idée principale est de palier aux effets indésirables que provoquait la 2D et d'épargner au mieux les poumons et le cœur afin d'éviter les radiations toxiques.

Les dernières avancées en radiothérapie

Il faut savoir que la radiothérapie pour le cancer du sein peut être "asservie à la respiration" ; du fait de la respiration, la cible mammaire est en mouvement constant. Pour contrôler ce mouvement, on cherche à adapter l'irradiation à la respiration des

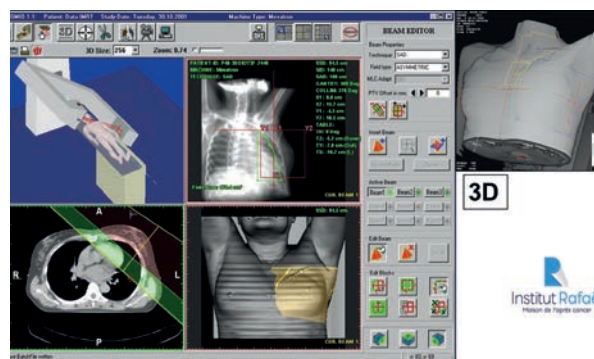


Dr Alain Tolédano

patientes. On planifie les traitements en considérant le mouvement du sein sur la poitrine, c'est la 4 Dimensions : on peut ne pas irradier en continu mais par séquences choisies (lors de l'expiration ou inspiration par exemple).

De nombreuses autres technologies se développent dans les plateaux techniques soit pour doser au mieux les rayons, soit pour mieux cibler et épargner les organes avoisinants : l'archthérapie dynamique, les systèmes d'imagerie intégrées, la radiothérapie guidée par l'image. Le cyberknife est par exemple un robot qui s'adapte aux mouvements de la patiente pour atteindre une précision au demi millimètre sur cible mobile. Une plus grande précision dans les radiations permet aussi d'être plus efficace sur un nombre de séances réduit.

Aujourd'hui, la radiothérapie de haute précision permet donc, en plus d'agir en complémentarité d'autres traitements, de soigner les cancers de manière moins invasive, sans effet secondaire et parfois même d'éviter une intervention chirurgicale. Car comme le rappelle le Dr Tolédano "s'occuper de la maladie est important mais il faut aussi s'occuper des patients dans leur globalité".



Radiothérapie en 3D

L'expertise technique est un atout, le métier de cancérologue doit néanmoins se soucier d'une approche globale.

Au printemps 2018, sous l'égide de l'Institut Rafaeï, l'équipe du Dr Alain Tolédano ouvrira la Maison de l'Après cancer pour rassembler acteurs médicaux et paramédicaux travaillant ensemble pour favoriser la réhabilitation de l'après cancer.

"EUROPA DONNA LYON, RHÔNE-ALPES" TOUJOURS PRÉSENTS SUR TOUS LES FRONTS

Le point fort de la délégation Rhône-Alpes demeure sa disponibilité à répondre présente aux multiples sollicitations. L'antenne du Forez a ouvert Octobre Rose avec "Ma pause Rose" pour s'envoler à Feurs Chambéon, le 16 septembre... ce fut une grande journée qui a su mobiliser toute une région autour du dépistage du cancer du sein... à destination du grand public.

Puis ce fut une participation incessante sur Lyon aux comités de pilotage avec d'autres acteurs d'Octobre Rose pour l'organisation des événements : Adémas69, Hospices Civils de Lyon, Villeurbanne, Meyzieu, Clinique Charcot... ainsi nous avons été présentes dans 11 établissements de soins, sur 2 marchés, présentes lors de 13 manifestations sportives ou culturelles solidaires...

Nous avons remis de nombreux bracelets lyonnais en coton rose, précieux médiateurs pour parler autour de : "Prenez soin de vos seins". Ainsi, nous avons tenu des stands, pris la parole, défendu le dépistage organisé pour **promouvoir une détection précoce et sensibiliser les femmes à la prévention du cancer du sein, au prendre soin de soi.** Enfin toujours nos "Café Donna" d'octobre, "Escapade Culturelle", reprise de "l'atelier Chant" sans parler des débordements le 18 novembre avec "Café Donna" délocalisé à la Clinique du Parc à St Priest en Jarez (42).



"EUROPA DONNA BORDEAUX"... OBJECTIF SE FAIRE CONNAÎTRE AUPRÈS DES STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN

Nous étions présentes sur le marché des Chartrons sur les quais et invitées à participer à l'inauguration de l'institut du sein. Nous avons bien sûr soutenu, Valérie Anne Moniot lors des projections de son documentaire dans plusieurs salles et villes (à Nantes aussi !). De même que nous étions présentes à la Maison Rose pour la présentation de l'association de Christelle Rakoto devant un public de Sages-femmes et équipe d'oncologues de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine.

La soirée "Défi de femme" à Bergonié a sollicité Christelle pour présenter son histoire et son association. De nombreux bénévoles, des médecins et anciennes patientes ont félicité ces initiatives.

