

**RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT AU GRAND CONSEIL
sur les postulats**

**Jean-Michel Dolivo et consorts - Mieux comprendre les maladies et tumeurs
hormono-dépendantes (en particulier, les cancers du sein et des testicules) pour agir de manière
préventive (11_POS_246) et**

**Fabienne Freymond Cantone et consorts concernant le cancer du sein - Pourquoi cette maladie
frappe autant et comment pourrait-on mieux la prévenir (11_POS_311)**

Rappel

***Postulat Jean-Michel Dolivo et consorts - Mieux comprendre les maladies et tumeurs
hormono-dépendantes (en particulier, les cancers du sein et des testicules) pour agir de manière
préventive***

Développement

On assiste à une augmentation préoccupante des maladies et des tumeurs hormono-dépendantes dans plusieurs cantons romands, à savoir notamment une baisse de la qualité du sperme, une forte augmentation de l'infertilité, de l'endométriose, de cancers du testicule et de cancers du sein. Rappelons qu'en Suisse, chaque année, 35'000 tumeurs et 16'000 décès dus au cancer sont enregistrés. Un cancer sur dix se développe chez des personnes de moins de 50 ans. Le cancer est la principale cause de décès entre 45 et 84 ans chez les hommes, et entre 45 et 64 ans chez les femmes. Globalement, le cancer est responsable de 30% des décès chez les hommes et 23% chez les femmes, ce qui en fait la deuxième cause de décès en Suisse. Le cancer du sein, le cancer de la femme le plus fréquent.

Le cancer du sein est le cancer de la femme le plus fréquent.

Chaque année, en Suisse, 5250 femmes en sont atteintes ce qui représente 32% de nouveaux cas de la femme. Environ 1 femme sur 8 en sera atteinte. Annuellement dans notre pays, environ 1350 femmes en décèdent, ce qui correspond à 20% de l'ensemble de décès par cancer chez la femme. La proportion des années potentielles de vie perdues (APVP)[Indicateur de la mortalité précoce (avant 70 ans) prenant en compte l'âge du décès] par des décès prématurés dus au cancer est estimée à 45%. Le cancer du sein est responsable du plus grand nombre des APVP par cancer.

La Suisse, plus particulièrement la Suisse romande, un voyant qui s'allume en rouge D'importantes variations géographiques existent à travers le monde. Les Etats-Unis, notamment la population blanche, le Canada, la Belgique et la Suisse présentent le taux d'incidence le plus élevé. Environ 60'000 femmes traitées pour un cancer du sein vivent dans notre pays. Si nous considérons l'entourage proche de ces femmes, 600'000 personnes sont concernées de près par cette maladie. Les cantons romands, plus spécifiquement Vaud, Fribourg, Genève et Neuchâtel présentent des taux

d'incidence particulièrement élevés. Jusqu'à récemment, le taux le plus élevé de Suisse, et parmi le taux le plus élevé au monde, se trouvait dans le canton de Genève. Avec la baisse récente et importante du nombre de cancers du sein dans ce canton, Genève est maintenant précédée par les cantons de Vaud et Fribourg.

Une augmentation chez les femmes plus jeunes En Suisse, comme aux Etats-Unis, le nombre de femmes atteintes a récemment diminué après des décennies d'augmentation. Cette baisse concerne les femmes en post-ménopause âgées de 50 à 69 ans. Elle est attribuée à la diminution de la prise de traitements de substitution hormonale. En revanche, une augmentation de taux d'incidence est observée chez les femmes avant 50 ans, voire avant 40 ans.

