



JUIN 1993 No. 2

**BULLETIN DE LIAISON  
ENTRE L'EQUIPE E3N  
ET LES  
PARTICIPANTES MGEN.**

**SOMMAIRE**

ETUDE ALIMENTAIRE  
Son but, votre rôle p. 2

OU EN EST E3N  
Les travaux réalisés p. 2  
Les premiers chiffres p. 3

BANQUE BIOLOGIQUE  
Un grand projet à réussir p. 4

SONDAGE EUROPEEN  
Un aperçu sur la pratique  
des examens de dépistage p. 5

Dossier  
CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR  
LA MENOPAUSE  
Ses manifestations,  
ses effets à long terme p. 6

LES REPONSES  
A VOS QUESTIONS p. 7

EN DIRECT DE LA LIGUE  
Un point sur la guérison  
du cancer p. 8

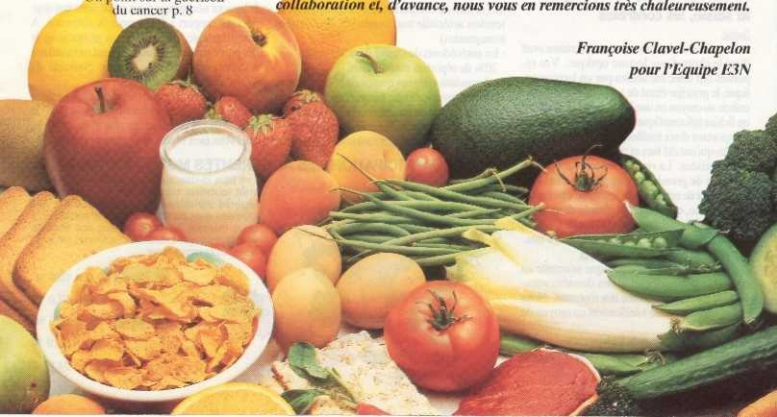
*L'étude E3N avance : voici trois ans déjà que nous y travaillons ensemble. Aussi sommes nous très heureux que ce bulletin No. 2 ait pu être réalisé et nous donne la possibilité, non seulement de vous informer, mais aussi de vous exprimer à nouveau notre gratitude.*

*Le questionnaire que ce bulletin accompagne est aujourd'hui l'une des grandes étapes d'E3N. Nous abordons en effet la phase qui doit nous permettre d'appréhender votre alimentation. La diversité de l'alimentation en France et l'hétérogénéité des habitudes selon les régions n'ont pas fait de sa mise au point une tâche facile, vous vous en doutez. Vous verrez cependant qu'il est assez détaillé pour que vous puissiez nous préciser sans peine ce que vous consommez couramment et les quantités qui vous sont habituelles. A ce sujet, vous trouverez dans le bulletin, dans le questionnaire et le livret qui y est joint, toutes les indications nécessaires.*

*Nous avons voulu par ailleurs, dans la mesure du possible, tenir compte de vos remarques. Plusieurs d'entre vous nous ont par exemple informés de la lassitude éprouvée face au questionnaire optique ou encore de la gêne provoquée par la couleur rouge (contrainte technique de la lecture optique qui n'accepte que certains types d'encres). Nous avons donc choisi un style de questionnaire traditionnel pour toutes les questions concernant l'alimentation. Cela contribuera, nous l'espérons, à vous en faciliter l'utilisation.*

*Pour ce questionnaire comme pour les autres, votre participation à toutes est essentielle, vous le savez. Ce sont vos réponses qui constituent la matière première de notre recherche et c'est de votre fidélité que dépendent la qualité et la fiabilité des connaissances que nous en tirerons. Votre implication nous a prouvé jusqu'à présent que nous pouvions compter sur vous. Nous ne doutons pas que, cette fois encore, vous nous accorderez votre collaboration et, d'avance, nous vous en remercions très chaleureusement.*

Françoise Clavel-Chapelon  
pour l'Equipe E3N



## VOTRE ROLE DANS L'ETUDE ALIMENTAIRE

A cette étape de l'étude E3N, nous souhaitons vous interroger sur votre alimentation. Notre but est de vous faire préciser ce qui compose votre alimentation habituelle. Par "habituelle", nous entendons ce que vous consommez couramment, compte tenu de vos habitudes et de vos goûts. Cela inclut ce que vous mangez en hiver, en été, en vacances. C'est donc en considérant votre alimentation sur l'année que nous vous demandons de répondre. Ainsi, bien que nous soyions en été, vous n'oubliez pas les potages ou les légumes qui peuvent faire partie de vos menus d'hiver. Un autre exemple : il est possible qu'au cours de 3 semaines de vacances au bord de la mer, vous consommiez des fruits de mer tous les jours alors que vous n'en consommez jamais le reste de l'année. Vous préciserez donc que vous consommez des fruits de mer deux fois par mois (21 jours par an équivalent à deux fois par mois).

