



DÉPISTER le **CANCER**
du **SEIN** ?

UNE DÉCISION
QUI APPARTIENT
À CHAQUE FEMME

SOMMAIRE

DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN	1
POURQUOI A-T-ON INSTAURÉ LE DÉPISTAGE ?	2
APRÈS 20 ANNÉES DE RECU	2
QU'EST-CE QU'UN SURDIAGNOSTIC ?	3
PREUVE DU SURDIAGNOSTIC	4
TEST DES PERLES	4
DONNÉES DISPONIBLES	5
FAITS OBSERVABLES D'ÉTUDES RÉCENTES	5
À L'ORIGINE : DEUX POSTULATS ERRONÉS	6
AUTRES RISQUES DU DÉPISTAGE	6
LEURRE DE LA DÉTECTION PRÉCOCE...	7
EFFETS NÉFASTES DU SURDIAGNOSTIC	8
BÉNÉFICE POTENTIEL/RISQUES	9
QUE FAIRE ALORS ?	9
<i>Toutes ces statistiques...</i>	10
BIBLIOGRAPHIE	11

d ÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN PAR MAMMOGRAPHIE

Est-il déraisonnable de ne pas se faire dépister ?



50%

Environ 50% des femmes entre 50 et 74 ans, invitées au dépistage organisé du cancer du sein, ne participent pas.

DES FEMMES

Peut-on affirmer qu'elles ont tort et y a-t-il matière à les culpabiliser ?

Pourquoi le cancer du sein auquel est consacré tant de moyens reste-t-il toujours un problème de santé publique ?

POURQUOI A-T-ON INSTAURÉ LE DÉPISTAGE ?

Motivation initiale

PETIT = PRÉCOCE = CURABLE, C'ÉTAIT L'HYPOTHÈSE ÉVIDENTE

Intuitivement il semble évident que plus le cancer est petit, meilleur est le pronostic...

Petit = précoce = curable, c'était l'hypothèse évidente.

Un outil merveilleux : la mammographie.

Simple, efficace, indolore...

Les premières études semblaient confirmer cette hypothèse, annonçant une réduction de mortalité par cancer du sein de 30% grâce au dépistage.

▲ Information retrouvée encore aujourd'hui sur divers sites et dépliants.

APRÈS 20 ANNÉES DE REcul

Une donnée nouvelle : LE SURDIAGNOSTIC

Des épidémiologistes et chercheurs ont mis en évidence des biais dans la méthodologie utilisée dans ces premières études.

LA RÉDUCTION DE MORTALITÉ EST INFÉRIEURE À CELLE ATTENDUE

DONNÉES OFFICIELLES (Institut National du Cancer) :

réduction de 15 à 21%, 150 à 300 décès évités pour 100 000 femmes dépistées pendant 7 à 10 ans, ce qui donne 2 à 3 décès évités au mieux sur 1000 femmes dépistées ; aucune information fiable sur le nombre d'années «gagnées».

En revanche il émerge un effet inattendu du dépistage qui est :

LE SURDIAGNOSTIC ou excès de diagnostics de cancers du sein.

QU'EST-CE QU'UN SURDIAGNOSTIC ?

Conséquence : augmentation artificielle des diagnostics

C'est le diagnostic d'un cancer qui n'aurait jamais affecté la santé de la femme de son vivant, s'il était resté méconnu.

CONSÉQUENCE :

augmentation artificielle des diagnostics de cancers du sein et de ce fait des traitements inutiles ainsi que du stress pour les femmes, parallèlement à l'instauration des campagnes de dépistage.

À vouloir trop chercher..



...on finit par trop trouver.

MAIS

Réduire de 20% ou de 30% le risque de mourir d'un cancer du sein n'a pas un effet considérable si le risque absolu de mourir d'un cancer du sein est déjà faible.

En 2010 :

- ▲ 4,4% des femmes sont décédées d'un cancer du sein,
- ▲ 19,4% d'un autre cancer,
- ▲ **29% d'une maladie cardio-vasculaire.**

(État de santé/mortalité/décès par cause : www.ecosante.fr)

En comparaison le tabac, lui, tue un de ses consommateurs sur deux.