Beaucoup d'impact pour trop peu d'études sur les facteurs de cette augmentation Ces femmes en pleine vie active (la plus jeune patiente enregistrée par le Registre genevois des tumeurs avait 22 ans lors du diagnostic) paient un lourd tribut. Or, peu d'études leur sont consacrées. La mortalité par ce cancer chez les femmes jeunes est plus élevée. Pour celles qui survivront à ce cancer, la maladie et ses traitements vont avoir des conséquences et compromettre la presque totalité de leur vie adulte à plusieurs niveaux : vie familiale, vie intime et amoureuse, fertilité, maternité, carrière professionnelle, etc. Le cancer du sein est lié aux hormones féminines et aux facteurs capables de les modifier. Si l'on veut concevoir des programmes de prévention primaire, il est indispensable de comprendre les facteurs en cause. Quelles ont été les expositions au moment du développement des seins (et organes génitaux) in utero et à l'adolescence ? Est-ce que certaines de ces expositions (médicaments, aliments, eau, rayonnements, autres facteurs environnementaux, etc.) ne seraient pas les mêmes que pour certains cancers masculins, comme le cancer de la prostate, le plus fréquent chez l'homme et qui représente 30% des cancers masculins détectés en Suisse [Env. 5'700 hommes sont touchés chaque année dans notre pays, pendant la période 2003-2007] ?

Les député-e-s signataires de ce postulat demandent au Conseil d'Etat:

– Que soit mis en œuvre, en collaboration avec les autres cantons romands intéressés, une étude sur les facteurs de risque de cancer du sein chez les femmes jeunes, de moins de 40 ans. Une étude dite Véronique a été élaborée par une vingtaine d'expert-e-s, de patientes et de nombreux-ses professionnel-le-s sous l'égide de la professeur Christine Bouchardy, du Registre genevois des tumeurs, étude qui a reçu en 2010 l'aval de la Commission d'éthique des Hôpitaux universitaires de Genève ainsi que de l'Association des médecins du canton de Genève. Cette étude n'attend qu'un financement pour démarrer.

– et qu'un rapport soit élaboré par le Conseil d'Etat pour fin 2012 au plus tard, sur son engagement en termes de santé publique, pour comprendre les facteurs de risque de maladies et des tumeurs hormono-dépendantes qui touchent autant de femmes et d'hommes dans notre canton et, par la suite, sur les modalités de mise en œuvre d'une politique de prévention primaire.

Souhaite développer et demande le renvoi direct au Conseil d'Etat.

Lausanne, le 12 avril 2011. (Signé) Jean-Michel Dolivo et 38 cosignataires

Rappel

Postulat Fabienne Freymond Cantone et consorts concernant le cancer du sein - Pourquoi cette maladie frappe autant et comment pourrait-on mieux la prévenir

En Suisse, le cancer du sein est le type de cancer le plus fréquent chez les femmes. Il frappe chaque année près de 5200 habitantes de Suisse, soit environ 14 nouveaux cas par jour. Les plus jeunes femmes ne sont pas à l'abri : une femme sur cinq a moins de 50 ans au moment du diagnostic et le cancer du sein est la principale cause de mortalité chez les femmes entre 40 et 50 ans. Autre chose, les cantons romands, Fribourg, Vaud et Genève en tête, sont particulièrement touchés. Une Romande sur huit est ou sera atteinte d'un tel cancer ; c'est un triste record mondial puisque seuls certains Etats

américains font pire. Dernier constat : l'augmentation nette de l'incidence du cancer chez les populations de femmes de moins de 50 ans au cours de ces dernières années dans notre région.

Le dépistage du cancer du sein veut tendre à le déceler à un stade aussi précoce que possible. La principale méthode de dépistage est la mammographie. Le canton de Vaud — comme d'autres cantons, pratiquement tous romands, qui ont introduit un programme de dépistage du cancer du sein — invite tous les deux ans toutes les femmes entre 50 et 69 ans à passer une mammographie de dépistage. Les mammographies de dépistage systématique sont effectuées dans le cadre d'un programme soumis à des exigences de qualité précises. La généralisation du programme au niveau cantonal vaudois a été faite en 1999 ; celui-ci n'a plus vu de changement depuis. Dans le cadre de ce programme, une telle mammographie est une prestation à la charge de l'assurance maladie. C'est aussi le cas lors de risque accru pour cause d'antécédents familiaux. Ceci dit, ce n'est qu'en passant par leur gynécologue que les jeunes femmes ont accès au dépistage, gynécologue qu'elles ne consultent pas forcément.

A ce jour, on ne connaît pas de méthode simple permettant d'abaisser considérablement le risque de développer un cancer du sein. Mais avec les mesures de dépistage telles que la mammographie, le cancer du sein peut être décelé à un stade précoce. Le traitement des tumeurs décelées à ce stade-là est généralement plus simple et les chances de survie des femmes concernées plus élevées.