### La présentation du questionnaire

Votre questionnaire comporte deux parties. La première est consacrée à votre alimentation repas par repas. Elle doit nous indiquer votre fréquence de consommation et les quantités. Vous utiliserez pour répondre le livret-photos illustrant des portions de référence. Vous pourrez ainsi nous préciser de laquelle vous vous rapprochez le plus, pour chaque grande catégorie d'aliments. La seconde partie du questionnaire



concerne le détail de votre alimentation: quel type de viandes, de matières grasses, de fruits, etc. Pour vous aider à répondre, vous trouverez dans le questionnaire et dans le livret-photos toutes les indications utiles. Prenez le temps nécessaire pour bien remplir les deux parties et renvoyez-nous votre questionnaire complété dans les meilleurs délais.

Il est inutile de nous retourner le livret-photos.

### OU EN EST L'ETUDE E3N

Nous vous avons parlé en Décembre 91 de nos toutes premières tâches : réception de 100 000 questionnaires, organisation des deux fichiers destinés à assurer l'anonymat, informatisation des premières données concernant votre groupe, etc. Aujourd'hui, c'est le traitement du premier questionnaire et ses premiers résultats que nous allons vous présenter.

#### Avant l'analyse, deux étapes : la saisie, les contrôles

##### Saisie

Le grand nombre de questionnaires avait dicté le choix d'une lecture optique. Vos réponses ont donc été saisies par un lecteur optique, le principe étant de transformer une case noire au crayon en une information codée dans un fichier informatique. Chaque questionnaire comportant deux feuilles, ce sont ainsi 200 000 feuilles qui ont été lues et transcrites en données informatisées. La rigueur du lecteur optique présente de grands avantages mais aussi l'inconvénient de rejeter toute feuille où une erreur est détectée, comme par exemple deux cases noircies au lieu d'une. 60 000 feuilles (30%) ont dû être ainsi revues et corrigées une à une. Contrôle de la qualité des données

Tout descriptif statistique nécessite au préalable une vérification des données enregistrées et de la cohérence des réponses. Nous avons effectué cette vérification au moyen de quatre mesures :

##### ☆ Le taux d'erreurs de la lecture optique

200 feuilles ont été tirées au sort pour évaluer la

lecture optique. Les réponses enregistrées ont été revues une à une. Pour ce premier questionnaire, subsiste en moyenne moins d'une erreur par questionnaire, ce qui s'avère un taux très satisfaisant.

##### ☆ Le pourcentage de réponses manquantes par question

Sur 63 questions que nous avons choisi d'examiner, le taux de réponses manquantes est de 5% en moyenne. Les pourcentages les plus élevés concernent :

- le chiffre de tension artérielle minimum 25% d'entre vous n'ont pas fourni de réponse. (A titre de comparaison, à la question sur la tension artérielle maximum, 9% de données manquantes)

- les antécédents de cancer dans la famille 20% de réponses manquantes.

La formulation de ces questions et leurs places en fin de questionnaire peuvent expliquer ces taux. Rappelons que si vous ne pouvez répondre à une question, il est important de noircir la case "ne sait pas" (généralement proposée)

afin que nous puissions faire la différence entre les questions que vous sautez et celles dont vous ne connaissez pas la réponse.

##### ☆ La cohérence intra-questionnaire des réponses

La cohérence est vérifiée au travers du croisement de deux ou plusieurs questions. Par exemple, les femmes nées après 1945 ne répondent effectivement pas à la question concernant les privations alimentaires subies pendant la seconde guerre mondiale.

##### ☆ Les comparaisons avec les statistiques nationales.

Elles sont nécessaires pour crédibiliser nos données par rapport à des groupes de référence. A titre d'exemple, la répartition par groupe sanguin des participantes à l'étude E3N est très similaire à celle que fournit le Centre National de Transfusion Sanguine.

L'ensemble de ces contrôles de qualité a mis en évidence deux facteurs importants pour E3N : la fiabilité de la lecture optique et le sérieux avec lequel vous avez répondu à ce questionnaire.

