

N° 31
Janvier 2017



EUROPA
DONNA
FRANCE
ASSOCIATION
CONTRE LE
CANCER DU SEIN

Les NOUVELLES d'Europa Donna

Membre de la coalition européenne Europa Donna



EDITO

Natacha ESPIÉ

Présidente Europa Donna France

J'aimerais mettre l'accent sur les trois missions que nous nous sommes fixées. Tout d'abord, **porter la voix des patientes** touchées par le cancer du sein pour améliorer leur qualité de vie pendant et après la maladie, et ensuite pour défendre leurs intérêts, car nous sommes, une association militante !

Nous accompagnons les femmes dans leur combat contre la maladie par des actions de proximité et enfin, **privilégions une information de qualité** sur le cancer et ses différents traitements afin que les patientes puissent être actrices de leurs parcours. Nous bénéficions pour cela de l'expertise des professionnels de santé qui ont accepté de rejoindre notre Comité scientifique et de s'investir à nos côtés. L'information est le nerf de la guerre.

Quels ont été les moments forts de 2016 ?

Lors d'**Octobre Rose**, nous avons prôné l'information sur un dépistage de qualité, organisé de très nombreuses réunions d'information, des événements sportifs et culturels partout en France comme vous pourrez le voir sur les photos qui illustrent ce numéro.

Et je souhaite remercier toutes nos bénévoles pour leur engagement sans lequel nous ne pourrions être aussi dynamiques. N'hésitez pas à consulter

notre site internet, pour découvrir ce qu'elles proposent, dans leurs régions tout au long de l'année. C'est ainsi que nous accompagnons près de 10 000 femmes concernées.

Par ailleurs, cette année nous avons participé à la **Concertation scientifique et citoyenne sur le dépistage du cancer du sein**. Pour Europa Donna, le dépistage organisé du cancer du sein a contribué ces dernières années à l'amélioration significative de la prise en charge et des perspectives thérapeutiques offertes aux femmes concernées. Car un cancer dépisté tôt se soigne mieux. Le dépistage sauve ainsi des vies. Il est important aujourd'hui de réfléchir à la façon de l'améliorer. Nous resterons très vigilantes sur les évolutions qui seront apportées au système.

Notre colloque du 7 novembre 2016, "**Mon cancer du sein, pourquoi moi ?**" reprend les préoccupations des patientes qui dès l'annonce s'interrogent, pourquoi moi ?

Même si nous savons que le cancer est une maladie multifactorielle, peut être existent-il des causes qui augmenteraient les risques même s'il subsiste aujourd'hui des incertitudes quant à l'importance et au poids de ces facteurs. **[Vous pourrez lire dans ce numéro tous les sujets que les femmes présentes lors de notre colloque ont souhaité partager.](#)**

Sommaire

P. 2 à 9

"Mon cancer du sein, pourquoi moi ?"
interventions lors
du colloque du
7 novembre 2016

P. 10 à 11

"Octobre rose 2016"
Nos actions en région



P. 12

Europa Donna France
Informations générales
et bulletin d'adhésion



“MON CANCER DU SEIN, POURQUOI MOI ?”

18^{ème} colloque annuel

LOI DE SANTÉ PUBLIQUE : QUEL IMPACT POUR LES PATIENTES ?

En ouverture du colloque

Par Florence Etterlen

Toutes les interventions ont été
enregistrées et sont accessibles
en audio directement sur le site
www.europadonna.fr

Avant la promulgation de cette loi en janvier 2016, La France était très en retard dans l'exploitation des données numériques de santé, contrairement à de nombreux autres pays tels que la Scandinavie et le Canada. Hélène Jacques, Directrice générale de la Ligue contre le Cancer, s'est attachée à nous présenter l'évolution indéniable que représente cette loi, sans omettre de souligner les craintes de mésusages et fait donc appel à la vigilance. **“Il faut permettre l'utilisation des données pour le bénéfice de tous sans mettre en danger le droit de chacun à la protection de sa vie privée”.**

La loi de santé publique marque une évolution indéniable, en apparence prudente.

La meilleure utilisation des données de santé proprement dites mais aussi d'autres concernant les déterminants de santé et des facteurs de risques tels que les caractéristiques socio-professionnelles, les comportements ou le style de vie, l'environnement physique et social, les conditions de travail, les attentes et caractéristiques physiologiques, biologiques et génétiques, constituent une forte attente pour les associations luttant contre le cancer dans l'intérêt des personnes malades qu'elles représentent.

Cette loi doit permettre d'ouvrir de nouvelles perspectives de recherche plus particulièrement mais non exclusivement en matière de santé publique et d'épidémiologie, notamment des évaluations populationnelles dans un contexte où la réduction des inégalités de santé est un enjeu prioritaire, alors même que les restes à charge préoccupent au quotidien nombre de personnes atteintes d'un cancer. L'utilisation de ces données doit aussi permettre de renforcer la sécurité des soins, d'identifier les médicaments potentiellement dangereux, en complément des signalements prévus dans le cadre de la Pharmacovigilance. Elle peut aussi permettre d'évaluer au plan médico-économique les parcours de soins et l'efficacité de leur organisation. Elle peut contribuer à une veille épidémiologique.

Des craintes de mésusages qui appellent notre vigilance :

Le texte de loi comporte un article de taille garantissant à priori la protection des données personnelles :

- Aucune décision ne peut être prise à l'encontre d'une personne physique identifiée,
- Les personnes responsables de ces traitements sont soumises au secret professionnel,
- L'accès aux données s'effectue dans des conditions assurant la confidentialité et l'intégrité des données, la traçabilité des accès et les requêtes,
- Les données individuelles du système national des données de santé sont conservées pour une durée maximum de 20 ans,
- L'utilisation à des fins économiques doit impérativement être proscrite. Car elle irait à l'encontre de l'intérêt public.

Il convient de rester vigilant pour que l'analyse de ces données ne contribue pas à exclure de la garantie des contrats d'assurance certains malades ou à majorer leur prime, ainsi qu'à promouvoir des produits de santé auprès des professionnels. Une telle personnalisation des risques de santé irait à l'encontre du principe de solidarité auquel nous sommes plus que jamais attachés.

Une connaissance approfondie des risques peut en effet dériver vers une stigmatisation de certaines maladies. Des exemples étranges montrent combien la collecte de données sur les comportements des individus peut conduire à des inégalités de prise en charge sociale.

“Il importe qu'un suivi et une évaluation de cet élargissement de l'accès aux données numériques de santé soient organisés, les associations de représentants des usagers devant y prendre part.”



Hélène Jacques et Florence Etterlen

LE DÉPISTAGE DES CANCERS DU SEIN : DÉCIDER POUR SOI EN CONNAISSANCE DE SOI

Des éléments de réponse aux controverses récurrentes

Par Lise GOSSELIN



Jean Yves Seror

Suis-je concernée par le dépistage du cancer du sein ? Quels en sont ses enjeux, ses modalités de prise en charge, ses bénéfices et ses risques ? Quel est l'avenir du dépistage ? Autant de questions auxquelles le Dr Jean Yves Seror, radiologue au centre Duroc à Paris s'est exposé.