Avec ces constats de fréquence augmentée de cancers du sein chez des personnes de moins de 50 ans, la lourdeur des soins à apporter pour traiter ces cancers, le taux de mortalité qui y est lié, ainsi que le triste record romand de taux de cancer du sein, j'ai l'honneur de demander au Conseil d'Etat de faire un état des lieux sur cette maladie dans notre canton, soit statistique, soit en nous rapportant ce qui est fait pour endiguer cette hausse continue de ce type de cancer, notamment chez les plus jeunes femmes.

Par ailleurs, il serait intéressant que le Conseil d'Etat se positionne en plus sur les éléments suivants:

- 1. une baisse de l'âge donnant accès au programme actuel de dépistage du cancer du sein*
- 2. l'adaptation du programme aux femmes plus jeunes avec de potentiels autres moyens diagnostiques*
- 3. une nouvelle analyse de la clause du programme qui veut que les femmes de plus de 70 ans ne soient plus convoquées, alors que l'on connaît un allongement de la durée de vie — ces femmes peuvent toujours participer au programme mais doivent prendre elles-mêmes rendez-vous*
- 4. la nécessité de pousser les recherches épidémiologiques pour comprendre le record vaudois et/ou romand de cancers du sein.*

Ma proposition est que ce postulat soit renvoyé à une commission pour étude et rapport, avec court développement préalable de ma part.

Demande le renvoi en commission.

Nyon, le 19 juin 2012.

(Signé) Fabienne Freymond Cantone

et 50 cosignataires

1 RAPPORT DU CONSEIL D'ETAT

A. Introduction

Ces deux postulats s'intéressent principalement à une problématique, le cancer du sein et relaient des préoccupations concernant l'épidémiologie du cancer du sein, le dépistage et la prévention primaire. Le premier, le postulat Dolivo, a été renvoyé au CE directement en mai 2011, tandis que le second Freymond Cantone a été renvoyé en commission. C'est au cours de la séance de la commission

parlementaire consacrée au postulat de Madame la Député Freymond Cantone en août 2012 que les commissaires ont validé le principe d'une réponse conjointe à ces deux objets.

Pour rappel, le Canton de Vaud est pionnier tant en raison de son implication dans le programme de dépistage systématique du cancer du sein qu'en raison de son registre des tumeurs, l'un des plus anciens de Suisse. Ces deux entités sont donc deux acteurs importants dans cette problématique, un autre acteur incontournable étant représenté par les milieux de la recherche scientifique. Certaines des questions posées relèvent d'ailleurs du domaine académique.

B. Situation actuelle et évolution récente

Le cancer du sein est actuellement la tumeur maligne la plus fréquente dans presque tous les pays du monde. Dans aucune région, l'incidence de ce cancer ne peut être considérée comme vraiment faible et de larges différences persistent entre différentes populations. D'une manière générale, l'incidence augmente faiblement mais constamment dans toutes les tranches d'âge en Europe, aux EU et dans un grand nombre d'autre pays. On constate aussi que l'incidence continue d'augmenter mais de façon importante dans les pays caractérisés par une économie en croissance rapide (Chine, Inde, Brésil).

Dans le canton de Vaud, le Registre des tumeurs recense annuellement plus de 550 patientes nouvellement atteintes de cancer invasif du sein, ce qui représente plus d'un tiers de l'ensemble des cancers chez la femme. Un cas sur 5 est diagnostiqué avant 50 ans et 1 sur 20 avant 40 ans. Il s'agit de la localisation cancéreuse féminine la plus fréquente dans toutes les classes d'âges (46% de tous les cancers diagnostiqués entre 20 et 49, 41% entre 50 et 69 ans, 27% après 70 ans). Près d'une femme vaudoise sur 7 sera confrontée à ce diagnostic au cours de sa vie.

Au cours de la période 2005-2009, 110 décès en moyenne par an ont été attribués à ce cancer dans la population vaudoise, ce qui représente près de 20% de la mortalité cancéreuse globale. Moins d'un décès par cancer du sein sur 10 concernait des femmes âgées de moins de 50 ans, et près de 6 sur 10 des femmes entre 50 et 70 ans. Le risque cumulé d'en décéder avant 80 ans est estimé à 2,3% et à 0,6 avant 60 ans. Avec un nombre important d'années de vie prématurément perdues avant 75 ans, ce cancer est à l'origine de plus de 20 % de la mortalité prématurée cancéreuse globale.

