



pour la vie

INFORMATION
& PRÉVENTION

Le cancer du sein

G R A N D P U B L I C

Le cancer du sein

Aujourd'hui, en France, comme dans de nombreux pays à niveau de vie élevé, le cancer du sein est, chez la femme, le cancer le plus fréquent¹.

On diagnostique, chaque année, environ 42 000 nouveaux cas et l'on dénombre 11 000 décès.

Un cancer du sein peut survenir chez un homme, mais cette situation reste exceptionnelle.

Comme pour la majorité des cancers, le risque d'en être atteinte augmente avec l'âge. Moins de 10 % des cancers du sein surviennent avant 40 ans ; l'incidence* augmente ensuite régulièrement jusqu'à l'âge de 65 ans. Ces données justifient la tranche 50 / 74 ans retenue pour le dépistage organisé du cancer du sein, dépistage reposant sur une mammographie tous les deux ans.

Les facteurs de risque

Les causes du cancer du sein ne sont pas connues, mais on a pu identifier quelques facteurs de risque qui peuvent agir conjointement pour favoriser le développement d'un cancer :

> Les mastopathies* bénignes

Certaines mastopathies bénignes ont une propension plus grande que d'autres à se transformer en cancer. Ces lésions bénignes, dont la majorité le resteront, sont bien connues des médecins qui proposent aux femmes qui en sont atteintes une surveillance et

* cf glossaire p.13

(1) Ce classement est cependant susceptible d'être remis en cause du fait de la forte augmentation du tabagisme chez les femmes ; dans certains pays comme les Etats-Unis, le Royaume-Uni ou le Danemark, le cancer du poumon est passé devant le cancer du sein en nombre de décès annuels.

éventuellement un traitement radical (exérèse* chirurgicale des lésions bénignes susceptibles de dégénérer en cancer).

> La vie reproductive (fécondité)

Les femmes qui n'ont pas eu d'enfant, ou ont eu leur première grossesse tardivement (après 30 ans), ont un risque sensiblement doublé de développer un cancer du sein, par rapport à celles ayant eu au moins un enfant avant 30 ans.

> L'alimentation, l'obésité

L'effet le plus net est celui de la quantité de calories absorbées : plus elle est élevée, plus le risque augmente ; il peut ainsi être multiplié par 1.5 ou 2 pour les consommations les plus élevées. L'obésité, pour les cancers survenant après la ménopause, une consommation relativement importante d'alcool (équivalent de 1/2 l à 1 l de vin par jour), la faible consommation de fruits et de légumes sont également suspectées d'augmenter le risque, alors que l'exercice physique régulier serait protecteur. Mais toutes ces données ne sont valables que sur un plan statistique et non pas individuel.

> Les risques familiaux

Ils sont de deux ordres :

- Simple susceptibilité familiale : on retrouve plusieurs cas dans la famille, mais sans transmission systématique. Il s'agit plutôt de transmission de certains facteurs de risque : hypofécondité, tendance à avoir une mastopathie bénigne, obésité... Dans ces familles, les risques sont multipliés par 2 à 3.
- Prédilection génétique forte : dans environ 5 à 8 % des cas, un gène anormal, dit "muté" est susceptible d'être transmis d'une génération à l'autre. Dans ce cas, les risques encourus par les femmes d'une famille dans laquelle un gène prédisposant est présent (gène BRCA1 ou

* cf glossaire p.13

BRCA2) dépendent du fait qu'elles ont ou non hérité du gène anormal. Si elles n'ont pas le gène, leur risque est le même que celui des femmes n'ayant pas de prédisposition au cancer du sein ; mais parmi celles qui sont porteuses du gène, 7 à 8 sur 10 pourront développer un cancer du sein.

On soupçonne cette transmission génétique si dans une même famille on observe des cancers du sein, mais aussi parfois des ovaires ou du côlon, chez des femmes et plusieurs de leurs parentes proches, dont l'une au moins est du 1^{er} degré (mère, soeur, fille). Ces cancers surviennent en règle générale dans la première partie de la vie. Si tel est le cas (et la preuve peut être apportée par un examen génétique), les parentes exposées doivent faire l'objet d'une surveillance particulièrement étroite.