### TAUX DE PARTICIPATION DE GRANDS ADHERENTES MGEN A L'ETUDE E3N

Les taux ci-dessous sont ajustés sur l'âge. Ils sont toutefois susceptibles de présenter de légères variations lorsque l'ensemble des données aura pu être intégré ; en particulier, il nous manque les coordonnées des femmes volontaires qui avaient initialement omis de nous les communiquer.



	12,0 A 15,9 %
	16,0 A 17,9 %
	18,0 A 19,9 %
	20,0 A 21,9 %
	22,0 A 24,9 %

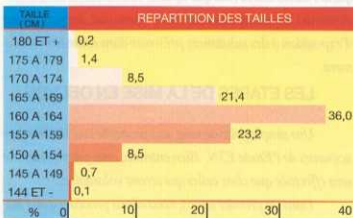
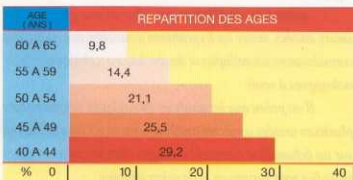
## Au travers de vos réponses : quelques chiffres

L'analyse du premier questionnaire en est à sa première phase. Cependant, nous sommes en mesure aujourd'hui de vous préciser quelques-unes des caractéristiques des participantes E3N.

### Votre profil

Moyenne d'âge : 49 ans. Rappelons que seules les femmes de 40 à 65 ans ont été sollicitées pour apporter leur concours à l'étude.

Taille moyenne : 1 m 61. Poids moyen : 59 kg. Ces moyennes recouvrent naturellement de grandes variabilités. Ainsi les tailles vont de moins de 1 m 40 à plus de 1 m 85, les poids de moins de 40 kg à plus de 90 kg.



### Quelques aspects de votre vie

80% d'entre vous vivent en couple.

En ce qui concerne le tabac :

Vous êtes 65% à n'avoir jamais fumé. Parmi celles d'entre vous qui fument ou ont fumé :

- 74% ont commencé entre 16 et 25 ans

- 54% n'avalent (ou n'avaient) pas la fumée
- 37% fument toujours
- 61% ont arrêté de fumer, dont 39% depuis 16 ans et plus.

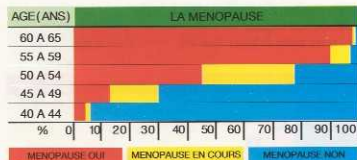


### Féminité, maternité

19% d'entre vous ont eu leurs premières règles avant 11 ans, 70% entre 12 et 14 ans, 11% après 15 ans. 8% répondent n'avoir jamais été enceintes. Age auquel vous avez été enceinte la première fois, en moyenne : 25 ans.



En ce qui concerne les méthodes contraceptives : 55% des femmes disent avoir utilisé la pilule. (44% pour les moins de 45 ans, 10% pour les femmes de 55 ans ou plus). La pilule ayant été commercialisée en 1967, certaines participantes ont naturellement pu l'utiliser plus longtemps que d'autres. Ménopause : pour les femmes de 55 ans et plus, l'âge de la ménopause se situe à 50 ans.



### Examens de dépistage.

97% d'entre vous ont fait pratiquer au moins un frottis cervico-vaginal ; un peu plus de la moitié en effectue un régulier chaque année.

Vous êtes 73% à avoir eu au moins une mammographie.

21% d'entre vous ont déjà eu au moins une recherche de sang dans les selles (négative dans 89% des cas).

Ces derniers chiffres, comparés aux données européennes actuelles, indiquent que les femmes de la MGEN sont particulièrement sensibilisées à la pratique des examens de dépistage.

### Les étapes à venir

Ces résultats concernent une partie des données. Nous allons maintenant poursuivre et affiner l'analyse du questionnaire No. 1, en particulier des relations entre les différentes variables de ce questionnaire. Notre analyse se poursuivra avec le questionnaire No. 2. Rappelons que ce n'est qu'au terme de plusieurs années de suivi que l'on pourra établir les relations entre état de santé, caractéristiques sociales, modes de vies, environnement, etc.

### En conclusion

Le questionnaire initial avait pour but l'élaboration d'une base de références fiable et aussi complète que possible. D'ores et déjà nous pouvons vous confirmer que ce but est pratiquement atteint, et ce, nous tenons à le répéter, grâce à votre participation à toutes, à votre souci de nous renvoyer les questionnaires dans les délais souhaités et au soin que vous avez apporté à nous fournir des réponses précises.

## PROJET DE BANQUE BIOLOGIQUE

Ce projet, commun à tous les pays européens participant à l'étude EPIC, a pour but la conservation durant au moins une décennie d'échantillons biologiques obtenus à partir d'une simple prise de sang chez les femmes volontaires de l'Étude E3N, à des fins d'analyse ultérieure.