Au titre de l'évolution chronologique des cancers du sein, on relève une stabilisation, voire même une diminution récente de l'incidence globale des nouveaux cas dans de nombreux pays à haut revenu dont la Suisse et le canton de Vaud. Cette tendance peut-être expliquée par la baisse des prescriptions hormonales combinées (oestrogènes+progestatifs) dans le traitement substitutif de la ménopause, suite à la publication en 2002 des résultats de la Women's Health Initiative (WHI) américaine, ainsi que par un possible effet de saturation et une baisse de participation au dépistage mammographique. La consolidation d'un nouvel équilibre dans les traditions sociales et reproductives (durée d'allaitement, âge de première grossesse...), traditions qui ont changé radicalement dès la moitié du vingtième siècle et qui sont fondamentalement à la base de l'étiologie du cancer du sein, pourrait également être à l'origine des récents ralentissements de la croissance de l'incidence du cancer du sein : en effet la durée d'allaitement et l'âge de la première grossesse, tendent à se stabiliser.

Une attention particulière est actuellement focalisée sur l'évolution récente des nouveaux cas diagnostiqués avant 50 ans, et plus particulièrement entre 20 et 39 ans, suite à une publication de 2007 concernant la population genevoise, relayée en 2012 par une analyse incluant les données de 17 registres européens, dont celui de Genève comme seul représentant pour la Suisse. Dans cette dernière étude, portant sur une période de 12 ans (1995-2006), aucun registre, et même ceux disposant des effectifs les plus importants, comme ceux de la Belgique, des Pays-Bas, de la Suède, de l'Ecosse, de la Finlande et de la République Tchèque incluant entre 1500 et 8000 cas (en comparaison, Genève en documentait moins de 200 dont seulement 18 âgés entre 20 et 29 ans) n'affichait d'augmentation statistiquement significative pour les groupes âgés entre 20 et 29 ou entre 30 et 39 ans. Ce n'est que par le cumul des effectifs des 17 registres (30'000 cas environ) qu'une signification statistique a pu être

obtenue pour des accroissements annuels de 3,3% entre 25 et 29 ans, de 1,9% entre 30 et 34 ans, de 1,2% entre 35 et 39 ans. Le nombre annuel de nouveaux cas vaudois âgés entre 20 et 39 ans a fluctué depuis 1997 entre 21 et 34 ; il était de 30 cas en 2000, 27 en 2005 et 34 en 2009. L'évolution opposée – entre les périodes 1995-1999, 2000-2004 et 2005-2009 - des taux par 100'000 d'incidence (65,7/71,3/83,7 augmentations non significatives) et de mortalité (28,4/25,6/23,3 diminutions non significatives) aux âges 20-49 ans parle en premier lieu en faveur d'une détection accrue comme étant à l'origine de l'augmentation récente des nouveaux cas dans ces groupes d'âges. Il est par ailleurs bon de relever qu'une proportion substantielle des cancers du sein qui se déclarent en jeune âge est associée à une histoire familiale de cancer du sein dans la parenté de premier degré.

Grâce aux récents progrès réalisés dans les traitements et aux approches multidisciplinaires, on a pu enregistrer des améliorations considérables du pronostic associé au diagnostic des cancers du sein : à l'heure actuelle en effet, la survie relative à 5 ans dépasse largement 80%. Au chapitre de la mortalité, après une phase d'augmentations jusqu'à la fin des années 1980, on a pu documenter, dans la majorité des pays d'Europe incluant la Suisse, d'importantes baisses de mortalité par cancer du sein (-15% environ) au cours des deux décennies suivantes. Ces baisses se sont poursuivies et accentuées entre 2002 et 2007, encore et principalement grâce aux progrès thérapeutiques, pour atteindre en Suisse -14% en moyenne et, en particulier, -6%, -14% et -4%, respectivement chez les femmes âgées entre 20 et 39 ans, entre 50 et 69 ans, et de 70 ans et plus. Dans le canton de Vaud, entre les périodes quinquennales 1985-1989 et 2005-2009 la mortalité par cancer du sein a baissé de 34% dans la tranche d'âge ciblée par le dépistage mammographique. Vu que le dépistage organisé a été introduit seulement à partir de la fin 1999, ces baisses doivent être avant tout attribuées aux améliorations thérapeutiques.