Le dépistage du cancer du sein est un enjeu de santé publique et individuel. Il a pour objectif de réduire la mortalité de 30% et de permettre une prise en charge plus précoce en détectant des lésions de petites tailles pour un traitement moins lourd et plus efficace. Les pratiques s'exercent autour du dépistage organisé généralisé et du dépistage individuel. Sa prise en charge reste complexe car elle est plurifactorielle et individualisée. De plus, on observe des vagues anti-dépistage qui remettent en question tous les fondamentaux du dépistage et jettent le trouble dans l'esprit des femmes !

Paroles de femmes :
"L'intervention du Dr Seror sur l'intérêt de poursuivre ce dépistage face à la polémique que l'on entend fut essentielle pour moi"

3D est utilisée en diagnostic et dépistage individuel, mais pas en dépistage organisé. L'échographie mammaire seule ne s'envisage pas en dépistage car elle engendre des faux positifs et ne détecte pas les micro-calcifications. Elle se complète par une mammographie. L'IRM mammaire décèle beaucoup de faux positifs (25 à 30%). Chez les femmes à très haut risque (mutation génétique), elle est proposée à partir de 30 ans et permet de détecter 70% des cancers dont 50% des cas ne sont détectés ni à la mammographie ni à l'échographie. **Enfin, l'examen clinique est intégré dans le nouveau cahier des charges du dépistage. Il doit s'effectuer en préambule de la mammographie de dépistage mais pas de façon isolée.**

Où en est-on du dépistage du cancer du sein en 2016 ? Faut-il le poursuivre ?

Les débats émergent sur la balance efficacité (réduction de la mortalité, qualité de la prise en charge) versus risques (faux positifs, notions de sur-diagnostic et de sur-traitement, irradiation) du dépistage notamment via une controverse impulsée par le grand public.

En 2015, la Haute Autorité de Santé s'est à nouveau prononcée pour le maintien du dépistage organisé dans les conditions actuelles. Le débat bénéfice/risque comporte des zones d'incertitudes persistantes renvoyant à une question éthique fondamentale sur la nature de l'information à délivrer aux femmes et sur l'efficacité du programme de dépistage organisé. Par ailleurs, de nombreuses publications internationales dont celles du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) ont confirmé la réduction de la mortalité justifiant le dépistage organisé malgré le sur-diagnostic, les faux positifs et le risque de cancers radio-induits largement compensés par la réduction de la mortalité.

En 2016, les conclusions du comité d'orientation après concertation citoyenne et scientifique prévoient, le déploiement d'un nouveau dépistage organisé, profondément modifié qui avec le support des praticiens, serait plus intéressant. Il permettrait une meilleure information des patientes, un dépistage mieux adapté aux risques individuels et aurait pour ambition de réduire les inégalités territoriales et toucher plus de femmes de milieux défavorisés d'après l'avis du Dr Séror. À suivre...

Paroles de femmes :
"Cela m'a confortée sur le fait qu'un bon nombre de cancers était dépisté grâce à ce système et grâce à lui, on a augmenté les chances de guérison"

À QUEL "SEIN" ME VOUER ? QUEL DÉPISTAGE POUR MOI ?

Tranche d'âge, sexe et contexte	Dépistage		Risques et commentaires
	organisé	individuel	
J'ai moins de 30 ans	-	-	• Cas étudiés pour les femmes à très haut risque de mutation génétique
J'ai entre 40 et 49 ans	-	x	• Incidence du cancer faible • Pas de preuves de la diminution de la mortalité • Diagnostic difficile (faux positifs, densité des seins)
J'ai entre 50 et 74 ans	x	x	• Mammographie gratuite tous les 2 ans • Peut être complétée par un dépistage individuel à 12, 18 ou 24 mois • Dépistage personnalisé si cas de cancers familiaux
J'ai plus de 74 ans	-	x	• Tous les 12, 18 ou 24 mois
J'ai des antécédents familiaux de cancer du sein	x	x	• Dépistage préconisé même si le risque de survenue d'un cancer est faible (< 5%)
Je suis une femme à haut risque	-	x	• Cas d'Irradiation, mutation génétique avérée ou nombre important d'antécédents familiaux de cancers du sein. • Surveillance active annuelle. • Pour les femmes à très haut risque : IRM + mammo.
Je suis suivie pour un cancer du sein	-	x	• Suivi régulier classique même si cancer antérieur à 5 ans. • Mammographie annuelle : seul examen minimum recommandé
J'ai déjà eu une biopsie du sein	x	x	• Si facteur de risque : dépistage individuel annuel
J'ai des seins denses	x	x	• Difficulté d'interprétation (effet masquant...). Si seins très denses, tendance vers une mammo. annuelle
Je suis un homme	-	-	• Ne concerne que 1% des cas

Une diversité des examens pour une personnalisation de la prise en charge

La mammographie numérique est plus efficace chez les femmes jeunes et les femmes ayant des seins denses. La tomosynthèse (ou mammographie 3D) est une mammographie classique complétée par de coupes fines. Cette nouvelle technique permet de détecter plus de cancers notamment invasifs et de réduire du nombre de faux positifs. Son inconvénient est d'être plus irradiant car elle équivaut à deux mammographies. Actuellement la mammographie



MES GÈNES, MA TUMEUR ET MOI

La tumeur, une maladie des gènes ?

Par Sylvie Le Couturier



Nicolas Sevenet

La connaissance des anomalies génétiques impliquées dans un type de cancer permet de prévenir, de dépister dans le cas d'anomalies génétiques familiales, les sujets à risque et de comprendre les processus de l'oncogenèse. Comme nous l'explique Nicolas Sevenet, du Service de génétique moléculaire de l'Institut Bergonie-Bordeaux, la difficulté n'est plus tellement liée au séquençage génétique mais à la complexité des connexions entre voies de signalisation, cycle cellulaire et cancer.

Le cancer est le résultat d'une multiplication anarchique de cellules normales qui échappent à tout contrôle de leur différenciation et de leur prolifération. Ces cellules mutantes deviennent capables d'interagir avec leur environnement, de remodeler les cellules autour d'elles, d'envahir le tissu normal mais aussi de migrer à distance. Tout ceci est le résultat de modifications génétiques. **La question est de savoir comment surviennent ces mutations.** En fait chaque jour notre patrimoine génétique se duplique et il survient des erreurs pendant ces duplications. La plupart du temps le système de contrôle suffit à éliminer les erreurs afin de conserver une intégrité du génome. **Mais notre patrimoine génétique n'est pas stable, il est dynamique, autorisant l'évolution !**

Une tumeur n'est pas la conséquence d'une seule anomalie mais bien de l'accumulation de nombreuses mutations.