En effet, les progrès réalisés depuis les années 1980 en biochimie, notamment en biologie moléculaire, ont ouvert de nouveaux horizons dans la recherche sur le cancer. Ces progrès peuvent dès maintenant enrichir l'approche épidémiologique

par questionnaire. Soulignons que la plupart des grandes études épidémiologiques en cours à l'échelon international comportent un volet biologique.

Le projet est donc de constituer une banque d'échantillons biologiques dont on peut d'ores et déjà attendre deux avantages majeurs :

- réaliser les prélèvements, bien avant l'apparition d'une maladie qui peut induire, par elle-même, des altérations biologiques ;

- grâce à la congélation des échantillons pendant plusieurs années, tester les hypothèses nouvelles découlant des connaissances scientifiques et des évolutions techniques et technologiques à venir.

Il est prévu que les analyses biologiques interviendront plusieurs années après les prélèvements et qu'elles porteront sur un échantillon composé de sujets chez lesquels certaines maladies sont survenues et de sujets témoins.

Parmi les marqueurs qui seront étudiés, citons les marqueurs alimentaires (tels que lipides, vitamines, certains oligo-éléments), les marqueurs du statut hormonal, les marqueurs d'exposition à des substances présentes dans notre environnement.

### LES ETAPES DE LA MISE EN OEUVRE

Une simple prise de sang sera proposée aux 100 000 participantes de l'Étude E3N. Bien entendu, cette prise de sang ne sera effectuée que chez celles qui seront volontaires.

Dans un premier temps, nous allons procéder à une étude de faisabilité. Celle-ci se déroulera dans deux départements pilotes : le Rhône et le Puy-de-Dôme. L'étude de faisabilité a pour but de nous permettre d'évaluer le taux de participation, les moyens logistiques à mettre en œuvre et de vérifier l'estimation des coûts des différentes opérations. Vous serez naturellement informée dans un prochain bulletin des conclusions de cette étude pilote.

Les perspectives qu'offre l'adjonction d'un volet biologique à notre étude nous font, vous le comprendrez, souhaiter vivement que ce projet puisse se matérialiser. Par avance, nous remercions les participantes des deux départements concernés pour l'aide qu'elles voudront bien nous apporter.

Rappelons que l'étude biologique se fera bien entendu après approbation du Comité de Protection des Personnes se prêtant à une Recherche Biomédicale (CPPRB) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

## RECHERCHE - INFORMATIONS - ETUDES... EN EUROPE

## LES VOLONTAIRES DE L'ETUDE EPIC

Nous vous avons parlé, dans notre premier bulletin, de l'étude EPIC (European Prospective Investigation on Cancer) qui a reçu le soutien du programme "Europe contre le Cancer" et dont E3N est la composante française. Coordonnée par le Dr. Elio Riboli au Centre International de Recherches sur le Cancer faisant partie de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIRC, Lyon), EPIC sera la plus grande étude européenne sur "Nutrition et Cancer" puisqu'elle rassemble les chercheurs de 7 pays et compte sur la participation de 400 000 volontaires. C'est sur les participants européens précisément que nous sommes en mesure aujourd'hui de vous apporter quelques éléments d'information. Vous les découvrirez dans le tableau ci-dessous.

## RESUME DES CARACTERISTIQUES DES POPULATIONS SOLICITEES POUR L'ETUDE EPIC

PAYS	LOCALISATION GEOGRAPHIQUE	POPULATIONS CIBLES	Nbre. PERSONNES	SEXE	AGE
FRANCE	METROPOLE	ADHERENTES MGEN	100 000	F	40 - 65
ITALIE	NORD (TURIN, VARESE) CENTRE (FLORENCE) SUD (RAGUSA)	DONNEURS DE SANG ET PARTICIPANTES A UN PROGRAMME DE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN	30 000 20 000	M F	40 - 65 35 - 65
ESPAGNE	NORD (ASTURIES, PAYS BASQUE, NAVARRE) SUD - EST (MURCIE, GRENADE)	DONNEURS DE SANG	30 000 20 000	M F	40 - 65 35 - 65
GRANDE-BRETAGNE	NATIONALE ET DISTRICT DE CAMBRIDGE	POPULATION GENERALE	32 000 43 000	M F	40 - 74 40 - 74
GRECE	NATIONALE	ENSEIGNANTS	25 000 25 000	M F	40 - 65 35 - 65
ALLEMAGNE	NATIONALE	ASSURES SOCIAUX	30 000 30 000	M F	40 - 65 35 - 65
PAYS - BAS	REGIONALE	POPULATION GENERALE ET PARTICIPANTES A UN PROGRAMME DE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN	12 000 32 000	M F	20 - 60 20 - 60

D'après Elio Riboli Annals of Oncology 1992

## PREVENTION DES CANCERS FEMININS

Nous avons promis dans notre premier bulletin de vous reparler de "L'Info-Sondage Europe Contre le Cancer" réalisé au Printemps 1991 auprès de 12 400 femmes européennes de 18 ans et plus et dont la coordination a été assurée par l'Institut de Sondage Faits et Opinions.