En accord avec les postulants et au vu des intrications et du recouvrement des préoccupations de ces deux interventions, le Conseil d'Etat a rassemblé ses réponses dans un seul texte.

C. Les facteurs de risque et les causes du cancer du sein

Parmi les facteurs reconnus à l'origine du cancer du sein, les facteurs hormonaux et reproductifs – non-modifiables pour la plupart - occupent une place centrale. L'âge précoce aux premières règles (13 ans vs 15 ans) ou l'âge tardif au premier accouchement (>30 ans vs <20 ans), le faible nombre de grossesses voire la nulliparité et l'âge avancé à la ménopause (>55 ans vs <45 ans) ont tous été associés à un risque augmenté de cancer du sein chez la femme. Il faut noter à ce propos que presque partout en Europe occidentale, l'âge à la première grossesse a fortement changé au cours des trois dernières décennies. En 2010, deux tiers des mères avaient 30 ans ou plus à la naissance d'un enfant (pour la plupart le premier) alors qu'en 1970 deux tiers avaient moins de 30 ans. Jusqu'aux années 1950 ou 1960, l'âge à la première grossesse se situait autour des 20 ans ou moins. Le nombre d'enfants par femme tombait de presque 4 au début du dernier siècle à 1,5 en 2010. Cet énorme changement s'est accompagné d'une croissance rapide de l'incidence du cancer du sein dans la deuxième moitié du XX siècle.

Le rôle protecteur à long terme d'une première grossesse à un âge précoce et d'une période d'allaitement prolongée (>24 mois vs aucun, réduction de 30% du risque) est avant tout expliqué par la maturation du tissu mammaire et les modifications biologiques induites par la grossesse, en général, et les hormones qui lui sont liées, en particulier. Par contre, l'évidence scientifique suggère qu'une première grossesse tardive (après 30 ans concernant presque deux tiers de la population) est associée à une augmentation du risque d'un type de cancer du sein particulièrement agressif diagnostiqué entre 5 et 10 ans après l'accouchement qui semble favorisé par les hormones de la grossesse. On estime que plus de 60% des cancers du sein diagnostiqués dans les 10 à 15 ans qui suivent une première grossesse tardive sont liés à la grossesse même.

On sait que l'exposition à long terme à des niveaux élevés d'hormones sexuelles (stéroïdiennes) endogènes (produites par l'organisme) double le risque de cancer du sein chez la

femme post-ménopausée. Le risque est augmenté de 2,3% par an d'exposition et de 2,8% par année de retardement de la ménopause. On a pu démontrer expérimentalement que l'hormone œstrogène augmente la prolifération cellulaire et favorise le développement des tumeurs chez les animaux. Au chapitre des hormones exogènes figurent les contraceptifs oraux dont l'utilisation courante serait associée à une modeste augmentation (15-25%) du risque de cancer du sein qui s'efface toutefois après quelques années suivant l'arrêt de leur utilisation. La prise d'hormones de substitution pour la ménopause est associée à un excès de risque de cancer du sein, dépendant de la durée d'utilisation, chez des utilisatrices courantes et récentes, mais qui s'estompe entre 5 et 10 ans suivant l'arrêt de ces thérapies. La relation entre l'âge précoce aux premières règles, l'âge tardif à la ménopause et l'utilisation des thérapies hormonales substitutives (surtout combinées) chez les femmes post-ménopausées et l'augmentation du risque du cancer du sein confirme le rôle joué par les hormones stéroïdiennes dans l'étiologie de ces cancers.

L'excès pondéral et l'obésité chez des femmes post-ménopausées non-hormono-substituées ont été associés à une élévation du risque de cancer du sein de 40% ces facteurs agiraient également par le biais de modifications d'ordre hormonal exposant ces femmes notamment à des niveaux hormonaux augmentés. Selon un rapport de l'OMS de 2002, le risque de cancer du sein après 45 ans serait augmenté de 12% en cas de surpoids et de 25% en cas d'obésité.