Si on analyse des cancers du sein de même phénotype, on va retrouver des cancers avec très peu d'événements génétiques et des cancers cumulant plus de 500 mutations ! Ces mutations donnent à la cellule des caractéristiques différentes de la cellule normale.

Sur les 10% de cancers dits héréditaires, en fait seulement un quart d'entre eux sont vraiment héréditaires, secondaires à des mutations sur les deux allèles hérités des deux parents. **Les formes familiales de cancer du sein sont liées aux mutations des gènes BRCA1 et BRCA2, souvent dans un syndrome sein/ovaire avec un risque de transmission à la descendance de 50% et associés à d'autres risques tumoraux.** Il est important d'identifier les cas à risques afin d'adapter une prévention et un dépistage strict.

Afin d'assurer la démarche diagnostique en oncogénétique, il existe un maillage territorial sur 140 sites et 16 laboratoires. Le financement est assuré par les MIG (Missions d'intérêt général).

Nous sommes à un tournant important du séquençage, pour connaître la structure intime d'un gène. Une réelle révolution technique permet une médecine de précision, prédictive d'un traitement en fonction d'anomalies génétiques. Auparavant, le séquençage du génome complet était long et onéreux, actuellement, avec le séquençage de nouvelle génération, on est capable d'analyser plus rapidement et plus efficacement, en routine, les mutations génétiques. Les bio informaticiens succèdent aux biologistes dans la lecture des données tant elles sont rapides et nombreuses. Ces nouvelles techniques identifient des mutations génétiques non recherchées ce qui pose la question de ce qu'on peut faire de ces données, et de la prise en charge qui en découle. L'intérêt de l'accumulation de données génétiques est de proposer une prise en charge adaptée.

Le diagnostic moléculaire des mutations des gènes BRCA se fait sur du matériel biologique (le plus souvent du sang) recueilli après une consultation d'oncogénétique qui a permis de synthétiser les informations familiales, de présenter le suivi et de recueillir le consentement éclairé.

On considère actuellement que la tumeur est pluriclonale et non plus monoclonale. Il s'agit d'un développement en parallèle de tumeur multiforme. La recherche se fait sur la tumeur primitive.

L'hétérogénéité intratumorale montre que les anomalies génétiques ne sont présentes que sur certaines populations cellulaires, ce qui oriente la multiplication cellulaire. Il est important de comprendre la phylogenèse de la tumeur.

Malgré les progrès actuels nous ne sommes qu'au début des connaissances dans la complexité des processus de cancérogénèse.

Les résultats des tests sur les gènes BRCA sont longs à obtenir car la France a fait le choix de garder ces tests dans le cadre académique afin d'éviter les dérives de la médecine à deux vitesses.

Au total, les progrès en séquençage génétique autorisent une médecine de précision, de plus en plus prédictive et personnalisée.

Paroles de femmes :

"Moi, ces histoires de gènes, je n'y comprends rien, en plus, ça me fait peur !"



Bénévoles Europa Donna France



Nos pigistes



LES TESTS PRÉDICTIFS EN 6 QUESTIONS

L'essentiel sur les signatures moléculaires

Par Françoise Pinto

Aune question pas totalement nouvelle ... mais toujours plus pressante “Est-il nécessaire de faire une chimiothérapie adjuvante, c'est-à-dire après la chirurgie, à toutes les patientes porteuses d'un cancer du sein hormonodépendant ?”, Bernadette Carcopino, Gynécologue à Paris, et Patricia de Crémoux, Biologiste à l'Unité d'Oncologie Moléculaire de l'Hôpital Saint Louis, Paris, nous présentent les tests prédictifs qui apportent aujourd'hui une réponse de plus en plus précise et fiable.

1 - Sur quelles bases les tests moléculaires se sont-ils développés ?

Tous les tests utilisés aujourd'hui sont basés sur les travaux menés dans les années 2000, initialement par C. Perou et T. Sorlié, qui ont analysé dans des tumeurs du sein de pronostic différent, l'expression d'ARN messagers de milliers de gènes. Ces analyses ont permis de regrouper les tumeurs du sein selon leur profil d'expression génétique. Ainsi a été établie la première classification intrinsèque moléculaire des cancers du sein en 5 groupes dont 3 principaux : cancers basal-like, HER2-like et cancers luminaux (ou hormonodépendants). Ce dernier groupe de tumeurs sur-exprime les récepteurs des œstrogènes et /ou de la progestérone.

Paroles de femmes :
“Quelle chance qu'il existe, pour certains cancers, des tests qui permettent de savoir si l'on peut éviter la chimio !”

Pour ces tumeurs hormonodépendantes, qui correspondent au 2/3 des cancers du sein, les luminaux A, de bon pronostic relèvent d'une hormonothérapie seule, les luminaux B, de plus mauvais pronostic relèvent d'une hormonothérapie et chimiothérapie.

Il reste un groupe de pronostic intermédiaire (20-40%) pour lequel le test permet de définir si une chimiothérapie apportera ou non un bénéfice clinique aux patients, évalué par le risque de rechute métastatique à 10 ans. Le but est une désescalade de chimiothérapie.

Parmi les tests moléculaires disponibles pour affirmer le pronostic de ces cancers Luminaux, 3 sont les plus utilisés en France : Oncotype DX®, Prosigna® et Endopredict®. Leurs différences résident dans la nature et le nombre de gènes analysés et la stratification du risque, à respectivement 3, 3 et 2 niveaux (faible et haut).

2 - Dans quel contexte les tests moléculaires sont-ils indiqués ?

Les tests prédictifs sont prescrits en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) pour les tumeurs hormonodépendantes au stade précoce, HER2 négatives, de la taille pathologique pT1b/c, ou pT2, sans envahissement ganglionnaire ou avec atteinte ganglionnaire microscopique. Les données issues de ces tests sont colligées dans un recueil national.

3 - Quelles sont les modalités pratiques de réalisation des tests moléculaires ?

L'ARN est extrait, dans le cas du test EpClin®, d'un échantillon tumoral fixé dont la préparation est réalisée par l'anatomopathologiste. Le test Endopredict® inclut l'analyse de 11 gènes, dont 3 gènes de référence, associée à l'évaluation de la taille de la tumeur et du statut ganglionnaire pathologiques. Il permet de calculer un



Patricia de Crémoux et Bernadette Carcopino

score EpClin® de risque, bas ou élevé de rechute métastatique à 10 ans.

4 - Quels résultats délivre-t-on aux cliniciens ?

Le rendu des résultats comporte la classification du risque EP (score prédictif moléculaire), les paramètres clinico-pathologiques (taille de la tumeur et statut ganglionnaire), la classification du risque selon le score EpClin – qui intègre les données précédentes – et la détermination de la probabilité d'une rechute à 10 ans. En dessous d'un score EpClin de 3,33, le risque est faible et au-dessus il est élevé.