PREUVE DU SURDIAGNOSTIC

Étude norvégienne

▲ ÉTUDE NORVÉGIENNE :

Deux groupes de femmes, l'un dépisté tous les deux ans, l'autre examiné une seule fois au bout de six ans.

Résultat : **22% de cancers en excès.**

En effet, si toutes les tumeurs évoluaient en cancers perceptibles, il y aurait autant de cancers dans ces deux groupes de femmes au profil identique. Si on en retrouve plus dans le groupe dépisté tous les deux ans, cela signifie qu'il y a excès de diagnostics.

(Zahl, Maehlen, Welch 2008)

TEST DES PERLES

D'après un travail indépendant réalisé à partir de données disponibles sur 2000 femmes à partir de 40 ans dépistées pendant 10 ans : (Collaboration Cochrane. <http://www.cochrane.dk/screening/index-fr.htm>)

Soit un bocal de 2 000 perles symbolisant les femmes dépistées. Parmi elles placez :

- 1 PERLE DORÉE
1 décès par cancer du sein évité.
- 10 PERLES ROUGES
10 femmes en bonne santé sur-diagnostiquées et traitées inutilement.
- 200 PERLES BLANCHES
200 femmes qui subiront le stress d'une fausse alerte corrigée ensuite par d'autres examens, parfois au bout de plusieurs semaines.

Piochez au hasard et vérifiez combien de fois vous tirerez la perle dorée. Cela ressemble à une loterie...



*d*ONNÉES DISPONIBLES

Calculs pour la France

Institut de Veille Sanitaire 2010 / Institut National du Cancer 2013

Les données de l'InVS permettent d'estimer pour la France à partir des hypothèses de l'INCa :

POUR 1000 FEMMES DÉPISTÉES TOUS LES 2 ANS PENDANT 24 ANS, ENTRE 50 ET 74 ANS :

- Plus de la moitié auront une fausse alerte
- 8-16 surdiagnostics
- 3-4 décès évités par cancer du sein
(B. Pabion Colloque Princeps 2015)

*f*AITES OBSERVABLES D'ÉTUDES RÉCENTES

Sur des populations de femmes

▲ **Le dépistage n'a entraîné aucune diminution des formes évoluées de cancer et a de ce fait peu ou pas d'influence sur la réduction de mortalité par cancer du sein observée depuis 1994 en France. Contrairement aux attentes, il n'y a pas eu d'allègement des traitements les plus lourds (mastectomies, chimiothérapies).**

▲ BAISSÉ DE LA MORTALITÉ IDENTIQUE

entre des groupes de femmes dépistées et des groupes non dépistés, cette baisse étant liée plausiblement aux traitements, à la réduction de traitements hormonaux de la ménopause.

▲ TAUX DE SURVIE IDENTIQUE

de groupes de femmes dépistées et non dépistées quel que soit le stade du cancer au moment du diagnostic.
(A. Miller 2014 ; C. Harding 2015)

à L'ORIGINE : DEUX POSTULATS ERRONÉS

1. CROIRE QUE LE CANCER ÉVOLUE DE FAÇON LINÉAIRE ET MÉCANIQUE :
Lésion précancéreuse ---> cancer invasif ---> maladie cancéreuse disséminée ---> mort.

MAIS CETTE CONCEPTION NE SE VÉRIFIE PAS.

Petit ne signifie pas nécessairement récent. Et donc...
Volumineux ne signifie pas nécessairement tardif.

Un cancer peut grossir, régresser ou rester stable pendant des années.

2. DÉFINIR LE DÉPART DE LA MALADIE PAR :
La seule étude du tissu au microscope (diagnostic histologique).

MAIS L'ÉTUDE AU MICROSCOPE SEULE

ne peut pas définir complètement la maladie ni prévoir l'avenir d'un cancer.