L'histoire familiale de cancer du sein et une densité mammographique élevée figurent parmi les facteurs de risque de cancer du sein les mieux reconnus. Ces facteurs permettent d'identifier les femmes à haut risque à des fins de dépistage. L'histoire familiale de cancer du sein est associée à une élévation de 2-3 fois du risque d'un même cancer, ce risque augmentant avec le nombre de parents de 1^{er} degré affectés. Le risque est fortement augmenté chez les porteuses de mutations de gènes à haute pénétrance (BRCA1, BRCA2, p53). Bien que le risque individuel de développer un cancer du sein au cours de la vie puisse dépasser 50 %, ces formes héréditaires sont rares dans l'ensemble de la population et n'expliquent qu'une faible fraction (2 à 5%) de l'ensemble de ces cancers.

Les niveaux hormonaux et les facteurs nutritionnels durant la période intra-utérine et l'enfance sont probablement importants dans la cancérogénèse mammaire. En fait, la consommation d'énergie au cours de l'enfance est un des déterminants de la taille à l'âge adulte, qui a été à son tour associée directement au risque de cancer du sein dans la plupart des études épidémiologiques.

L'influence de la nutrition est fortement suggérée par les comparaisons géographiques, mais l'évidence épidémiologique globale n'est pas concluante pour différents aspects de l'alimentation, comme la consommation de fruits, de légumes, de micronutriments, de fibres, de graisses, de produits laitiers, etc.

L'alcool est un facteur étiologique établi du cancer du sein, la consommation de 3 verres ou plus d'alcool par jour augmente le risque de 30 à 50%, chaque verre quotidien additionnel comportant une élévation du risque de 7%. Il est probable que l'obésité, comme l'alcool, agit sur le cancer du sein *via* des mécanismes impliquant les niveaux hormonaux ou le métabolisme.

En ce qui concerne les autres facteurs de risque comportementaux, la fumée du tabac n'est pas significativement associée au développement du cancer du sein, alors que l'activité physique régulière est susceptible de diminuer légèrement le risque indépendamment du contrôle du poids.

Les études conduites à ce jour sur les facteurs professionnels et l'exposition aux pesticides organochlorés et autres agents perturbateurs endocriniens dans l'environnement n'ont pas mis en évidence de rôle particulier dans la survenue du cancer du sein.

D. La prévention du cancer du sein

Prévention primaire– Par la prévention primaire on agit sur les facteurs/expositions à risque reconnus en évitant ainsi l'activation des processus conduisant au cancer. Il est difficile d'agir sur les facteurs

menstruels et reproductifs (facteurs non modifiables) pour la prévention du cancer du sein. Les essais d'intervention nutritionnelle, impliquant la réduction de la prise énergétique, de l'apport calorique par les graisses et l'augmentation de la consommation de fruits et de légumes, n'ont pas montré d'efficacité jusqu'ici. Néanmoins, le contrôle de la prise et de l'excès pondéral, et de l'obésité après la ménopause peuvent avoir des implications favorables sur le risque de cancer du sein. La limitation de la consommation d'alcool et de l'utilisation de la substitution hormonale pour la ménopause peut également agir favorablement sur le risque de cancer du sein. Sur la base des connaissances actuelles, l'intervention sur les facteurs de risque modifiables reconnus permettrait d'éviter 30% environ seulement des cancers du sein.

Parmi les pistes explorées dans le champ de la chimioprévention, l'utilisation notamment du tamoxifène, un médicament utilisé pour le traitement du cancer ayant une activité anti-oestrogénique, a montré une action préventive contre les récurrences et les atteintes contro-latérales chez les femmes atteintes par un cancer du sein. Ces résultats ont suggéré la possibilité d'utiliser ce type de médicament pour la prévention primaire, bien que le degré de protection assuré contre le cancer du sein reste incertain. En fait, le tamoxifène réduit l'incidence du cancer du sein chez la femme post-ménopausée et chez la femme pré-ménopausée à haut risque. L'effet préventif persiste plusieurs années après l'arrêt de la thérapie. Sur le versant des effets secondaires du tamoxifène, on relèvera toutefois l'augmentation du risque de cancer de la matrice utérine, d'accidents vasculaires thrombotiques (embolies pulmonaires, ictus, thromboses veineuses profondes) et de cataracte. La plupart de ces risques sont réduits après l'arrêt du traitement. L'aspirine et d'autres médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens pourraient également avoir un effet chimiopréventif sur le risque de cancer du sein, mais les données épidémiologiques disponibles à ce jour sont hétérogènes.