L'objectif de ce sondage était d'évaluer le nombre de femmes qui se sentent impliquées dans des pratiques de prévention du cancer et de mieux connaître les freins qui peuvent limiter leur démarche concernant les moyens de dépistage. Dans chacun des 12 pays membres de la communauté européenne, qui au total représentent une population de 1.36 millions de femmes de 18 ans et plus, environ 1 000 femmes ont été interrogées.

Nous reprenez ci-dessous des extraits de l'analyse effectuée par le Professeur Gérard Dubois.

## PRATIQUE DES EXAMENS DE DEPISTAGE DANS LES POPULATIONS CIBLES

RESULTAT PAR PAYS	FROTTIS CERVICO - VAGINAL % 25 A 54 ANS			MAMMOGRAPHIE % 40 A 69 ANS*		
	TOUS LES ANS	TOUS LES 2-3 ANS	TOTAL	TOUS LES ANS	TOUS LES 2-3 ANS	TOTAL
ENSEMBLE COMMUNAUTE	35	23	58	5	9	14
ALLEMAGNE ( D )	47	19	66	6	13	19
BELGIQUE ( B )	42	18	60	5	9	14
DANEMARK ( DK )	23	43	66	2	2	4
ESPAGNE ( E )	24	9	33	6	3	9
FRANCE ( F )	59	20	79	10	17	27
GRANDE-BRETAGNE ( UK )	15	45	60	1	6	7
GRECE ( GR )	25	11	36	2	2	4
IRLANDE ( IRL )	12	34	46	1	1	2
ITALIE ( I )	37	17	54	5	8	13
LUXEMBOURG ( L )	65	16	81	4	14	18
PAYS-BAS ( NL )	9	44	53	4	6	10
		6	17	5	3	8

\* Il faut noter l'inadéquation de la classe d'âge étudiée, la mammographie de dépistage n'étant indiquée qu'à partir de 50 ans.

## EN FRANCE

- La peur du cancer diminue année après année chez les Françaises comme dans l'ensemble de la Communauté.

- Près d'une femme sur cinq a eu connaissance d'un cancer de l'utérus dans son entourage proche, près d'une sur deux d'un cancer du sein.

- La pratique du frottis cervical est très fréquente en France, plus que la moyenne de la CEE.

Expérience du frottis cervical	France	CE 12	Expérience de la mammographie	France	CE 12
Ont déjà fait au moins un frottis cervical			Ont déjà fait au moins une mammographie		
Ensemble des femmes de 18 ans et plus	76%	66%	Ensemble des femmes de 18 ans et plus	35%	25%
Cible : femmes de 25 à 54 ans	93%	79%	Cible : femmes de 40 à 69 ans	50%	36%

- Entre 40 et 69 ans, la pratique de la mammographie est très élevée puisqu'une femme sur deux a déjà eu au moins une mammographie.

Ce sondage a été présenté dans le cadre de la Semaine Européenne contre le Cancer 1991 dont le thème était "Dépistage et Détection précoce du Cancer".

## LE POINT SUR LA MÉNopause

**E**tape importante de la vie d'une femme, la ménopause suscite encore de nombreuses questions. Le Dr. Véronique Ezratty donne dans cet article des précisions sur quelques-uns des points les plus fréquemment soulevés.

La ménopause désigne la période où les règles (menstruations) s'arrêtent définitivement, ce qui correspond à l'arrêt du fonctionnement des ovaires. Il est assez difficile de déterminer l'instant précis où ce phénomène intervient, des menstruations sporadiques pouvant survenir même plusieurs mois après que les règles aient cessé. C'est la raison pour laquelle le diagnostic de ménopause ne peut intervenir qu'a posteriori, lorsque l'absence de règles (aménorrhée) a pu être constatée pendant 12 mois ou plus.