à AUTRES RISQUES DU DÉPISTAGE

▲ FAUSSES ALERTES donnant lieu à des examens supplémentaires parfois lourds, à des biopsies dont le nombre s'est largement accru depuis l'instauration des campagnes de dépistage. La femme doit attendre parfois plusieurs semaines avant la confirmation de l'absence de maladie.

Pour 1000 femmes au-dessus de 50 ans participant pendant 20 ans, il y aurait en France environ 1000 fausses alertes conduisant à 150 à 200 biopsies (revue Prescrire, février 2015/Tome 35 N°376).

▲ CANCERS RADIO-INDUITS.

D'après l'INCA (Institut National du Cancer) ils seraient de l'ordre de 1 à 20 cas pour 100 000 femmes au-dessus de 50 ans participant au dépistage.

Leur risque augmente avec la répétition des examens et la multiplicité des clichés par examen.

le

LEURRE DE LA DÉTECTION PRÉCOCE...

Les deux femmes ont une longévité identique.

L'une des deux a la connaissance de sa maladie plus longtemps.

Est-ce vraiment un « gain » ?



* source : brochures d'information délivrées aux patientes en Allemagne

*e*FFETS NÉFASTES DU SURDIAGNOSTIC

▲ TRANSFORMATION DE FEMMES BIEN PORTANTES EN FEMMES MALADES,
constituant à tort un « antécédent familial à risque » pour leur propre descendance.

▲ VIE ALTÉRÉE VOIRE DÉTRUITE :

- physiquement
- professionnellement
- plan relationnel
- socialement
- économiquement
- affectivement

▲ AUGMENTATION DU NIVEAU GLOBAL D'ANGOISSE POUR TOUTES LES FEMMES.

▲ SURTRAITEMENTS AVEC :

- augmentation du taux d'ablations de seins,
- des chimiothérapies (avec leur toxicité, additionnelle si plusieurs traitements),
- des radiothérapies (avec leurs complications), en parallèle aux surdiagnostics.

▲ SYMPTÔMES DE MÉNOPAUSE PRÉCOCE DUS AUX TRAITEMENTS.

LA MAMMOGRAPHIE

LA MAMMOGRAPHIE EST UN BON OUTIL DE DIAGNOSTIC MAIS PAS DE DÉPISTAGE.

BÉNÉFICE POTENTIEL/RISQUES

- ▲ Malgré des divergences sur le chiffrage du bénéfice et des risques, il existe néanmoins une concordance mondiale des études sur l'existence du surdiagnostic.
- ▲ Pour faciliter votre décision sachez que les études sont compatibles avec une faible diminution de la mortalité par cancer du sein grâce au dépistage, déjà parce que le risque absolu d'en mourir est faible.
- ▲ Cet effet faible doit être mis en balance avec les effets indésirables qui sont les fausses alertes, le surdiagnostic, le surtraitement, le cancer radio-induit.

EN FRANCE EN 2015,

pour 1000 femmes participant pendant 20 ans au dépistage il y aura au moins 19 cancers diagnostiqués par excès.

Vous êtes libre de participer, cela est un choix individuel qui doit être raisonné, ni imposé ni subi.

QUE FAIRE ALORS ?

- ▲ Consulter si vous en éprouvez le besoin ou ressentez une anomalie **d'un sein, même si vous venez de passer une mammographie classée normale**. Le médecin est tenu de vous informer de façon loyale et conforme aux données actuelles de la science.
- ▲ Etre vigilante par rapport à l'information médicale donnée, c'est être actrice de sa santé.
- ▲ Que vous reteniez un effet bénéfique souhaité ou bien les risques,
AYEZ CONSCIENCE QUE LE DÉPISTAGE PAR MAMMOGRAPHIE joue un rôle mineur dans la réduction de la mortalité par cancer du sein constatée depuis 20 ans, à mettre en balance avec les risques engendrés par ce dépistage.
(Ph.Autier, bulletin du Conseil de l'Ordre, N°21, janv.-fév.2012)

Les données actuelles ne permettent pas de vous culpabiliser si vous ne désirez pas participer au dépistage.