5 - Que coûtent les tests moléculaires et comment sont-ils pris en charge ?

Les tests prédictifs ont un coût élevé, autour de 1 500 € par test. Ils sont aujourd'hui pris en charge dans le cadre du dispositif RIHN (Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature) qui en permet l'accès dans l'attente de l'évaluation menée par la HAS sur la base des données recueillies.

6 - Quels bénéfices les tests moléculaires apportent-ils aux patientes ?

Tout l'intérêt des tests prédictifs réside dans l'aide qu'ils apportent à la décision thérapeutique. **Lorsque le risque est faible et que le clinicien ne prescrit pas de chimiothérapie, mais une hormonothérapie seule, ils offrent le bénéfice immédiat d'une meilleure tolérance du traitement et le bénéfice à long terme de l'absence des effets indésirables de la chimiothérapie.**

Ils permettent aux cliniciens, grâce à une évaluation plus précise du rapport bénéfice/risque, de définir la stratégie thérapeutique la plus adaptée à la patiente, d'altérer au minimum la qualité de vie, voire de préserver le pronostic vital lorsque la thérapeutique peut s'avérer plus lourde que la maladie elle-même.

Les tests moléculaires constituent, pour les patientes porteuses d'un cancer du sein hormonodépendant au stade précoce, comme pour leurs médecins, un progrès qui permet une désescalade de la chimiothérapie lorsqu'elle est possible.

Le site Saint-Louis a fait le choix de mettre en place le test génomique Endopredict (Myriad) qui répond aux exigences de qualité des analyses diagnostiques en biologie médicale. Son choix repose sur les résultats des études cliniques montrant son utilité et la comparaison aux autres tests disponibles.

ENVIRONNEMENT ET CANCER DU SEIN

Les perturbateurs endocriniens : de nouveaux facteurs de risque ?

Par Barbara LAURENT



Patrick Fénichel

Paroles de femmes :
"J'aurais voulu mettre sur mon agenda :
le cancer est né dans mon corps
tel jour et le rattacher
à un événement de ma vie"

En augmentation régulière à travers le monde, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. On compte 1,7 million de nouveaux de cas par an, dont plus de 54 000 en France en 2015. Quelles sont les raisons de cette pandémie ? Quelles soient d'origine hormonale, génétique ou environnementale, les causes sont bien évidemment multiples et différentes selon le continent ou le pays. Le professeur Patrick Fénichel, Chef de service d'endocrinologie et médecine de la reproduction au CHU de Nice, nous présente, au travers de nombreuses études réalisées ces dernières années, la mise en évidence de liens entre l'environnement et le développement du cancer du sein, particulièrement le rôle des perturbateurs endocriniens.

LE CANCER DU SEIN EST-IL D'ORIGINE GÉNÉTIQUE OU ENVIRONNEMENTALE ?

> Quelle part pour les facteurs génétiques ?

Le risque général de développer un cancer du sein augmente avec l'âge selon le fonctionnement hormonal. Les études montrent ainsi une baisse pour les plus de 50 ans et une hausse préoccupante pour les plus jeunes. Il est recommandé de réaliser un dépistage dès l'âge de 30 ans.

10% des cancers du sein sont attribuables à une **mutation génétique**. Celle-ci modifie la séquence d'ADN d'un gène provoquant l'éventuelle transmission d'une cellule germinale à la génération suivante : ces cancers du sein sont héréditaires.

A l'inverse, les **modifications épigénétiques** modulent l'expression de gènes qui ne sont pas fondées sur des changements dans la séquence de l'ADN. La cellule reçoit des signaux l'informant sur son environnement ; elle se spécialise au cours du développement où son activité devient agressive, nocive. Ces modifications sont induites par nos comportements (tabagisme, alimentation, alcoolisme...) et certains aspects de l'environnement favorisent le développement du cancer du sein.

> Les facteurs environnementaux dans tout cela ?

Les événements de la vie reproductive

Le risque peut également intervenir très tôt dans la vie, indépendamment de la génétique, et cela même avant la naissance.

Les risques du cancer du sein sont plus importants chez les jeunes filles ayant une **puberté précoce**, lorsque les premiers signes pubertaires débutent avant l'âge de 8 ans (l'âge moyen est 10 ans et demi). La survenue de **grossesses tardives** et la **nulliparité** sont

des facteurs liés au cancer du sein connus depuis longtemps. On parle de nulliparité lorsqu'une femme n'a jamais eu d'enfant ou qu'elle n'a pas mené sa grossesse à terme.

Enfin, l'absence de l'allaitement et le traitement hormonal de la stérilité, comme de la ménopause sont des facteurs augmentant le risque de développer un cancer du sein.

Les facteurs de mode de vie ?

Le surpoids, une mauvaise alimentation, le manque d'activité sportive, la consommation d'alcool, de tabac ou plus particulièrement l'exposition à des produits chimiques (hormones de synthèse) nuisent à la santé en général et augmentent considérablement le risque de cancer.

Ce sont autant de facteurs qui expliquent la perturbation du système endocrinien, d'où leur nom de "perturbateur endocrinien". Leur rôle est à ce jour suspecté dans l'apparition de cancers.

> On parle beaucoup des facteurs endocriniens, qu'est-ce que c'est exactement ?

Les perturbateurs endocriniens (PE) sont des substances chimiques étrangères à l'organisme d'origine naturelle ou artificielle présentes dans l'environnement. Ces molécules ou agent exogènes imitent certaines hormones humaines et altèrent ainsi le fonctionnement de notre organisme ou celui de nos descendants. Les PE interfèrent avec «la production, la sécrétion, le transport, le métabolisme, la liaison, l'action ou l'élimination des hormones naturelles» (Muller, 2007).

Parmi les multiples PE identifiés comme cancérogènes, on peut notamment citer les plus connus: bisphénol A, dioxines, phtalates, pesticides organochlorés, Distilbène ...

Que ce soit par voie alimentaire, cutanée ou respiratoire, nous sommes exposés de façon continue à de très faibles doses de multiples PE présents dans l'air, le sol, l'eau, les objets domestiques et les aliments.

> Comment réduire l'exposition à certains perturbateurs endocriniens environnementaux ?

Adopter quelques habitudes simples

- Eviter le tabagisme et la consommation d'alcool
- Eviter tout examen radio ou isotopique inutile
- Ne pas chauffer au micro-ondes dans des contenants en plastique, ni recouvrir de film plastique
- Eviter les boîtes de conserves, les cannettes
- Privilégier les bouteilles en verre
- Manger sain
- Réduire les graisses saturées animales
- Pratiquer de l'exercice physique
- Vérifier la composition des produits cosmétiques
- Ne pas peindre la chambre de l'enfant en sa présence
- Éviter d'utiliser des herbicides ou insecticides dans le jardin
- Veiller à la proximité d'exploitation agricole ou viticole



Membres du conseil d'administration d'Europa Donna France

HYGIÈNE DE VIE, SPORT, ALIMENTATION ET CANCER DU SEIN... OÙ PLACER LE CURSEUR ?

