BRUSSEL-HOOFDSTAD

VERENIGDE VERGADERING VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

GEWONE ZITTING 2006-2007

15 MAART 2007

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

betreffende de evaluatie en de verbetering van de gewestelijke maatregelen inzake preventie van borstkanker

VERSLAG

uitgebracht namens de Commissie voor de Gezondheid

door mevrouw Françoise BERTIEAUX (F) en de heer Bea DIALLO (F)

B-66/2 – 2006/2007

BRUXELLES-CAPITALE

ASSEMBLEE REUNIE DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

SESSION ORDINAIRE 2006-2007

15 MARS 2007

PROPOSITION DE RESOLUTION

relative à l'évaluation et à l'amélioration du dispositif régional de prévention du cancer du sein

RAPPORT

fait au nom de la Commission de la Santé

par Mme Françoise BERTIEAUX (F) et M. Bea DIALLO (F)

Inhoudstafel

I. Inleidende uiteenzetting van de mede-indieners ... 3

II. Advies van het Verenigd College ... 5

III. Algemene bespreking ... 6

IV. Hoorzittingen ... 8

IV.1. Hoorzitting met mevrouw Myriam De Spiegelaere, wetenschappelijk directrice van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn ... 8

IV.2. Hoorzitting met Dr. Burrion, directeur van de vzw Brumammo ... 14

IV.3. Hoorzitting met Professor Grivegnée, directeur van de kliniek voor opsporing en preventie van kanker van het Instituut Jules Bordet ... 15

IV.4. Hoorzitting met Dr. Fabienne Liebens, hoofd van de borstkliniek van het U.M.C. Sint-Pieter ... 18

IV.5. Hoorzitting met Dr. Myriam Provost, vertegenwoordiger van de huisartsen (vzw Hippocrates) in Brumammo vzw .. 26

V. Gedachtewisseling ... 28

VI. Voortzetting van de algemene bespreking ... 38

VII. Bespreking van de consideransen en van het verzoekend gedeelte van de tekst en stemming 40

VIII. Stemming over het geheel ... 41

IX. Aangenomen tekst ... 42

X. Bijlagen ... 44

1. Amendementen ... 44
2. Evaluatierapport van het georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn) ... 47

Aan de werkzaamheden van de Commissie hebben deelgenomen :

Vaste leden : : de heer Jacques De Coster, mevr. Magda De Galan, de heer Bea Diallo, mevr. Anne-Sylvie Mouzon, mevr. Fatiha Saïdi, mevr. Françoise Bertieaux, de heer Vincent De Wolf, mevr. Martine Payfa, de heren André du Bus de Warnaffe, Joël Riguelle, Paul Galand, Dominiek Lootens-Stael, Jean-Luc Vanraes, mevr. Brigitte De Pauw.

Plaatsvervangers : mevr. Caroline Persoons, mevr. Jacqueline Rousseaux.

Andere leden : mevr. Carla Dejonghe, mevr. Julie Fiszman, mevr. Véronique Jamoulle, de heer Bertin Mampaka Mankamba, mevr. Souad Razzouk, mevr. Françoise Schepmans, de heer Walter Vandenbossche.

Zie :

Stuk van de Verenigde Vergadering :
B-66/1 – 2005/2006 : Voorstel van resolutie.

Table des matières

I. Exposé introductif des coauteurs ... 3

II. Avis du Collège réuni ... 5

III. Discussion générale ... 6

IV. Auditions ... 8

IV.1. Audition de Mme Myriam De Spiegelaere, directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social .. 8

IV.2. Audition du Dr Burrion, directeur de Brumammo asbl ... 14

IV.3. Audition du Professeur Grivegnée, directeur de la clinique de dépistage et de prévention du cancer de l'Institut Jules Bordet ... 15

IV.4. Audition du Dr Fabienne Liebens, chef de la clinique du sein, du C.H.U. Saint-Pierre ... 18

IV.5. Audition du Dr Myriam Provost, représentante des médecins traitants (asbl Hippocrate) au sein de Brumammo asbl 26