“ Pffff, toutes ces statistiques, 25% par ci, 15% par là...”



*... En tout cas si je fais partie des sur-diagnostics,
c'est 100% pour ma pomme...”*

BIBLIOGRAPHIE

1. Autier P, Boniol M, Middleton R, Doré J-F, Héry C, Zheng T, et al. Advanced breast cancer incidence following population-based mammographic screening. *Ann Oncol*. 2011 Aug 1;22(8):1726–35.
2. Junod B, Zahl P-H, Kaplan RM, Olsen J, Greenland S. An investigation of the apparent breast cancer epidemic in France: screening and incidence trends in birth cohorts. *BMC Cancer*. 2011 Sep 21;11(1):401.
3. Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ*. 2011 Jul 28;343:d4411.
4. Jørgensen KJ, Zahl P-H, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ*. 2010 Mar 24;340:c1241.
5. Harding C, Pompei F, Burmistrov D, Welch H, Abebe R, Wilson R. Breast cancer screening, incidence, and mortality across us counties. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2015 juillet [cited 2015 Aug 3]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.3043>
6. Gøtzsche PC, Hartling OJ, Nielsen M, Brodersen J, Jørgensen KJ. Breast screening: the facts—or maybe not. *BMJ*. 2009 Jan 28;338:b86.
7. Brochure d'information complète sur le dépistage organisé du cancer du sein - Ref : BROSEIN14 | Institut National Du Cancer [Internet]. [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Brochure-d-information-complete-sur-le-depistage-organise-du-cancer-du-sein>
8. Riva C. Cancer du sein: les profiteurs du mammo-business [Internet]. *Sept.info*. [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.sept.info/cancer-du-sein-les-profiteurs-du-mammo-business-14/>
9. Dépistage des cancers du sein par mammographie Deuxième partie Comparaisons non randomisées : résultats voisins de ceux des essais randomisés. *Rev Prescrire*. 2014 Nov;34(373):842–6.
10. Dépistage des cancers du sein par mammographie Première partie Essais randomisés : diminution de la mortalité par cancer du sein d'ampleur incertaine, au mieux modeste. *Rev Prescrire*. 2014 Nov;34(373):837–41.
11. Dépistage des cancers du sein par mammographies Troisième partie Diagnostics par excès : effet indésirable insidieux du dépistage. *Rev Prescrire*. 35(376):111–8.
12. Hill C. Dépistage du cancer du sein. *Presse Med*. 2014 mai;43(5):501–9.
13. Dépistage du cancer du sein par la mammographie [Internet]. [cited 2015 Aug 2]. Available from: <http://www.cochrane.dk/screening/index-fr.htm>
14. Duperray B, Junod B. Dépistage du cancer du sein. Une bonne intention, une mauvaise théorie, un résultat aberrant. *Médecine*. 2006 Oct 1;2(8):364–7.
15. Welch HG. Dois-je me faire tester pour le cancer?: peut-être pas et voici pourquoi. Saint-Nicolas, Québec: Les Presses de l'Université Laval; 2005. 263 p.
16. Bleyer A, Welch HG. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. *New England Journal of Medicine*. 2012 Nov 22;367(21):1998–2005.
17. Bernard Junod. Fatal Side Effects & Cancer Induced by Radiotherapy of Overdiagnosed Breast Cancer in France_ [Internet]. [cited 2015 Aug 3]. Available from: http://www.preventingoverdiagnosis.net/2014presentations/Fatal%20Side%20Effects%20&%20Cancer%20Induced%20by%20Radiotherapy%20of%20Overdiagnosed%20Breast%20Cancer%20in%20France_Bernard%20Junod.pdf
18. Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich - 2013-12-15_Rapport_Mammographie_Final_rev.pdf [Internet]. [cited 2015 Aug 3]. Available from: http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15_Rapport_Mammographie_Final_rev.pdf
19. Zahl P-H, Strand BH, Mæhlen J. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study. *BMJ*. 2004 Apr 15;328(7445):921–4.
20. Johansson M, Brodersen J. Informed choice in screening needs more than information. *The Lancet*. 2015 mai;385(9978):1597–9.