La prévention secondaire comprend le diagnostic précoce et le dépistage systématique. Le dépistage du cancer du sein par la mammographie constitue, à ce jour, l'approche la plus efficace pour le contrôle du cancer du sein. L'efficacité du dépistage par mammographie chez les femmes de plus de 50 ans a été démontrée par des essais randomisés (baisse de mortalité de 20-30%) mais l'impact attendu dans un contexte de programme organisé et dans un contexte de substantielles améliorations thérapeutiques se situe probablement sensiblement en dessous de ces niveaux (-10 à -15%). Le canton de Vaud a joué un rôle de pionnier dans la promotion et l'évaluation du dépistage organisé mammographique du cancer du sein en Suisse chez les femmes âgées de 50 à 69 ans, ouvrant la voie à sa généralisation en Suisse romande. En Suisse alémanique et au Tessin, de tels programmes ont aussi été introduits.

Chez la femme de moins de 50 ans l'efficacité du dépistage mammographique n'a pas été démontrée de manière convaincante, bien qu'il y ait des résultats qui indiquent une réduction du risque de décès chez les femmes de 40-49 ans qui se soumettent à une mammographie annuelle. Les risques radiologiques, de fausse positivité, de sur-diagnostic et de sur-traitement associés à l'examen mammographique peuvent en effet être considérablement augmentés chez les femmes plus jeunes. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) s'est également imposée comme un examen valable dans le dépistage des jeunes femmes à haut risque génétique (BRCA-positives) de cancer du sein.

Réponse à la demande formulée dans le postulat Jean-Michel Dolivo et consorts :

- Que soit mis en œuvre, en collaboration avec les autres cantons romands intéressés, une étude sur les facteurs de risque de cancer du sein chez les femmes jeunes, de moins de 40 ans. Une étude dite Véronique a été élaborée par une vingtaine d'expert-e-s, de patientes et de nombreux-ses professionnel-le-s sous l'égide de la professeuse Christine Bouchardy, du Registre genevois des tumeurs, étude qui a reçu en 2010 l'aval de la Commission d'éthique des Hôpitaux universitaires de Genève ainsi que de l'Association des médecins du canton de Genève. Cette étude n'attend qu'un financement pour démarrer.

L'étude Véronique dont il est fait mention dans ce postulat, et pour laquelle une implication vaudoise est demandée, a déjà fait l'objet d'une proposition de motion au Grand Conseil genevois en mai 2011. Après une discussion nourrie en plénum, elle a été renvoyée en commission de la santé pour examen et à ce jour n'a pas encore été traitée. Dans le cadre des débats, il a notamment été relevé que, si des travaux de recherche sont justifiés, des doutes subsistent quant à la validité de cette étude non approuvée au niveau des autorités académiques habilitées à juger de la qualité des projets de recherche, quant à son coût "exorbitant" (de l'ordre de 3 millions de francs) par rapport aux résultats attendus plus globalement quant à la pertinence de soumettre des projets de recherche aux autorités politiques, sachant que la recherche universitaire relève d'autres instances. Le Conseil d'Etat vaudois a décidé de ne pas entrer en matière, laissant le soin aux milieux scientifiques de se déterminer quant à la pertinence de cette étude et de s'y impliquer le cas échéant.

Il restera néanmoins attentif à suivre le développement de nouveaux éléments.

- et qu'un rapport soit élaboré par le Conseil d'Etat pour fin 2012 au plus tard, sur son engagement en termes de santé publique, pour comprendre les facteurs de risque de maladies et des tumeurs hormono-dépendantes qui touchent autant de femmes et d'hommes dans notre canton et, par la suite, sur les modalités de mise en œuvre d'une politique de prévention primaire.