Malheureusement, les tests de recherche d'un gène muté ne peuvent donner de certitude que s'ils sont positifs. C'est dire que c'est un acte qui demande réflexion, qui ne s'adresse qu'aux familles des femmes dont l'histoire signe une origine héréditaire confirmée par une consultation d'oncogénétique. Ces tests ne sont effectués que par des laboratoires spécialisés.

Qu'en est-il des traitements hormonaux prescrits soit à titre de contraception, soit à titre de traitement substitutif de la ménopause ?

Pour les contraceptifs oraux (CO), la somme des études faites aux États-Unis, avec des produits différents de ceux utilisés en France, conclue à une augmentation minime du risque (+ 14 %). Le risque serait un peu plus élevé (+ 20 %) pour les femmes ayant pris des CO pendant plus de 5 ans avant une première grossesse.

Pour le traitement hormonal substitutif de la ménopause* (THS), tous les THS ne semblent pas augmenter de la même façon le risque de cancer du sein. Des travaux récents ont mis en évidence

* cf glossaire p.13

un sur-risque de cancer du sein chez les femmes ayant recours à un THS estro-progestatif. Pour le THS faisant appel aux estrogènes seuls, des études sont encore nécessaires. Alors, faut-il systématiquement bannir les THS ? Non, estiment les experts, mais il faut en réserver l'usage sur une courte durée et uniquement dans l'objectif de lutter contre les troubles climateriques* durant la période de ménopause. Bien sûr, dans tous les cas, il faut mettre en balance les avantages et les risques. La décision d'utilisation doit se faire conjointement entre les femmes et leur médecin traitant, après une information claire, non partisane.

Le dépistage

Étant donné nos connaissances limitées sur les facteurs de risque (cf ci-dessus), on ne peut, à l'heure actuelle, empêcher la survenue d'un cancer du sein. En revanche, on peut le détecter lorsqu'il est de très petite taille (moins d'un cm de diamètre) grâce à la mammographie réalisée dans le cadre d'un suivi régulier, et accroître ainsi les chances de guérison, tout en bénéficiant de traitements moins lourds (moins de chirurgie mutilante, moins de chimiothérapie).

On appelle dépistage le fait de mettre en évidence, par la mammographie, un cancer du sein encore "muet", c'est-à-dire sans signe extérieur de sa présence. On sait en effet qu'un certain nombre de cancers peuvent être visibles sur une mammographie avant même de provoquer des symptômes. D'où la généralisation, dans le cadre du Plan Cancer, du dépistage du cancer du sein : aujourd'hui, sur tout le territoire, les femmes entre 50 et 74 ans sont invitées à bénéficier, tous les deux ans, d'une mammographie prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie (sans avance de frais).

* cf glossaire p.13

Le dépistage organisé du cancer du sein ⁽²⁾

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein propose à toutes les femmes de 50 à 74 ans, un examen mammographique qui comprend deux clichés par sein, complété d'un examen clinique et d'un questionnaire médical qui permettra au radiologue de connaître leurs antécédents familiaux et personnels.

Si les premiers clichés sont difficiles à lire, le radiologue peut les compléter de clichés supplémentaires ou d'une échographie. A la suite de cet examen, le radiologue vous donnera oralement une première interprétation de l'examen. Si cette première interprétation ne révèle aucune anomalie, elle sera vérifiée systématiquement par un second lecteur. Les résultats définitifs vous seront transmis sous une quinzaine de jours, ainsi qu'à votre médecin traitant. En cas d'anomalie à la première lecture, le radiologue procédera immédiatement à des examens complémentaires (clichés supplémentaires agrandis, échographie...).

À partir de 50 ans, vous recevrez, tous les deux ans, une invitation pour une mammographie gratuite ⁽³⁾, avec la liste des radiologues de votre département participant au dépistage organisé du cancer du sein. Votre généraliste ou votre gynécologue peuvent répondre à vos interrogations sur cet examen.