21. Rosenbaum L. Invisible Risks, Emotional Choices — Mammography and Medical Decision Making. *New England Journal of Medicine*. 2014 Oct 16;371(16):1549–52.
22. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein | Institut National Du Cancer [Internet]. [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
23. Riva C. Mammo-business: les liaisons dangereuses [Internet]. *Sept.info*. [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.sept.info/mammo-business-depistage-du-cancer-du-sein-les-liaisons-dangereuses/>
24. Riva C. Mammo-business: les pouvoirs magiques du Mammographe [Internet]. *Sept.info*. [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.sept.info/les-pouvoirs-magiques-du-mammographe/>
25. Riva C. Mammo-business: un quart de siècle de désinformation [Internet]. *Sept.info*. [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.sept.info/un-quart-de-siecle-de-desinformation-mammo-business/>
26. Zahl P-H, Gøtzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. *The Lancet Oncology*. 2011 Nov;12(12):1118–24.
27. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ*. 2009 Jul 9;339:b2587.
28. Zahl P-H, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overestimated lead times in cancer screening has led to substantial underestimation of overdiagnosis. *Br J Cancer*. 2013 Oct 1;109(7):2014–9.
29. Nielsen M, Jensen J, Andersen J. Precancerous and cancerous breast lesions during lifetime and at autopsy. A study of 83 women. *Cancer*. 1984 Jan 1;54(4):612–5.
30. Bernard Junod. Presentation 27Avril2012 - Dépistage-et-cancer-du-sein.pdf [Internet]. 2012 [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.neosante.eu/wp-content/uploads/D%C3%A9pistage-et-cancer-du-sein.pdf>
31. OMS. Principes et pratiques du dépistage de maladies [Internet]. 1970 [cited 2015 Aug 3]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34_fre.pdf
32. Gøtzsche PC. Prix Prescrire 2012 :“Mammography screening . Truth, lies and controversy”, 04 octobre 2012. *Rev Prescrire*. 2012 Sep;32(347):706.
33. Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Prix Prescrire 2012 Overdiagnosed - Making people sick in pursuit of health”, 04 octobre 2012. *Rev Prescrire*. 2012 Avr;32(342):309.
34. Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006. / 2013 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cited 2015 Aug 3]. Available from: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Programme-de-depistage-du-cancer-du-sein-en-France-resultats-2010-evolutions-depuis-2006>
35. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6:CD001877.
36. Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami H-O, et al. Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis. *New England Journal of Medicine*. 2012 avril;366(14):1310–8.
37. Zahl P-H, Mæhlen J, Welch HG. The natural history of invasive breast cancers detected by screening mammography. *Arch Intern Med*. 2008 Nov 24;168(21):2311–6.
38. Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *The BMJ*. 2014 Feb 11;348:g366.
39. Hersch J, Barratt A, Jansen J, Irwig L, McGeechan K, Jacklyn G, et al. Use of a decision aid including information on overdiagnosis to support informed choice about breast cancer screening: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2015 mai;385(9978):1642–52.

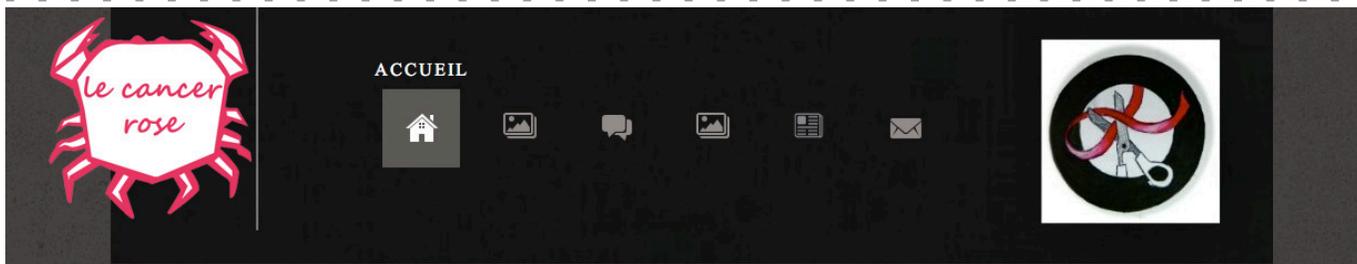


pour rester sur la bonne fréquence
SOYEZ INFORMÉES



www.cancer-rose.fr

UN AUTRE REGARD



CHEF DE PROJET :