Les dosages hormonaux, auxquels il est possible de recourir, n'apportent pas non plus de certitude quand ils sont pratiqués trop tôt après l'arrêt des règles car le taux d'hormones (œstrogène, progestérone, gonadotrophines) peut présenter de grandes variations d'un mois à l'autre pendant cette période. Il faut savoir en effet que le fonctionnement ovarien ne s'interrompt pas du jour au lendemain et que l'arrêt définitif des règles est précédé d'une période de plusieurs années - appelée péri-ménopause - pendant laquelle peuvent alterner des cycles réguliers sans ovulation et des périodes d'aménorrhée.

palpitations, douleurs articulaires, musculaires, sensations de fourmillements, picotements, brûlures sont aussi rapportés. Atrophie génitale ou difficultés au cours des relations sexuelles ne sont signalées que rarement dans les enquêtes épidémiologiques, vraisemblablement par réticence à révéler des problèmes concernant la vie intime. Toutes les femmes ne sont pas confrontées à tous ces maux. A plus ou moins long terme, la ménopause accentue la vulnérabilité face aux risques d'ostéoporose et de maladies cardio-vasculaires.

### Ménopause précoce : relativement rare

La fréquence de la ménopause précoce, c'est-à-dire intervenant après la puberté et avant 40 ans, n'excède pas 4%. Elle peut être la conséquence de facteurs divers : résistance des ovaires aux hormones qui régulent les cycles (gonadostimulines), désordres immunitaires, ablation des ovaires, traitements radiothérapeutiques touchant le pelvis ou certaines chimiothérapies. Les effets de la ménopause précoce sont identiques à ceux d'une ménopause normale. En revanche,



de la Santé c'est-à-dire "un état complet de bien-être physique, mental et social", la ménopause peut être considérée comme une altération de la bonne santé. A notre époque, la femme de 50 ans est en effet une femme en pleine activité sociale, familiale, professionnelle. On attend par ailleurs de la médecine moderne qu'elle ait un rôle non seulement curatif mais aussi préventif et qu'elle permette une amélioration de la qualité de vie. Dans le cas de la ménopause, cet objectif justifie parfaitement que l'on s'attache à aider la femme notamment dans la prévention de l'ostéoporose et des accidents coronariens (angines de poitrine, infarctus) puisqu'on en possède les moyens.

### Thérapeutique de la ménopause.

D'une manière générale, il est conseillé aux femmes ménopausées d'observer certaines règles d'hygiène et d'alimentation et de procéder aux examens de dépistage des atteintes organiques, au premier rang desquelles vient le cancer. Mais ceci n'est pas spécifique de la ménopause.

Ce qui l'est, par contre, c'est le traitement hormonal substitutif qui vise à combler les carences qu'entraîne la cessation d'activité ovarienne. Cette thérapeutique, calquée sur les sécrétions ovariennes de la femme non ménopausée, doit obéir à des indications bien posées.

Généralement, ce n'est que lorsque la ménopause est installée - ce stade est désigné par les termes de ménopause confirmée ou post-ménopause - qu'il est possible de préconiser un traitement substitutif associant un œstrogène et un progestatif.



### La ménopause : ses manifestations, ses effets à long terme

La ménopause naturelle se situe en moyenne aux alentours de 50 ans. L'espérance de vie féminine étant de 81 ans, une femme peut vivre aujourd'hui plus de trente ans après sa ménopause. A court terme, celle-ci se caractérise fréquemment par des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes. Insomnie, nervosité, humeur dépressive, vertiges, fatigue, migraines,

la stérilité "prématurée" qu'elle entraîne nécessite, en cas de grossesse désirée, de recourir à des techniques de procréation médicale assistée, avec transfert d'embryon.

### Faut-il "traiter" la ménopause ?

Doit-on considérer la ménopause comme un état pathologique ? A priori non, puisqu'il s'agit d'un phénomène physiologique. Toutefois, si l'on se réfère à la définition de la bonne santé établie par l'Organisation Mondiale

(Suite p.6 ménopause)

Malgré l'efficacité du traitement substitutif\*, celui-ci n'est actuellement utilisé que chez environ 15% des femmes ménopausées aux Etats-Unis et 5% en Europe. De plus, lorsque qu'il est appliqué, sa durée est souvent trop brève. Il est pourtant démontré aujourd'hui que, sous réserve d'un traitement progestatif associé, les avantages l'emportent largement sur les inconvénients. La thérapie hormonale substitutive présente en effet l'intérêt de supprimer immédiatement les désagréments liés à l'installation de la ménopause et, à long terme, celui de prévenir les accidents coronariens et les risques d'ostéoporose dont on sait qu'elle atteint une femme ménopausée sur trois. La crainte du cancer de l'endomètre n'est plus de mise aujourd'hui et, si plusieurs points restent à préciser en ce qui concerne le cancer du sein, les résultats des études actuelles sont rassurants. Au regard de ces précisions, le retour des règles (sans ovulation toutefois), la non-prise en charge de certains traitements par la sécurité sociale (que l'on peut remplacer par d'autres qui eux sont remboursables) ou la contrainte d'une utilisation régulière, sont des inconvénients secondaires.