Bien évidemment, les femmes ayant un risque particulier (antécédent de lésion bénigne, antécédent familial de cancer du sein) seront particulièrement surveillées, en dehors du cadre du programme de dépistage organisé.

(2) Pour connaître les coordonnées de la structure de gestion du programme de dépistage organisé du cancer du sein dans votre département, consultez le www.rendezvousanteplus.net ou renseignez-vous auprès de votre caisse d'assurance maladie.

(3) La mammographie de dépistage effectuée dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein est gratuite, sans avance de frais. En revanche, les examens complémentaires (échographie, cytoponction...) destinés à établir le diagnostic sont payants. Ils vous seront remboursés à 70 % par votre caisse d'assurance maladie.

Le dépistage mammographique a fait les preuves de son efficacité. Les résultats de nombreuses études ont montré qu'il permet de réduire la mortalité par cancer du sein de l'ordre de 30 % chez les femmes qui participent aux programmes de dépistage, par rapport aux femmes qui n'ont aucun dépistage.

La mammographie est une radiographie des seins permettant de déceler des anomalies, souvent plus visibles après la ménopause. Elle peut permettre de découvrir des cancers avant même qu'ils ne soient palpables.

Avant la ménopause (c'est-à-dire environ 50 ans), le dépistage systématique n'a pas fait les preuves de son efficacité car les anomalies suspectes sont plus difficiles à sélectionner, et les inconvénients (biopsies* inutiles) paraissent supérieurs aux avantages.

Les symptômes du cancer du sein

La palpation du sein doit faire partie de l'examen gynécologique annuel que devrait faire pratiquer toute femme dès le début de l'activité sexuelle.

En raison de sa situation anatomique, le sein est facile à palper, surtout s'il est de volume moyen ou petit. Dans la plupart des cas, le cancer se manifeste cliniquement par une grosseur que l'on peut découvrir à partir de 1 cm de diamètre environ (nodule plus ou moins profond, dur). Ce nodule n'est habituellement pas douloureux. Mais toute anomalie récente doit également attirer l'attention :

- > une fossette ou une ride creusant la surface du sein,
- > un aspect de "peau d'orange",
- > une déformation du mamelon le rétractant vers l'intérieur,

* cf glossaire p.13

- > un aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, croûteux ou érodé,
- > un écoulement mamelonaire, surtout s'il est sanglant ou noirâtre.

La constatation de l'un quelconque de ces signes impose une consultation médicale sans retard. Le médecin jugera des examens complémentaires nécessaires.

Le diagnostic

- > La mammographie est l'examen radiologique de base qui permet d'analyser la structure mammaire. Elle est indiquée devant toute anomalie clinique. Cette radiographie, associée à une échographie, permet en particulier de reconnaître immédiatement les kystes* liquides. Les techniques ont largement progressé et les doses d'irradiation délivrées lors d'un examen sont minimales. Plusieurs clichés sont réalisés, avec un éventuel grossissement de la zone suspecte.
- > L'échographie* est **complémentaire, mais ne peut jamais remplacer la mammographie. Elle peut** aider à localiser l'anomalie pour faciliter un prélèvement, ou à reconnaître un kyste liquidien.
- > Lorsqu'il s'agit d'un kyste, une ponction à l'aiguille **fine** peut permettre d'en vider le contenu et assurer ainsi sa régression. Il s'agit d'un geste simple, non douloureux, ne nécessitant pas d'anesthésie locale. Si la grosseur est solide, l'aiguille peut ramener des cellules qui seront examinées au microscope. Il s'agit d'un cyto-diagnostic*.
- > Si l'ensemble de ces examens ne permet pas de s'assurer que l'anomalie est parfaitement bénigne,

* cf glossaire p.13

il est nécessaire d'envisager un **prélèvement**, le plus souvent par une grosse aiguille (trocart). Ces prélèvements peuvent être réalisés sous anesthésie locale, sans hospitalisation.

Les techniques de prélèvement à visée diagnostique d'une tumeur se sont perfectionnées (biopsies* dirigées et biopsies assistées par aspiration).