V. Echange de vues ... 28

VI. Poursuite de la discussion générale ... 38

VII. Discussion des considérants et du dispositif et vote ... 40

VIII. Vote sur l'ensemble ... 41

IX. Texte adopté ... 42

X. Annexes ... 44

1. Amendements ... 44
2. Rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise (Observatoire de la Santé et du Social) ... 55

Ont participé aux travaux de la Commission :

Membres effectifs : M. Jacques De Coster, Mme Magda De Galan, M. Bea Diallo, Mmes Anne-Sylvie Mouzon, Fatiha Saïdi, Françoise Bertieaux, M. Vincent De Wolf, Mme Martine Payfa, MM. André du Bus de Warnaffe, Joël Riguelle, Paul Galand, Dominiek Lootens-Stael, Jean-Luc Vanraes, Mme Brigitte De Pauw.

Membres suppléants : Mmes Caroline Persoons, Jacqueline Rousseaux.

Autres membres : Mmes Carla Dejonghe, Julie Fiszman, Véronique Jamoulle, M. Bertin Mampaka Mankamba, Mmes Souad Razzouk, Françoise Schepmans, M. Walter Vandenbossche.

Voir :

Document de l'Assemblée réunie :
B-66/1 – 2005/2006 : Proposition de résolution.

I. Inleidende uiteenzetting van de mede-indieners

Mevrouw Fatiha Saïdi, mede-indiener, wijst er eerst op dat vier parlementsleden zich bij de drie oorspronkelijke mede-indieners hebben gevoegd om het voorstel van resolutie te ondertekenen.

Vervolgens legt ze uit dat de voorgestelde tekst het resultaat is van talrijke hoorzittingen en ontmoetingen met de actoren te velde (Brumammo, Log, CLPS, Vereniging van de Brusselse huisartsen). De spreekster benadrukt het belang van het onderwerp, want borstkanker is de eerste oorzaak van vroegtijdig overlijden (vóór 65 jaar) van vrouwen in het Brussels Gewest. Elk jaar worden in België 7.000 nieuwe gevallen vastgesteld en sterven 2.500 vrouwen aan borstkanker. Het Europees Parlement heeft al heel wat initiatieven op dat vlak genomen en onder meer alle lidstaten verzocht om voldoende middelen uit te trekken om het aantal overlijdens ten gevolge van borstkanker met 25 % te verminderen.

Het Brussels Hoofdstedelijk Gewest blijft niet achter en de vzw Brumammo werd in juni 2002 opgericht. Die vzw heeft als doel het sterftecijfer wegens borstkanker te doen dalen en een zo efficiënt mogelijke opsporing te organiseren.

Deze resolutie strekt ertoe borstkankeropsporingsprogramma's voor zoveel mogelijk vrouwen te organiseren. Ze biedt ook de gelegenheid om de balans op te maken van wat er tot nu toe op dat vlak is gedaan en om alle menselijke en institutionele kanalen in te schakelen.

De heer André du Bus de Warnaffe, mede-indiener, wijst erop dat dit volksgezondheidsprobleem meer dan ooit aan de orde is. Op het televisiejournaal van woensdag 7 februari 2007 zijn de cijfers over kanker in Europa bekendgemaakt. Daaruit blijkt dat borstkanker de dodelijkste kanker is. In 2006, zijn 430.000 nieuwe gevallen van borstkanker vastgesteld. Dat noopt tot een krachtdadiger volksgezondheidsbeleid. Deze resolutie sluit aan bij het nationaal borstkankeropsporingsprogramma dat is opgezet in navolging van een aanbeveling van « Europe Against Cancer ». Dat nationaal programma is een volkomen nieuw symbool van methodologische ambitie, vooral wat de samenwerking tussen de deelgebieden en de federale Staat betreft. Het idee om alle gezagsniveaus in te schakelen en de algemene mobilisatie op de agenda te plaatsen is een primeur. Er is aldus sprake van te werken op basis van een wetenschappelijk plan waarvan de onderdelen door verschillende overheden zouden worden begeleid : de financiering van de technische handelingen door de federale overheid, de organisatie en communicatie door de gemeenschappen en de logistieke ondersteuning door de provincies.