De l'assiette aux baskets : chronique d'un mode de vie adapté au cancer.

Par Delphine Franchot

Faire face au cancer n'est pas chose simple, les questions se bousculent dans la tête. Pourquoi moi ? Avais-je une mauvaise hygiène de vie ? Ai-je fait l'impasse sur des aliments qui auraient pu tenir le cancer à distance ? Est-ce le résultat de ma trop grande sédentarité ? Autant de questions auxquelles le Professeur Zelek avait pour objectif de répondre.

Laurent Zelek, Chef de service, Oncologue Médical au CHU Avicenne de Bobigny, avait la lourde tâche de démêler le vrai du faux et de faire toute la lumière sur les liens entre hygiène de vie et cancer, au premier rang de laquelle on retrouve l'alimentation. Or s'attaquer au sujet de l'alimentation au pays de la gastronomie, surtout quand on lui présume un lien avec la première cause de mortalité qu'est le cancer, ce n'est pas une mince affaire.

DE LA CROYANCE AU PRINCIPE DE RÉALITÉ !

Que nenni ! Il en fallait plus pour effrayer le docteur Zelek qui s'est attelé à la tâche avec humour afin de dédramatiser un sujet somme toute sérieux, objet de nombreuses croyances. En effet, de tout temps, l'alimentation a été investie d'un pouvoir sacré, presque divin expliquant que la religion se soit emparée du sujet pour prôner l'interdiction de certains aliments. Depuis lors, les recommandations en faveur de la consommation de tel ou tel aliment bénéfique pour la santé n'ont jamais cessé. Mais elles sont toutes battues en brèche au fil du temps et même quand elles émanent de personnage tout sauf farfelu. Il cite ainsi le Prix Nobel de médecine, Linus Pauling, qui a longtemps recommandé la consommation d'antioxydants pour limiter le risque de cancer, en particulier les vitamines C et E. Or, on sait aujourd'hui que la consommation de vitamines sous forme de compléments alimentaires, à l'exception de la vitamine D, empêche les cellules déficientes de s'autoréguler, en se détruisant en cas de mutation anormale, avec à la clé le risque que ces cellules évoluent en tumeur cancéreuse. **Consommer des vitamines en compléments alimentaires à des doses non physiologiques, c'est peut-être dans certains cas comme "vouloir éteindre un incendie avec de l'essence !".** L'image est suffisamment explicite pour que son propos soit compris par toutes et tous. Et pourtant, cela n'a pas empêché un Prix Nobel, qu'on ne peut pas taxer de charlatanisme, de se faire prendre au piège du mythe de l'aliment miraculeux. C'est tellement plus facile de croire, de se rattacher à quelque chose. **Mais la réalité est beaucoup plus complexe, selon Docteur Laurent Zelek. Le cancer du sein est multifactoriel. Il est donc illusoire de croire qu'il existe un aliment aux vertus extraordinaires qui permettrait de réduire le risque de cancer du sein. Le vrai secret réside dans une alimentation équilibrée, éventuellement saupoudrée de curcumine (dont les vertus restent à démontrer !), proche du Plan national nutrition santé (PNNS), incluant une consommation réduite de boissons alcoolisées et préconisant le plaisir nutritionnel.**



Paroles de femmes :
"Depuis que j'ai eu mon cancer
du sein, j'ai supprimé certains
aliments, avais-je raison ?"



Laurent Zelek

LE POIDS DU PLAISIR

On a tendance à l'oublier mais s'autoriser à éprouver du plaisir en mangeant permet de manger équilibré et de conserver son poids de forme. Ce qui est primordial pour préserver sa santé en général et pour prévenir la survenue d'un cancer en particulier. En effet, autant il n'y a pas de preuve de l'existence d'un aliment miraculeux, autant il est démontré que le gain de poids augmente sensiblement le risque de cancer, notamment celui du sein. Mais l'augmentation du risque reste minime, de l'ordre de 1,5 point en plus pour la prise de 5 kg. Le mécanisme est simple : la prise de poids, en développant la masse grasseuse, y compris dans le sein, a une incidence sur la synthèse oestrogénique et l'insulinorésistance qui à leur tour entraînent une accélération de la prolifération cellulaire. **A l'apparition de la moindre cellule cancéreuse, le cancer va se propager plus vite chez une personne en surpoids, alors qu'il évoluera plus lentement chez une personne de poids normal.**

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE COMME PLANCHE DE SALUT

Dans ces conditions, l'activité physique est à consommer sans modération, à part celle de ses articulations ! **En effet, il est démontré dans des études de grandes cohortes que la pratique d'une activité physique permet de réduire le risque de survenue de cancer en raison de son impact positif sur le poids et sur la sensibilité à l'insuline.** Sans compter que les bénéfices de la pratique d'une activité physique se mesurent bien au-delà du seul risque de cancer du sein.

Alors toutes à vos baskets pour vous entraîner et être toutes sur la ligne de départ de l'édition 2017 d'Odysée ! À vos marques, prêt, partez...

SITES DE RÉFÉRENCES :

- PASSEPORTSANTÉ.NET (www.passeportsante.net)
- Le Réseau NACRe (Réseau National, Alimentation, Cancer, Recherche) www6.inra.fr/nacre
- Le site e-cancer.fr, site de l'Institut national du cancer où vous pourrez télécharger la brochure "Nutrition et Cancers"
<http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Alimentation>



Orateurs de l'après-midi

QUAND "CANCER" RIME AVEC "ENFER"

L'annonce d'un cancer : comment y faire face ?

Par Margaux Delplanche

L'annonce d'un cancer provoque toujours un bouleversement dans la vie de la personne diagnostiquée malade, ainsi que dans celle de son entourage. Cet article vise à restituer la présentation du docteur en psychiatrie Christine Jean-Strochlic, Psychosomaticienne et membre formateur de la Société Psychanalytique de Paris.

Le cancer est une maladie complexe. Cette maladie fut longtemps considérée comme principalement génétique et la plupart des études scientifiques minimisaient l'impact d'autres facteurs tels que l'environnement ou l'alimentation. **Au cours des dernières décennies cependant, les chercheurs en cancérologie se sont accordés pour dire que les facteurs psychologiques pouvaient également être considérés comme autant de facteurs déclenchant de la maladie.**

"POURQUOI MOI ?"