Mais, bien souvent, devant une petite tumeur solide, l'ablation chirurgicale s'impose, au cours de laquelle un examen histologique (microscopique) sera réalisé, qui établira le diagnostic.

Les traitements

Pour guérir le cancer du sein localisé, on fait essentiellement appel à la chirurgie et à la radiothérapie. D'autres traitements, que l'on appelle adjuvants*, viennent parfois compléter les premiers traitements et consolider le résultat en protégeant des rechutes : ce sont les thérapeutiques hormonales ou anti-hormonales et les chimiothérapies.

Le choix des différentes méthodes de traitement tient compte de nombreux facteurs pour s'adapter à chaque patiente. Ces facteurs sont variables : âge de la patiente, taille et localisation de la tumeur, état des ganglions, aspect et agressivité des cellules (appréciés par le grade*), sensibilité aux hormones secrétées par l'ovaire (hormono-dépendance), appréciée par la présence sur les cellules de récepteurs hormonaux.

* cf glossaire p.13

La chirurgie reste l'acte principal.

Dans un grand nombre de cas, l'ablation du sein (mastectomie) peut être évitée et on enlève alors largement la tumeur en gardant le reste de la glande mammaire. Mais il est des cas où l'ablation du sein est nécessaire : il peut s'agir d'une tumeur trop volumineuse pour être retirée en conservant le sein, de tumeurs multiples ou encore d'un cancer ayant déjà diffusé à l'intérieur des petits canaux intramammaires. L'ablation du sein est devenue beaucoup moins mutilante car elle conserve les muscles pectoraux. Elle pourra être suivie, soit dans le même temps opératoire, soit le plus souvent de façon retardée, par une reconstruction. Cette reconstruction doit faire l'objet d'un échange approfondi avec la patiente qui en prendra, ou non, la décision ⁽⁴⁾.

Dans tous les cas, un prélèvement sera réalisé au niveau des ganglions de l'aisselle (curage axillaire) pour permettre d'apprécier si la tumeur est strictement limitée à la glande mammaire ou si, au contraire, ce cancer a commencé à essaimer (risque de métastase). Le curage axillaire n'est pas dépourvu d'inconvénients post-opératoires. Il entraîne fréquemment des problèmes de drainage lymphatique du bras du côté opéré, se traduisant par un gros bras. Pour limiter cette complication et ses conséquences, dans certaines conditions (petite tumeur, pas de ganglion palpable), le chirurgien peut proposer de repérer le premier ganglion qui draine la région de la tumeur par un examen préalable (marquage par colorant ou corps faiblement radioactif) et ablation de ce seul ganglion. Si on retrouve des cellules cancéreuses dans ce ganglion, on complétera le curage axillaire ; si au contraire ce ganglion n'est pas envahi par des cellules cancéreuses, le curage axillaire ne sera pas nécessaire. Cette technique est celle du ganglion sentinelle.

(4) Pour en savoir plus, vous pouvez vous procurer la brochure "La reconstruction du sein après un cancer : les prothèses mammaires » éditée par la Ligue contre le cancer.

La nécessité de la mastectomie n'est pas forcément en relation avec la gravité de la maladie mais le plus souvent avec la situation du cancer ou son étendue dans les différents canaux galactophores (canaux qui amènent le lait).

Si la lésion n'a pas traversé la paroi de ces canaux et n'a donc pas envahi les autres tissus, on parle de cancer "in situ".

Les traitements adjuvants*

Ils ont pour objet d'éviter d'éventuelles rechutes.

> **La radiothérapie** est un traitement loco-régional qui doit détruire d'éventuelles cellules restées en place. Elle s'impose si on a gardé le sein, de nombreuses études montrant que la radiothérapie permet de diminuer les risques de récurrence locale de la tumeur.

Un traitement médical adjuvant est souvent associé.

> **L'hormonothérapie** est généralement administrée sous forme de comprimés, parfois d'injections ; elle est indiquée dans les cancers hormono-dépendants* (présence de récepteurs hormonaux dans le tissu tumoral). Ce traitement est le plus souvent très bien supporté mais des effets secondaires graves (thromboses, ostéoporose), heureusement très peu fréquents, peuvent se voir. Il dure 5 ans, repose généralement sur la prise quotidienne d'un comprimé de tamoxifène qui reste le traitement hormonal de référence.