La "Pause Rose" a été beaucoup appréciée, partagée entre sortie et les remises de produits Evaux offerts. Enfin Europa Donna Aquitaine a récolté une aide financière pour la délégation grâce à une école de danse zumba et une compétition de golf à Arcachon.

Tous les événements pour lesquels nous nous sommes mobilisées tout au long de l'année dont les "Café Donna" et nos Journées d'action/information sur le dépistage dans les pharmacies permettent de constater que nos actions sont très appréciées et cela nous encourage à poursuivre.



© Chris ChCoully



"EUROPA DONNA ILE DE FRANCE" À LA RENCONTRE DU GRAND PUBLIC

Nos événements "Grand Public" :

- Le lancement d'"Octobre Rose" a été donné avec la projection du film "De plus belle". Ambiance chaleureuse grâce à la présence d'un large public et de la jeune réalisatrice Anne-Gaëlle Daval. "Même malade et touchée par le cancer du sein, toute femme peut garder, sa part de féminité."

- La "Journée mondiale du cancer du sein" a été marquée par un bel événement "Ma Pause Rose" en partenariat avec la marque de vernis "Kure Bazaar" au Bon Marché. Ce jour-là, au-delà de la présence de l'Association dans le magasin afin de promouvoir le dépistage, 100 % de la recette des ventes de vernis de la marque ont été reversés à notre association. En cette grande journée, de nombreuses associations et jeunes concernés par le sujet sont venus nous soutenir. Magnifique moment sous le signe du soleil.
"Le cancer du sein touche les femmes mais aussi leurs proches et personne ne doit rester insensible"



- Notre participation au "Village des Associations" de Levallois puis au "Village Rose", place de la République, événements organisés avec de nombreux partenaires de la lutte contre le cancer du sein, nous ont permis de faire de belles rencontres.

- Notre présence dans les hôpitaux : l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Clinique Hartmann, Hôpital Avicenne-Bobigny, Hôpital de Bicêtre et enfin l'Hôpital Jean Verdier, où se sont tenus stands et conférences nous ont permis d'aller à la rencontre des femmes.

Merci à tous ceux qui nous ont soutenues : les étudiantes de Ionis-STM, les Ateliers des danseurs d'Orly, The Peninsula Paris, Kure Bazaar, Le Nouvel Odéon....



COUP DE CHAPEAU À L'ÉQUIPE DES DRAGON LADIES DE PARIS

Leur objectif : permettre, chaque année, à des femmes de vivre des parenthèses enchantées, des défis sportifs entre Dragon Ladies de France, d'Europe et du monde entier, générer du lien entre toutes les femmes et organiser des rencontres afin de payer ensemble.

Elles ont reçu le Trophée Coups de Cœur 2017 du Conseil Supérieur de l'Ordre des Experts Comptables...

Félicitation à toutes.

PARTICIPATION DE LA FRANCE À LA CONFÉRENCE DE LA COALITION EUROPÉENNE D'EUROPA DONNA.

L'Europa Donna Pan-European Conférence réunit tous les deux ans des représentantes de tous les Forums. Cette année, c'est la Slovénie, qui a accueilli la 13^{ème} édition soit plus de 250 femmes venues de 47 pays, des femmes qui se mobilisent pour la même cause : la lutte contre le cancer du sein.



**À découvrir notre NOUVEAU site europadonna.fr
pour retrouver nos rendez-vous, nos actualités,
et de nombreuses informations...**

EUROPA DONNA FRANCE - Informations générales

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENTE

Natacha ESPIÉ

PRÉSIDENTE D'HONNEUR

Nicole ZERNIK

PRÉSIDENTE FONDATRICE †

Nicole ALBY

VICE-PRÉSIDENTES

Dominique DEBIAIS

Pascale ROMESTAING

SECRÉTAIRES GÉNÉRALES

Florence ETTERLEN

Fabienne RENAUD

TRÉSORIÈRE

Ghislaine LECA-GRENET

TRÉSORIÈRE ADJOINTE

Agnès DRAGON

ADMINISTRATEURS

Bernadette CARCOPINO

Martine CASTRO

Catherine CERISEY

Lilette FOOK SENG

Laure GUÉROULT-ACCOLAS

Martine LANOE

Ghislaine LASSERON

Elisabeth MARNIER

Giovanna MARSICO

Elisabeth VOISIN



NOS DÉLÉGATIONS

Pour tout savoir sur nos délégations et sur nos activités, consultez notre site puis appelez la délégation la plus proche de votre domicile :

• AQUITAINE-LIMOUSIN-POITOU-CHARENTE

Bordeaux : 06 11 90 12 20
europadonna33@gmail.com

• AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Lyon : 06 81 26 90 14
delegation.lyon@europadonna.fr