- Bour Cécile

Radiologue libéral, Moselle, participe au dépistage du cancer du sein en tant que 1er lecteur pour l'AMODEMACES ; deuxième lecteur de 1993 à 2014. Membre du Formindep.

COMITÉ DE RÉDACTION :

- Doubovetzki Jean

Médecin Généraliste, Toulouse, Rédacteur senior de la Revue Prescrire. Pas de lien d'intérêt.

- Duperray Bernard

Ancien président du comité scientifique pour la mise en place du dépistage du cancer du sein (à titre expérimental) dans l'Oise, a démissionné de ces fonctions en 1995, quand il s'est agi d'étendre le dépistage sur le plan national. Médecin radiologue retraité après 41 ans de pratique sénologique à l'hôpital Saint Antoine, Paris. Pas de lien d'intérêt

- Gourmelon Marc

Médecin généraliste, pas de lien d'intérêt. Membre du Formindep.

- Nicot Philippe

Médecin Généraliste, Panazol, expert HAS recommandation «La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. Février 2012.» Ex vice-président du Formindep.

- Pabion Bernard

Médecin généraliste, pas de lien avec les entreprises du secteur de la santé. CNAM : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Membre du Formindep.

- Yver Matthieu

Anatomopathologiste hospitalier, ancien chef de clinique des hôpitaux. Pas de lien d'intérêt. Membre du conseil d'administration du Formindep.

COMITÉ DES RELECTEURS :

- Autier Philippe

Professeur, épidémiologiste, vice-président de l'International Prevention Research Institute à Lyon. Chef de la section «Évaluation de la prévention» et coordinateur du secteur «Biostatistique et épidémiologie» au Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) (Lyon) jusqu'en 2009. Pas de lien d'intérêt.

- Berthon Michelle

Retraitée. Membre du Formindep. Pas de lien d'intérêt.

- Bridard Evelyne

Animatrice de maisons pour les jeunes, Domont. Pas de lien d'intérêt.

- Gros Dominique

Radiologue hospitalier, praticien hospitalier honoraire des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Philosophe et humaniste, écrivain, auteur entre autres de : Cancer du sein. Entre raison et sentiments, Springer, 2009
Les seins aux fleurs rouges, Stock, 1994
Le sein dévoilé, Stock, 1987
Pas de lien d'intérêt.

- Michaut François-Marie

Généraliste semi-rural, expérience de médecine de brousse (Afrique années 60), travail sur le psycho-somatique en particulier avec des malades alcooliques, auteur depuis 20 ans du site d'expression médicale totalement indépendant exmed.org
Pas de lien d'intérêt.

- Riva Catherine

Journaliste libre à Winterthur, spécialisée dans les enquêtes de santé. Son travail d'investigation en quatre volets sur le dépistage du cancer du sein par mammographie a remporté le Prix Media des Académies suisses des sciences, catégorie Médecine. Pas de liens d'intérêt.

- Robert-Ducy Marie-Ange

Infirmière-anesthésiste, sophrologue, impliquée dans la problématique du cancer du sein, exerçant en Lorraine. Pas de lien d'intérêt.

- Robert Vincent

Ancien Praticien Hospitalier chef de service du département d'Information Médicale pour le groupement du CHR Metz-Thionville, responsable du département d'Information Médicale des Hôpitaux Robert SCHUMAN au Grand Duché du Luxembourg. Pas de lien d'intérêt.

- Schlitter Simone

présidente de l'association Cancer-Espoir à Zoufftgen (57) – Pas de lien d'intérêt.