Une nouvelle classe de médicaments a fait son apparition : ce sont les anti-aromatases qui s'opposent à la sécrétion d'estrogènes mais ne s'adressent qu'aux femmes ménopausées.

> **La chimiothérapie** peut être nécessaire : on l'administre en injections une ou deux fois par mois pendant une moyenne de six mois.

* cf glossaire p.13

Son but est de détruire des cellules cancéreuses qui n'auraient pas été arrêtées au niveau des ganglions axillaires et qui pourraient être à l'origine de métastases. Ses inconvénients (notamment fatigue, nausées, chute temporaire des cheveux), dépendent de la nature des produits utilisés ; tous les médicaments utilisés ne provoquent pas de chute des cheveux et il faut savoir que les effets secondaires tels que les nausées ou les vomissements sont de mieux en mieux maîtrisés par des anti-émétiques modernes (les sétrons et très récemment, les antiNK1). Parmi les différents médicaments chimiothérapeutiques, certains ont fait leur preuve dans le cadre du traitement adjuvant du cancer du sein et constituent le protocole de référence. Mais, grâce à la recherche pharmaceutique, d'autres produits apparaissent et font aussitôt l'objet d'études cliniques. Les progrès sont ainsi permanents sans pour autant être toujours spectaculaires d'une année sur l'autre.

APRÈS LE TRAITEMENT

La reprise de la vie sociale et professionnelle est importante. Il arrive qu'une modification de poste soit nécessaire, notamment dans les professions demandant le port de charges lourdes. La reprise de l'activité sportive se fera avec les conseils du médecin.

La surveillance

Après avoir été traitée, il est indispensable que la patiente soit suivie et examinée régulièrement, par des spécialistes, mais également par son médecin traitant. Si la multiplication des examens n'est pas nécessaire, la mammographie annuelle est indispensable. Elle sera associée à d'autres examens définis en fonction de chaque cas.

EN CONCLUSION

La prise en charge du cancer du sein a beaucoup évolué ces dernières années :

- > on le diagnostique à un stade plus précoce,
- > on sait mieux "personnaliser" les traitements, grâce à certains examens pratiqués sur la tumeur, et à la prise en compte des aspirations des patientes,
- > on dispose de méthodes de traitement plus efficaces, sans cesse enrichies de traitements novateurs,
- > enfin, la détresse psychologique qui accompagne souvent un tel diagnostic est mieux comprise, et souvent mieux prise en compte, bien que des progrès restent à faire dans ce domaine.

Brochure rédigée par le Pr Henri Pujol,
le Pr Hélène Sancho-Garnier
et le Dr Françoise May-Levin
(Ligue nationale contre le cancer)
Septembre 2002 - Mise à jour en février 2006 par
le Dr Alain Trébuçq et le Dr Laurent Zelek (oncologue,
CHU Henri Mondor, Créteil)

Glossaire

Biopsie :

prélèvement limité d'un tissu, afin de l'examiner au microscope.

Cancer hormonodépendant :

certains cancers sont stimulés par les hormones sécrétées par l'ovaire (estrogènes). On reconnaît ces tumeurs au fait que les cellules tumorales possèdent des "récepteurs hormonaux" sur lesquels se fixera l'hormone. Les traitements hormonaux viseront donc à minimiser la fixation des hormones sur la cellule (anti-estrogènes) ou à empêcher leur sécrétion.

Cytodiagnostic :

diagnostic établi sur l'examen microscopique des cellules, et non pas d'un tissu. Ces cellules peuvent être recueillies soit par ponction, soit par frottis. Un cytodiagnostic négatif ne permet pas d'exclure totalement le diagnostic de cancer.

Echographie :

méthode d'imagerie à l'aide d'ultrasons.

Exérèse :

ablation chirurgicale d'une tumeur.