D'après le docteur Jean-Strochlic, c'est une question récurrente chez les patientes atteintes de cancer du sein. La réponse peut se trouver dans une addition de "microtraumatismes" apparus au cours de sa vie. En effet, ces traumatismes seraient toujours liés à une perte : perte d'emploi, perte d'un proche, ou tout simplement l'enfant qui quitte le nid. Ces traumatismes peuvent paraître à priori sans importance. Pourtant, c'est précisément ce cumul de microtraumatismes, cet effet "boule de neige", qui favoriserait le développement du cancer. **Cette succession d'événements traumatiques qui peine à être reconnue par le corps médical peut générer tout de même un sentiment de culpabilité, à la fois individuel mais aussi générationnel car la question de la transmission devient une réelle angoisse.**

L'ANNONCE DU CANCER, COMMENT L'AFFRONTER

Même si la médecine a fait de grands progrès dans le traitement des cancers, cette maladie terrifie toujours. A ce titre, l'annonce d'un cancer fait l'effet d'un cataclysme, provoque un effet de sidération mentale. **La patiente est ensuite confrontée à un double stress : un stress physique, intérieur, dont le corps est la première victime, mais aussi un stress externe, c'est-à-dire un stress provoqué par l'entourage, que ce soient les médecins, la famille ou les amis.**

Face à tout cela, il y a deux façons de réagir : soit on accepte la maladie, soit on la réprime et rentre dans le déni. Le docteur Jean-

Paroles de femmes :

"Après mon burn-out puis le départ de mon mari, je n'arrivais pas à refaire surface, j'ai lâché prise"



Christine Jean-Strochlic

Strochlic remarque que chez les patientes indépendantes, autonomes, qui ont construit leur vie autour de l'item de "ne jamais se plaindre", qui ont vécu une adolescence dans la plus grande indépendance et débrouillardise avec une recherche permanente de se passer d'une quelconque aide, leur réaction est souvent similaire : tout va bien, elles ne souffrent pas (ou peut-être juste en silence). Le docteur Jean-Strochlic évoque l'exemple de la série danoise Borgen. En effet, la protagoniste vise la place de Premier Ministre, en essayant de conjuguer travail et famille. Tout explose, puis elle se découvre une tumeur dans la poitrine. Elle décide de n'en parler à personne, jusqu'au jour où elle est tellement épuisée qu'elle n'arrive plus à cacher cette double vie. On retrouve bien dans ce personnage les caractéristiques d'une femme indépendante avec une éthique de vie, et très exigeante envers elle-même.

UNE MALADIE QUI TOUCHE À NOTRE IDENTITÉ

Indépendamment de tout ce que cette maladie peut provoquer ou détruire, le cancer du sein touche à l'identité même de la femme car elle touche à ce qu'elle a peut-être de plus féminin en elle : sa poitrine. Alors que la poitrine fait référence à la maternité, à la sexualité ou même au désir, le cancer, lui, renvoie à des éléments opposés comme la mutilation, la souffrance et la mort. Alors lorsque le cancer s'immisce dans la vie d'une femme, il est tout à fait légitime de se sentir submergée, voire transformée. Cette angoisse persiste lors de l'arrêt du traitement. Les patientes sont très entourées lorsqu'elles sont soignées ou prises en charge à l'hôpital. En revanche, quand le traitement doit s'arrêter, ces patientes se retrouvent seules face à la maladie, face à elles-mêmes, mais aussi, comme l'a écrit Mathias Malzieu*, poète fondateur du groupe Dionysos, face à "Dame Oclès" et son épée.

Ces formes qui représentent l'essence de la féminité, cette indépendance et cette autonomie, en somme ces aspects de notre personnalité, se retrouvent chamboulés par la maladie.

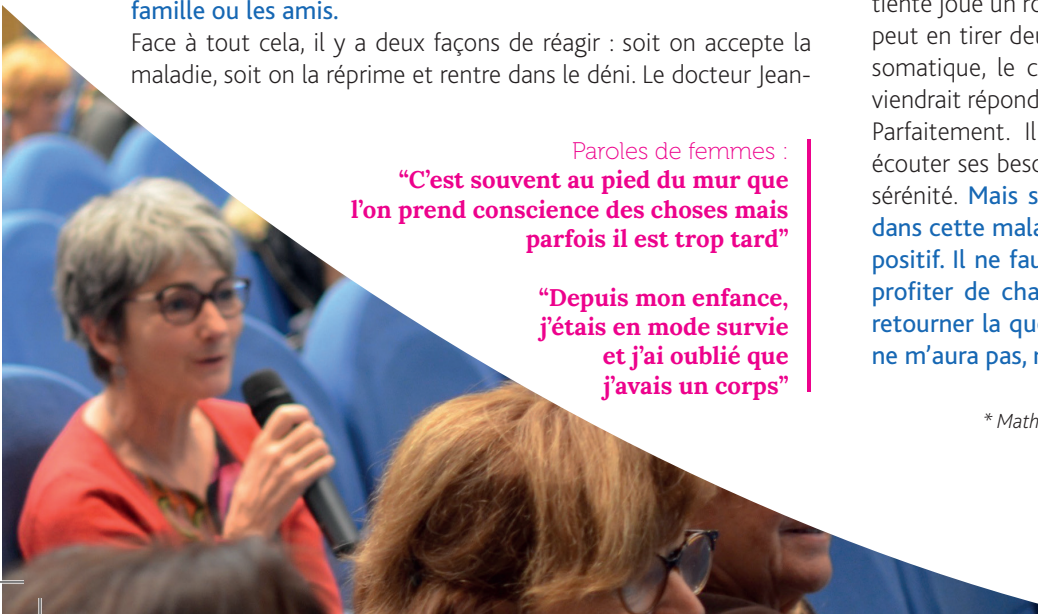
NE JAMAIS PERDRE ESPOIR

Tel qu'expliqué au début de cet article, si la psychologie de la patiente joue un rôle clé dans le développement du cancer, alors l'on peut en tirer deux conclusions. Tout d'abord, de par son caractère somatique, le cancer peut être perçu comme une solution qui viendrait répondre à un ensemble de traumatismes. Une solution ? Parfaitement. Il pourrait permettre d'apprendre à s'écouter, à écouter ses besoins, ou bien permettre de réadopter une certaine sérénité. **Mais surtout, si le psychisme a quelque rôle à jouer dans cette maladie, alors il faut tout faire pour que ce rôle soit positif. Il ne faut pas se démotiver, il faut se battre et surtout profiter de chaque petit moment. Alors, peut-être faudrait-il retourner la question "pourquoi moi ?" en "pourquoi le cancer ne m'aura pas, moi !".**

* Mathias Malzieu (2016) *Journal d'un vampire en pyjama*. Albin Michel.

Paroles de femmes :
"C'est souvent au pied du mur que l'on prend conscience des choses mais parfois il est trop tard"

"Depuis mon enfance, j'étais en mode survie et j'ai oublié que j'avais un corps"



MON CANCER DU SEIN, POURQUOI MOI ? QUEL TRAITEMENT CHOISIR ?

Ou comment prendre ensemble la bonne décision ?