### En conclusion,

La prévention de l'ostéoporose et de la maladie coronarienne passe, chez la femme ménopausée, par une thérapie hormonale substitutive menée sous surveillance médicale. Toutefois, la ménopause dépasse largement le champ purement médical ou biologique et prend une dimension à la fois économique, sociale et philosophique. La relation médecin-patiente joue un rôle particulièrement important, avec toute la complexité qu'il peut y avoir à promouvoir, même là où il n'y a pas ou peu de désagréments, une vie de meilleure qualité.

\* Il ne faut pas confondre ce traitement avec certains contraceptifs oraux pouvant comporter des risques sur le plan métabolique et vasculaire : ce sont là des molécules de synthèse, qui n'ont pas leur place dans le traitement de la ménopause.



**Votre courrier et vos remarques sont toujours examinés avec attention. Ils nous permettent de répondre ici aux questions qui sont le plus souvent posées. Celles-ci portent essentiellement sur deux points : l'anonymat et votre préoccupation de bien répondre aux questions.**

### Les garanties d'anonymat

*Nous avons éclairé ce point dans le premier bulletin. Toutefois, certaines d'entre vous s'étonnent que nous puissions à la fois préserver l'anonymat et faire les rapprochements d'un questionnaire à l'autre. A première vue, cela semble contradictoire. Pourtant, nous y sommes parvenus en utilisant deux fichiers informatiques.*

*L'un : fichier A, contient vos coordonnées et votre numéro de code E3N. Ce fichier sert uniquement à vous envoyer les questionnaires sur lesquels votre numéro de code est pré-inscrit.*

*L'autre : fichier B, contient votre numéro de code E3N et vos réponses aux différents questionnaires.*

*Le rapprochement entre vos différents questionnaires se fait au sein du fichier B, exclusivement par votre numéro de code, donc sans que votre nom apparaisse jamais.*

### Vos craintes ou difficultés face aux questions

Vous avez du mal à répondre à certaines questions ou encore vous préférez ne pas répondre par crainte de fausser les résultats. Si pour certaines questions, être précise vous paraît difficile, ce qui est fréquent lorsqu'il faut faire appel à la mémoire de faits anciens, répondez simplement "au mieux". Dans tous les cas, il est préférable de répondre que de ne pas répondre car nous disposons de méthodes statistiques qui permettent d'intégrer l'imprécision.

### La répétition de certaines questions

Vous retrouvez au fil des questionnaires des questions déjà posées. Il est important d'y répondre à nouveau, chaque fois, car elles sont essentielles pour la mise à jour des informations susceptibles d'évoluer dans le temps (poids, état de santé, etc.). Vous avez remarqué des questions identiques formulées différemment. Elles sont modifiées afin d'obtenir des informations comparables à celles qui sont recueillies au niveau européen, dans les pays participant à l'étude EPIC.

### Vous avez plus de 65 ans

Vous pensez avoir dépassé la limite d'âge fixée pour notre étude (40 à 65 ans).

En réalité, vous avez entre 40 et 65 ans lorsque l'étude a débuté. Nous suivons les mêmes femmes pendant toute la durée de l'étude. Nos participantes aujourd'hui ont donc entre 43 et 68 ans.

### Si vous changez d'adresse ou prévoyez d'en changer

Vous connaissez l'importance de votre fidélité pendant les dix années que dure notre étude. Pour nous permettre de vous adresser tous les questionnaires, pensez à nous signaler les changements d'adresse. Ecrivez-nous ou découpez simplement le bon ci-contre.

Photos: La photothèque sdp, Vloco, Zefia, Pic.

A retourner à l'Equipe E3N, Institut Gustave-Roussy, INSERM Unité 351, rue Camille-Desmoulins, 94805 Villejuif Cedex.