Grade :

classification pronostique faite sur les constatations de l'examen au microscope de la tumeur. Le grade apprécie l'agressivité des cellules : il y a 3 grades de gravité croissante.

Incidence :

nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population, pendant un temps donné.

Kyste :

tuméfaction dont le contenu est liquidien. Les kystes mammaires peuvent s'observer à tout âge, mais plus volontiers à partir de 40 ans. Ils sont souvent multiples et bénins. Mais un kyste dont le contenu est sanglant doit être enlevé chirurgicalement.

Mastopathie :

terme générique désignant toute modification de la glande mammaire.

Traitement adjuvant :

traitement complémentaire administré après la chirurgie ou la radiothérapie. Il s'agit de traitements visant à détruire les cellules cancéreuses qui peuvent être disséminées à distance du sein. Ces traitements ont largement fait la preuve de leur efficacité. Il peut s'agir aussi bien de chimiothérapie que de traitement hormonal ou de radiothérapie post-chirurgicale.

Traitement substitutif de la ménopause :

ce sont des traitements consistant à remplacer, par des médicaments, les hormones ovariennes qui ne sont plus sécrétées après la ménopause (estrogènes et progestatifs).

Troubles climatiques :

(climatère = période des changements endocriniens, physiques et psychologiques qui survient à la ménopause). Les troubles climatiques ne sont pas graves en eux-mêmes et ne présentent pas de danger pour la santé. Ce sont notamment les bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, des troubles urinaires, des troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété), des troubles du sommeil (insomnie).

Le cancer

Le cancer se caractérise par un développement anarchique et ininterrompu de cellules "anormales" dans l'organisme qui aboutit à la formation d'une tumeur ou "grosseur". Cette population de cellules agresse et détruit l'organe dans lequel elle est implantée et peut migrer dans d'autres parties du corps (on parle alors de métastases). Si la prolifération n'est pas stoppée, le cancer se généralise plus ou moins rapidement.

Quelques chiffres

- En France, le cancer est la seconde cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires et plus de 150 000 décès lui sont imputables chaque année. C'est la première cause de décès prématuré (avant 65 ans) et la première cause de mortalité chez l'homme.
- Plus de 270 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année.
- Actuellement, un cancer sur deux en moyenne (toutes localisations confondues) peut être guéri.

Le cancer n'est pas contagieux. Le cancer n'est pas héréditaire, sauf dans de très rares cas, mais il existe des terrains (prédispositions familiales) qui fragilisent le sujet vis-à-vis des facteurs toxiques, notamment ceux liés au mode de vie, qui peuvent le favoriser. Environ 70 % des cancers (plus de 85 % des cancers du poumon) sont attribuables à des modes de vie et aux comportements. La prévention et le dépistage sont donc essentiels.

Le rôle du médecin

Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans les stratégies de prévention et de dépistage. N'hésitez pas à le consulter. Il est là pour vous informer sur les facteurs de risque, les moyens de dépistage et de prévention. En général, plus un cancer sera décelé tôt, plus vite il sera soigné et aura des chances de guérir.

Prévention et dépistage

La prévention des cancers tend à diminuer ou supprimer l'exposition à des "facteurs de risque". Les actions de prévention ont souvent un caractère éducatif et collectif comme par exemple la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, l'exposition solaire, les expositions professionnelles...

Le dépistage consiste à détecter des lésions précancéreuses ou cancéreuses à un stade très précoce, avant même que le patient n'en ressente les premiers symptômes. Par exemple, le cancer du sein peut être dépisté grâce à la mammographie ; le cancer du col de l'utérus par le frottis cervical... Plus le diagnostic est précoce, moins les traitements sont lourds et plus les chances de guérison sont grandes.

Les connaissances s'améliorent en permanence, il faut donc s'informer régulièrement auprès d'un médecin, en consultant des brochures, le site www.ligue-cancer.net ou Cancer Info Service, sur les facteurs de risque, les examens à pratiquer, les signes d'alarme qui peuvent révéler la maladie.