Par Mélanie Morisset

Du raisonnement médical à la décision thérapeutique, le choix du traitement n'est pas chose facile et chaque acteur du corps médical, comme nous l'explique Suzette Delaloge, Oncologue à l'Institut Gustave Roussy de Villejuif, ainsi que la patiente y projettent leurs propres attentes et objectifs. Au-delà de la formalisation des discussions entre différents spécialistes et de l'élaboration d'une proposition de prise en charge, le processus de décision est complexe et réside dans la relation de confiance établie entre la patiente et son médecin.

Le meilleur traitement n'est pas toujours le meilleur traitement au sens scientifique ou médical. Il faut évidemment prendre en compte le rapport bénéfice-risque à l'échelle individuelle, savoir identifier le meilleur traitement d'aujourd'hui, et pas celui d'hier, et in fine identifier la solution avec laquelle la patiente se sentira le plus en confiance.

UNE PROPOSITION PERSONNALISÉE

Après l'identification précise de la situation médicale et des souhaits de la patiente, vient l'étape obligatoire de discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) qui va émettre une proposition de programme personnalisé de soin pour chaque patiente au regard des éléments rapportés par son médecin. Les éléments décisionnels s'appuient sur la patiente elle-même et les caractéristiques de sa maladie. La biologie a une part importante dans la décision puisque le cancer du sein reste une maladie hétérogène. En effet, pour des tumeurs qui semblent identiques, la biologie peut faire envisager des traitements bien différents. Pour chaque type de traitement proposé (chirurgie, radiothérapie adjuvante, chimiothérapie adjuvante, hormonothérapie adjuvante, etc.), la RCP veillera à mesurer le bénéfice attendu.

L'avis de la RCP est établi à partir d'arbres décisionnels, avec les niveaux de preuve correspondants. La possibilité de remboursement ainsi que le niveau d'accès aux soins sont également pris en considération.

DES RÉFÉRENTIELS DE "RÉFÉRENCE" ?

Les décisions médicales s'appuient sur des recommandations de prise en charge, appelées référentiels. Ils peuvent être internationaux, européens, parfois français. Pourtant, même si la très grande majorité des oncologues dit s'appuyer sur des recommandations, chacun reste libre de choisir son référentiel "de référence" : cela va des recommandations des sociétés savantes internationales jusqu'au référentiel local. Ces référentiels ne sont donc pas identiques en termes de qualité. D'autre part, malgré les progrès de la science, il existe encore des zones d'incertitude et certaines situations cliniques ne sont pas couvertes. **Ainsi, chaque patiente et chaque tumeur sont uniques et les médecins sont parfois face à des situations intermédiaires où l'on ne sait pas quoi faire, pour lesquelles la science n'a pas encore de réponse tranchée.**

"Pour exercer son pouvoir de guérison, toute parole requiert de naître et de vivre dans un espace où le patient existe comme sujet. Et non pas comme objet. À cette condition seulement, l'annonce de la maladie ou des traitements devient un dialogue et un échange constructif, porteur d'espoir sur le chemin semé d'embûches et d'incertitudes de la guérison"

Cancer du sein, entre raison et sentiment

Dominique Gros, médecin sénologue

UNE DÉCISION PARTAGÉE

En s'appuyant sur les données scientifiques, la RCP émet donc une proposition mais **la décision médicale finale doit être partagée entre le médecin et sa patiente**. Lors d'une consultation, la patiente reçoit cette proposition qui lui est expliquée, décryptée par son médecin. L'information qui est donnée doit être la plus claire et honnête possible. Le discours médical doit savoir s'adapter à la patiente et à ce qu'elle veut réellement savoir : en dire suffisamment sans en dire trop. Un temps de discussion, de réflexion, de questionnement, de partage est souvent nécessaire avant la prise de décision. Parfois de nouvelles propositions sont même mises en place. Et c'est bien la patiente qui prendra la décision finale de traitement.

Cependant, en pratique, l'information médicale qui vient directement de son médecin, n'est qu'une voie de communication. L'entourage, bien que bienveillant, rend parfois les choses compliquées. Il y a aussi les médias, réseaux sociaux, croyance, marketing, et autres avis qui peuvent brouiller le message. Cette décision partagée est par conséquent difficile. Les difficultés viennent à la fois du médecin, restant parfois ancré dans le modèle paternaliste, se culpabilisant et ayant du mal à adhérer aux décisions prises, et de la patiente, souvent non préparée à prendre une telle décision, manquant de confiance en elle, et pouvant se sentir abandonnée par le corps médical.

Finalement, quelle que soit la décision prise, il est important que les médecins apprennent à aller dans le sens de leurs patientes et à les soutenir en adhérant à leur décision finale. Ainsi, les patientes seront rassurées et pourront aborder les traitements avec confiance.



Suzette Delaloge

Paroles de femmes :

"L'important pour moi est de me sentir en confiance avec mon oncologue"

OCTOBRE ROSE

édition 2016
Nos actions en région

AQUITAINE-LIMOUSIN-POITOU-CHARENTE

De nombreuses activités près de Bordeaux en ce mois d'Octobre.

BOURGOGNE-FRANCHE -COMTÉ

Les bénévoles d'Auxerre toujours très présentes en ce mois d'Octobre Rose.

Auvergne-Rhône-Alpes

Le point fort de la délégation est de répondre présente aux sollicitations des acteurs "Octobre rose". Nous prenons alors la parole afin de défendre le dépistage organisé, promouvoir une détection précoce et sensibiliser les femmes à la prévention du cancer du sein, au prendre soin de soi. Nous avons donc honoré, dans la mesure de nos ressources humaines, nos partenariats – ADÉMAS69, la ville de Villeurbanne, le projet Vénus... sans oublier les manifestations sportives, culturelles ou solidaires et bien sûr celles organisées dans les établissements de soins ou sur les marchés (2).

Combien de petits bracelets en coton rose "prenez soin de vos seins" avons-nous attaché au poignet des femmes - se comptent en kms... !



GRAND EST

Durant Octobre Rose nous avons tenu 2 stands d'information en Alsace.

À Haguenau, où a eu lieu la 1^{ère} course avec 5000 participantes "La Haguenauvienne". Nous avons eu un accueil très chaleureux par un public de tous les âges. Nous avons aussi été présentes au Centre Paul Strauss pour informer des patientes et professionnels de santé lors de la conférence "Mode de vie et cancer" qui a eu un franc succès.



PAYS DE LA LOIRE - ANGERS

Un mois d'Octobre très Rose pour la délégation angevine d'Europa Donna. Pas un weekend sans une animation contre le cancer du sein.

Tout a commencé par une "foulée pour la vie" en soutien à la recherche et c'est 11 000€ récoltés au profit de l'ICO Paul Papin. C'est ensuite un enchaînement de manifestations au cours desquelles nous avons pu rencontrer des femmes touchées par le cancer et prendre des contacts pour les accompagner tout au long de leur parcours de soin. Ce fut également l'occasion pour nous, association contre le cancer, d'insister sur l'importance du dépistage organisé. Il faut savoir que les Pays de la Loire et le département du Maine et Loire sont de très bons élèves avec un taux qui dépasse les 64% de participation pour le Maine et Loire en 2015. De là à penser que des associations très militantes comme la nôtre mais également Cap santé 49, La Ligue contre le cancer et Vivre Comme Avant contribuent à cette participation importante, il n'y a qu'un pas !