Nom.....	Nouvelle adresse.....
Nom de jeune fille.....	.....
Prénom.....	.....
Ancienne adresse.....	.....
.....	.....
.....	A partir du.....
	mois      année

## PROGRES DANS LA GUERISON DES CANCERS

A la suite d'Eurocancer, congrès auquel participaient de grands oncologues français et étrangers, l'émission *Savoir Plus*, animée par Martine Alain-Régnault et François de Closets et diffusée sur France 2 le 3 Mai 1993, était consacrée au cancer et parrainée par LA LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER. Sur le thème "Ces Cancers que l'on Guérit", l'émission traitait des cancers de l'enfant. Les progrès et les orientations actuelles de la recherche en ce domaine ont été également abordés. Ce sont ces derniers points qu'il nous a paru important de résumer ici, pour les participantes qui n'étaient pas devant leur petit écran ce jour là.

Le premier constat est que l'on guérit aujourd'hui de plus en plus de cancers. Citons en particulier les enfants, pour lesquels la mortalité était très élevée ; on atteint maintenant 70% de guérisons (leucémies et tumeurs solides).

Les progrès réalisés dans le domaine des thérapies du cancer ainsi que l'extension des pratiques de dépistage sont bien entendu deux facteurs essentiels de cette progression dans la guérison du cancer et les contraintes qu'impose le processus de guérison font elles-mêmes l'objet d'améliorations.

Pour les traitements chimiothérapeutiques, par exemple, on maîtrise mieux les dosages et les principes d'administration des médicaments utilisés ; on dispose aussi de nouveaux médicaments. Les nausées, vomissements sont considérablement réduits, dans certains cas supprimés. Le problème de la chute des cheveux n'est pas encore résolu mais fait partie des effets que l'on cherche à éliminer.

En permettant le diagnostic de lésions de petite taille par mammographie bien avant leur possible perception par un examen clinique, le dépistage (prévention secondaire) devrait donc contribuer à une réduction de la mortalité par cancer du sein. De plus, la possibilité récemment acquise de réaliser pour les petits cancers du sein un traitement associant tumorectomie et radiothérapie, permettant de conserver le sein, devrait aider à éviter de nombreuses ablations du sein, limitant le préjudice physique et moral lié à ces interventions.

Le handicap lié à une ablation totale du colon en cas de cancer du colon est aussi souvent que possible évité car l'on s'attache désormais à ne réaliser que des ablations partielles.

Quant au traitement chimiothérapeutique, la destruction des cellules malignes a été l'une des premières orientations pour obtenir la guérison du cancer. On cherche évidemment depuis longtemps à circonscrire ces actions aux seules cellules malades et l'on y parvient de mieux en mieux. Dans la voie de la destruction, la recherche se poursuit avec l'utilisation de substances capables d'attaquer spécifiquement les cellules malades.

On s'oriente également depuis quelque temps vers l'utilisation des défenses naturelles de l'organisme dont on peut espérer qu'elle pourrait déboucher à moyen terme sur l'immunothérapie et à long terme peut-être sur la mise au point de substances permettant d'augmenter les défenses immunitaires de l'organisme.

Encore à ses débuts, la thérapie génique ouvre également de grandes perspectives, notamment avec le transfert de gènes programmés pour détruire ou transformer les cellules cancéreuses.

Dans le domaine de la génétique, il est également important de signaler les progrès dans la connaissance des prédispositions familiales. Ces progrès concernent essentiellement certaines familles très rares présentant un nombre élevé de cas de cancers : l'étude de ces familles peut permettre de progresser dans la compréhension du rôle des facteurs génétiques. Il a été créé depuis 1988 des consultations d'oncologie génétique dont les premières ont vu le jour grâce au financement de LA LIGUE.

Pour obtenir l'adresse de ces Consultations : LA LIGUE : (1) 44 06 80 80.

### EN CONCLUSION

On sait que, d'une personne à l'autre, un même type de cancer peut présenter de grandes variabilités. Pourtant, guérir d'un cancer est aujourd'hui possible. La science et la médecine en quelques années ont franchi des étapes considérables. Grâce aux recherches, menées de front, dans toutes les directions et au niveau mondial, grâce aux méthodes de dépistage, le nombre des progrès augmente et leur rythme s'accélère, permettant d'envisager des taux de guérison encore plus importants à plus ou moins long terme.

Un facteur de guérison encore doit être souligné : c'est la volonté de guérir. Les traitements du cancer : chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie font chaque jour la preuve de leur efficacité. Mais ils comportent des contraintes, exigent des personnes malades des efforts, du courage. Ce prix à payer sera moins lourd d'année en année. En attendant, il est réel. Et c'est pourquoi la confiance, le dialogue patient-médecin restent essentiels.

**CE DEUXIEME BULLETIN DE LIAISON A ETE REALISE GRACE AU CONCOURS DE LA SOCIETE 3M.**