Les signes d'alarme

1. La peau : apparition ou modification de forme, de couleur, d'épaisseur d'un grain de beauté ou d'une tache ocrée.
2. Changements dans le fonctionnement des intestins (constipation, diarrhée) ou de la vessie (fréquente envie d'uriner).
3. Persistance d'une voix enrouée ou de toux.
4. Troubles permanents pour avaler de la nourriture.
5. Une enflure ou une boule non douloureuse et qui ne disparaît pas (dans le sein, au cou, dans l'aîne, dans les testicules).
6. Apparition de sang dans les urines, les selles, en dehors des règles chez les femmes.
7. Perte de poids, anémie, fatigue inhabituelle.

Qu'est-ce que la Ligue nationale contre le cancer ?

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901 à but non lucratif et reconnue d'utilité publique. Elle est une ONG indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants.

Forte de ses 700 000 adhérents, la Ligue est un mouvement populaire organisé en une fédération de 103 Comités départementaux qui ensemble, luttent dans trois directions : la recherche médicale, l'information - la prévention - le dépistage et les actions pour les malades et leurs proches.

• LA RECHERCHE MÉDICALE

La Ligue est le premier financeur associatif de la recherche sur le cancer en France. Cette dernière s'organise autour de différents pôles : la recherche fondamentale, la recherche clinique (amélioration des traitements) et la recherche épidémiologique (étude des facteurs de risque pour l'amélioration des conditions de prévention et de dépistage).

Elle est pilotée en toute indépendance et transparence par un conseil scientifique national et des conseils scientifiques régionaux et départementaux.

En labellisant des équipes rigoureusement sélectionnées pour leur excellence par des commissions d'expertise, la Ligue assure le financement de programmes de recherche et suscite des avancées très importantes dans le traitement et la qualité de vie des malades.

• L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

L'objectif est triple. Sensibiliser chacun au danger de certaines pratiques (consommation de tabac et d'alcool, exposition prolongée au soleil, etc.), alerter sur les facteurs de risque, communiquer sur les avantages du dépistage précoce et informer sur l'identification de certains symptômes.

Pour répondre aux publics concernés, de nombreux moyens de communication sont régulièrement actualisés et disponibles au siège de la Ligue ou auprès des Comités départementaux.

• LES ACTIONS POUR LES PERSONNES MALADES ET LEURS PROCHES

Les Comités de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux personnes malades, aux anciens malades et à leurs proches. En organisant, en 1998, en 2000 et en 2004 en présence du Président de la République, les Etats Généraux des malades atteints du cancer et de leur proches, la Ligue a donné une très forte impulsion pour que les malades soient mieux pris en charge.

En leur donnant la parole, la Ligue a mis en lumière, pris en compte et traduit en actes leurs attentes et leurs besoins pour l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie.

Pour ce faire des groupes de parole ont été institués afin de répondre à un besoin formulé par les personnes malades et leurs proches. Enfin, pour soutenir et rompre l'isolement de ces derniers, la Ligue leur dédie un espace d'information avec le journal *De proche en proches*.

• AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

Parce que le cancer est un problème de santé mais aussi une question de société, la Ligue intervient en communiquant activement sur la nécessité de modifier l'image sociale du cancer. Par le biais de son Ecole de formation, la Ligue facilite l'engagement militant en s'appuyant sur des connaissances validées.

C'est aussi parce que la Ligue nationale contre le cancer est un acteur reconnu qu'elle développe, gère et coordonne le numéro de téléphone Cancer Info Service (0810 810 821).

« Contre le cancer,
nous avons tous un rôle à jouer ! »



La Ligue vous aide et vous informe :

CANCER INFO SERVICE
0 810 810 821
PRIX APPEL LOCAL
La vie sur toute la ligne
Un service anonyme ouvert de 8h à 20h du lundi au samedi.

Votre Comité départemental



LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

14, rue Corvisart - 75013 Paris - Tél. : 01 53 55 24 00

PARTOUT EN FRANCE

0 810 111 101

PRIX APPEL LOCAL

www.ligue-cancer.net

La Ligue tient à votre disposition
les coordonnées des Comités départementaux.



Recherche
Prévention
Action pour les malades

pour la vie