PAYS DE LA LOIRE - NANTES

Un mois d'Octobre Rose intense qui nous a permis de communiquer sur l'importance du dépistage, de la nécessité de soutenir Europa Donna et de proposer à nos patientes des moments de grande liberté.

Octobre Rose en Loire-Atlantique a commencé le 24 septembre par la participation de 21 femmes Europa Donna au Baptême en Harley Davidson. Puis se sont enchaînés : Le week-end : le Sein Graal, collecte au profit d'Europa Donna organisée par les Ladies du Chapter Nantes Océan France Harley. Ont suivi, notre présence et collecte au vide-dressing de Barbechat organisé par l'association "La penderie de Folie", notre 1^{ère} participation d'Europa Donna 44 au forum associatif de l'ICO Gauducheau, et enfin notre participation au Forum "Image des Femmes et cancer du sein" financé par Any d'Avray.



ILE-DE-FRANCE

De nombreuses activités en ce mois d'octobre nous ont permis de soutenir l'importance de prendre soin de ses seins à tout âge de la vie et de l'intérêt de participer, pour les femmes dès 50 ans, au dépistage organisé. Car n'oublions jamais qu'un cancer dépisté tôt est un cancer qui se soigne.

Tout a commencé le 29 septembre avec la manifestation "Voyage au cœur du sein" organisée Place de la République qui a remporté un très grand succès, puis ce furent les manifestations organisées dans les établissements Hospitaliers (stands et/ou conférences) à Saint Louis/Paris, Hartmann/Neuilly, Avicenne/Bobigny, Salpêtrière/Paris, institut Curie/Paris, Franco-Britannique/Levallois, George Pompidou/Paris, Deuil la Barre...



EUROPA DONNA FORUM 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

Ghislaine LASSERON

TRÉSORIÈRE

Ghislaine LECA-GRENET

TRÉSORIÈRE ADJOINTE

Agnès DRAGON

ADMINISTRATEURS

Bernadette CARCOPINO

Martine CASTRO

Catherine CERISEY

Sylvie DANTEC

Laure GUÉROULT-ACCOLAS

Martine LANOÉ

Elisabeth MARNIER

Giovanna MARSICO

Fabienne RENAUD

Elisabeth VOISIN

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)

EPIDEMIOLOGISTE :

Pascale GROSCLAUDE
(Oncopôle Toulouse)

GENERALISTE :

Jean GODARD (val de Saône)

GENETIQUE MOLECULAIRE :

Nicolas SEVENET
(Institut Bergonie Bordeaux)

GYNECOLOGUE MEDICAL :

Pia de REILHAC (Nantes)

GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN :

Israël NISAND (CHRU Strasbourg)

INFIRMIERE :

Catherine DESMEULES
(Hôpital privé des Peupliers, Paris)

ONCOLOGUES :

Mario CAMPONE (Institut de
Cancérologie de l'Ouest Nantes),
Marc ESPIÉ (Hôpital St Louis Paris),
Véronique TRILLET LENOIR
(Hospices civils de Lyon)

ONCO GENETICIEN :

François EISINGER
(Institut Paoli Calmette Marseille),
Catherine NOGUÈS
(Institut Paoli Calmette Marseille)

PHARMACIEN :

Béatrice CLAIRAZ MAHIOU
(Chatenay-Malabry)

PSYCHIATRE :

Sarah DAUCHY
(Institut Gustave Roussy, Villejuif)

RADIOLOGUE :

Jean-Yves SEROR (Paris),
Anne TARDIVON (Institut Curie Paris)

RADIOTHERAPEUTE :

Daniel SERIN
(Institut St Catherine Avignon)

SOINS DE SUPPORT :

Claude BOIRON (Institut Curie Paris)

NOS DÉLÉGATIONS



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

www.europadonna.fr

et joindre la délégation la plus proche de votre domicile :

• PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Marseille : 06 26 81 36 79

• GRAND-EST

Strasbourg : 06 48 27 23 08

• AQUITAINE-LIMOUSIN

-POITOU-CHARENTE
Bordeaux : 06 11 90 12 20

• NORMANDIE

Caen : 02 31 45 50 36

• BOURGOGNE-FRANCHE

-COMTÉ

Auxerre : 06 30 94 82 74

• CENTRE-VAL-DE-LOIRE

Orléans : 02 38 56 66 02

• ILE DE FRANCE

Evry : 06 82 95 94 24
Paris : 01 44 30 07 66

• MIDI-PYRÉNÉES

-LANGUEDOC ROUSSILLON
Nîmes : 06 23 07 52 37

• HAUTS-DE-FRANCE

Lille : 06 10 75 27 37

• PAYS DE LA LOIRE

Angers : 06 82 30 60 21
Nantes : 06 80 32 58 51

• AUVERGNE- RHÔNE-ALPES

Lyon : 06 81 26 90 14

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 Forum France, ou partenaires exceptionnels, sans lesquels nous ne pourrions mettre en œuvre ni mener à bien nos actions :

AMGEN, ANY D'AVRAY, ASTRA ZENACA, CENTRE D'ART SPACE JUNK, CARLSON REZIDOR, COURIR POUR ELLES, EISAI, HARLEY-DAVIDSON, HELLO PHARMACIE, LILLY, NOVARTIS, PFIZER, RALLYE CŒUR D'ARGAN, ROCHE, SANOFI, TOUNETT, PL CRAPONNE, VENUS... et tous les donateurs exceptionnels.

Les Nouvelles d'Europa Donna,
Association contre le cancer du sein,
est éditée par Europa Donna Forum
France

Directrice de la publication :

Natacha Espié

Directrice de la rédaction :

Florence Etterlen

Ont participé à la rédaction :

Margaux Delplanche, Florence Etterlen,

Delphine Franchot, Lise Gosselin,
Barbara Laurent, Sylvie Le-Couturier,
Mélanie Morisset, Françoise Pinto.

Crédit Photos : Lucile Corbeille

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 vendredi de 8h à 20h contact@europadonna.fr

Bulletin d'adhésion 2017

DON DE SOUTIEN

☐ 30 euros

☐ 50 euros

☐ autre.....

Nom Prénom.....

Adresse

..... Téléphone

E-mail Profession

A renvoyer à : **EUROPA DONNA FRANCE** 14 rue Corvisart - 75013 Paris

Accompagné de votre règlement à l'ordre de **EUROPA DONNA FRANCE**

La somme versée donne droit à une réduction d'impôt (dans la limite de la législation en vigueur). Vous recevrez un reçu fiscal à joindre à votre déclaration.