• GRAND-EST

Strasbourg : 06 48 27 23 08
delegation.strasbourg@europadonna.fr

• HAUTS-DE-FRANCE

Lille : 06 10 75 27 37
europadonna59@gmail.com

• ILE DE FRANCE

Paris : 01 44 30 07 66
europadonnaidf@gmail.com

• MIDI-PYRÉNÉES-LANGUEDOC-ROUSSILLON

Nîmes : 06 23 07 52 37
contact@europadonna.fr

• NORMANDIE

Caen : 02 31 45 50 36
contact@europadonna.fr

• PAYS DE LA LOIRE

Angers : 06 82 30 60 21
delegation.angers@europadonna.fr

Nantes : 06 80 32 58 51
europadonna44@orange.fr

Vous pouvez consulter l'agenda des différentes délégations sur notre site

www.europadonna.fr

LE CONSEIL SCIENTIFIQUE

ANATOMOPATHOLOGISTE :

Anne de ROQUANCOURT
(Hôpital St Louis Paris)

BIOLOGISTE :

Patricia de CREMOUX
(Hôpital St Louis Paris)

CHIRURGIEN :

Benjamin SARFATI
(Institut Gustave Roussy, Villejuif)

ÉPIDÉMIOLOGISTE :

Pascale GROSCLAUDE
(Oncopôle Toulouse)

GÉNÉRALISTE :

Jean GODARD (Val de Saône)

GÉNÉTICIEN MOLÉCULAIRE :

Nicolas SEVENET
(Institut Bergonie Bordeaux)

GYNÉCOLOGUE MÉDICAL :

Pia de REILHAC (Nantes)

GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIE :

Israël NISAND (CHRU Strasbourg)

INFIRMIÈRE :

Catherine DESMEULES
(Hôpital privé des Peupliers, Paris)

NOS PARTENAIRES

Nous remercions particulièrement la **Ligue nationale contre le cancer** de son soutien et son hospitalité, ainsi que le **ministère de la Santé** qui nous accompagnent dans notre action pour promouvoir le dépistage organisé du cancer du sein et l'**INCa** avec qui nous poursuivons une collaboration étroite.

Nous tenons également à remercier tous nos partenaires, membres de la Charte de soutien à Europa Donna France, ou partenaires exceptionnels, sans lesquels nous ne pourrions mettre en œuvre ni mener à bien nos actions :

ACCURAY, AEP, ANY D'AVRAY, AQUATONIC, AMGEN, ASTRA ZENECA, CENTRE D'ART SPACE JUNK, COURIR POUR ELLES, EISAI, ELAN EDELMAN, EVAUX, HARLEY-DAVIDSON, HELLO PHARMACIE, IPSEN, KURE BAZAAR, THE PENINSULA PARIS, LILLY, NOVARTIS, PFIZER, RALLYE CŒUR D'ARGAN, ROCHE, ROCHE DIAGNOSTICS, SANOFI, PL CRAPONNE, VENUS ainsi que tous les donateurs exceptionnels.

Les Nouvelles d'Europa Donna France, **Ensemble contre le cancer du sein** est édité par Europa Donna France
Directrice de la publication : Natacha Espié
Directrice de la rédaction : Florence Etterlen
Ont participé à la rédaction : Alexandre J., Aroua Z., Florence E., Laurence B.,

Lise G., Louise P., Mélanie C., Sylvie L.
Crédit photos : Benoit Drouet, Romain Vesin, Chris ChCouly
Création graphique : hannahbenmeyer.com
Impression : Fortin 4, rue Ambroise Croizat 94800 Villejuif
Ce numéro a été tiré à 6000 exemplaires

NOUS CONTACTER : Secrétariat téléphonique **01 44 30 07 66** du lundi au samedi de 8h à 20h **contact@europadonna.fr**

BULLETIN DE SOUTIEN

En nous soutenant, vous accompagnez près de 10 000 femmes et leurs proches chaque année.

M. ☐ M^{me} ☐ Nom Prénom.....

Adresse

..... Téléphone

Je soutiens Europa Donna France ☐ 30 euros ☐ 50 euros ☐ montant libreeuros

☐ Je souhaite être informé(e) de l'actualité, des événements, ... : email : @.....

☐ Je souhaite donner un peu de mon temps en rejoignant l'équipe des bénévoles

Merci de me joindre par téléphone ou email.

Le chèque est à établir à l'ordre d'Europa Donna France.

Un reçu fiscal vous sera adressé en retour par : ☐ email ☐ par courrier

☐ Possibilité de faire un don en ligne depuis **www.europadonna.fr**

un reçu fiscal vous sera envoyé en retour

À RENVoyer À : EUROPA DONNA FRANCE

14 rue Corvisart - 75013 PARIS - 01 44 30 07 66
contact@europadonna.fr

Bénéficiez d'une réduction d'impôt : vous pouvez déduire votre don à hauteur de 66% de votre impôt sur le revenu.

Ex : un don de 50 euros ne vous coûtera que 17 euros après déduction fiscale.