Sur la base des données épidémiologiques, aucune variation observée ne nécessite une intervention de santé publique urgente. La recherche des facteurs de risque relève du domaine scientifique et du fait des nombres importants de patients nécessaires à ce type d'étude cela dépasse largement le cadre cantonal et nécessite des collaborations à un niveau national, voire international pour obtenir des résultats significatifs. L'engagement du Conseil d'Etat dans la compréhension des facteurs de risque se concrétise dans le soutien à la création de la nouvelle école romande de santé publique, et c'est dans ce cercle et en collaboration avec les milieux concernés, que devra être élaborée une stratégie par rapport à cette problématique.

Pour le reste le Conseil d'Etat considère que la présente réponse aux postulants fait office de rapport.

Comme déjà souligné plus haut, les actions dans le domaine de la prévention primaire comprenant les facteurs de risques des cancers en général i.e. : tabac, alcool, excès pondéral/inactivité doivent impérativement et activement être poursuivies dans le cadre des programmes cantonaux.

Réponse aux demandes formulées dans le postulat Fabienne Freymond Cantone et consorts

1. une baisse de l'âge donnant accès au programme actuel de dépistage du cancer du sein

Depuis 2007, date de la réponse à une même demande de la députée Catherine Roulet, il n'y a pas de nouvel élément probant justifiant un abaissement de l'âge. La tendance est à l'adaptation du programme aux femmes plus jeunes avec de potentiels autres moyens diagnostiques. Par ailleurs, les normes de qualité régissant les programmes de dépistage sont en cours de révision : un abaissement de l'âge n'est pas envisagé. Les démarches de *swiss cancer screening* (Fédération des programmes de dépistages systématiques suisses) visent en revanche à uniformiser l'âge supérieur d'inclusion dans les programmes à 74 ans : en effet c'est une période où les effets indésirables (faux positifs, cancers radio-induits, examens complémentaires nécessaires) sont moindres. La valeur du dépistage mammographique systématique avant 50 ans est encore à démontrer formellement, notamment sur le plan du bénéfice réel pour la population, dans une perspective de santé publique. En effet, divers facteurs en affectent notablement l'efficacité et notamment :

- La faible incidence du cancer avant 50 ans - et surtout avant 40 ans.
- Un nombre plus important de résultats faussement positifs avec ses implications en termes d'angoisse, d'interventions (chirurgicales) inutiles.
- La nécessité d'augmenter la fréquence des tests (au moins tous les ans) et, partant, le risque de cancer induit par l'irradiation.

2. l'adaptation du programme aux femmes plus jeunes avec de potentiels autres moyens diagnostiques :

L'adaptation du programme de dépistage systématique n'est pas considérée pour l'instant en Suisse. Au vu de l'inclusion d'une très importante population-cible, il ne serait d'ailleurs pas envisageable pour un canton de l'assumer de manière isolée.

3. une nouvelle analyse de la clause du programme qui veut que les femmes de plus de 70 ans ne soient plus convoquées, alors que l'on connaît un allongement de la durée de vie — ces femmes peuvent toujours participer au programme mais doivent prendre elles-mêmes rendez-vous

Comme évoqué dans la première réponse, *swiss cancer screening* préconise un relèvement de l'âge d'inclusion à 74 ans et encourage ses membres à suivre cette recommandation. Néanmoins, les normes de qualité définissant entre autres les âges d'inclusion dans les programmes étant en révision, la mesure n'a pas été encore mise en place.

4. la nécessité de pousser les recherches épidémiologiques pour comprendre le record vaudois et/ou romand de cancers du sein.

Il y a une différence entre Suisse romande et Suisse allemande, avec un plus haut taux de détection et un usage de prescription de l'hormonothérapie plus large, ceci expliquant une grande part de cette variation. Entrent également en ligne de compte une attention plus soutenue envers des facteurs de risque familiaux, et une conscientisation.

Les registres permettent de surveiller de routine l'évolution dans toute la Suisse Romande. Si des recherches épidémiologiques plus poussées devaient être mises en place, cela devra se faire à large échelle et sur un mode collaboratif entre cantons voire à un niveau national.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 30 avril 2014.

Le président :

P.-Y. Maillard

Le chancelier :

V. Grandjean