I. Exposé introductif des coauteurs

Mme Fatiha Saïdi, coauteure, rappelle tout d'abord que quatre parlementaires se sont joints aux trois coauteurs initiaux pour signer la proposition de résolution.

Elle explique ensuite que le texte proposé est le fruit de nombreuses auditions et rencontres menées avec les acteurs de terrain (Brumammo, Logo, CLPS, Association des médecins généralistes bruxellois). L'intervenante insiste sur l'importance du sujet car le cancer du sein est la première cause de mortalité précoce (avant 65 ans) des femmes en Région bruxelloise. Chaque année, 7000 nouveaux cas sont décelés en Belgique et 2500 femmes décèdent des suites d'un cancer du sein. Le Parlement européen a déjà pris de nombreuses initiatives sur cette problématique et a notamment invité l'ensemble de ses pays membres à se doter de moyens suffisants pour réduire de 25% les décès dus à ce cancer.

La Région de Bruxelles-Capitale n'est pas en reste et l'asbl Brumammo a été créée en juin 2002. Celle-ci a pour objectif de réduire la mortalité due au cancer du sein et d'organiser un dépistage qui soit le plus efficace possible.

L'objectif de cette résolution est l'organisation de programmes de dépistage du cancer du sein qui touchent un maximum de femmes. Mais c'est également l'occasion de faire le point sur ce qui a déjà été fait à ce jour en cette matière et d'activer l'ensemble des relais humains et institutionnels.

M. André du Bus de Warnaffe, coauteur, rappelle pour sa part que cette préoccupation de santé publique est plus que jamais d'actualité. Le journal télévisé du mercredi 7 février 2007 a ainsi publié les chiffres du cancer en Europe et il apparaît que le cancer du sein est le plus mortel d'entre tous. 430.000 nouveaux cas de cancer du sein ont ainsi été décelés en 2006 et cela impose de mener une politique de santé publique plus volontariste. La résolution présentée s'inscrit dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer du sein aligné sur une recommandation de « Europe Against Cancer ». Ce programme national est un symbole d'ambition méthodologique inédit en Belgique, particulièrement du point de vue de la coopération entre les entités fédérées et le Fédéral. L'idée d'impliquer tous les niveaux de pouvoir et d'inscrire la mobilisation générale à l'ordre du jour constitue une première. Il était ainsi question de fonctionner sur base d'un plan de travail scientifiquement fondé copiloté par une puissance morcelée : le Fédéral pour le financement des actes techniques, les Communautés pour l'agencement et la communication et les Provinces pour l'appui logistique.

De volksvertegenwoordiger heeft het vervolgens over de werking van Brumammo. Sinds het borstkankeropsporingsprogramma in het najaar 2002 werd opgestart, zijn alle vrouwen van 50 tot 69 jaar uitgenodigd om elke twee jaar gratis een degelijke mammografie te laten uitvoeren. Dat programma strekt ertoe het aantal overlijdens wegens borstkanker te verminderen. De doeltreffendheid hangt af van de dekkingsgraad van de doelgroep.

Gemiddeld neemt 8,3 % van de vrouwen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest deel aan dat programma. Dat percentage is evenwel niet helemaal correct, want die cijfers houden geen rekening met de opsporings- en diagnosemammografieën die de vrouwen op eigen initiatief of op initiatief van hun arts laten uitvoeren. De heer André du Bus de Warnaffe wenst een onderscheid te maken tussen het volledige borstonderzoek dat de voorkeur van de gynaecologen heeft en de mammotest die vaak ten onrechte voorgesteld wordt als de oplossing die de deelname van de minder welgestelden aan de opsporingsprogramma's vergemakkelijkt.

De totale dekking tijdens de onderzochte periode van twee jaar bedraagt 50 % van het Brussels Gewest. Het verslag van het Intermutualist Agentschap wijst op een significante stijging van de dekking in vergelijking met de periode 2001-2002. Het is waar dat de opsporingsmammografieën (de opsporingstechniek voorgesteld door de Europese en de federale regering) thans maar 14 % uitmaken van het totale aantal mammografieën. De uitgestippelde strategie bereikt onvoldoende of helemaal niet de vrouwen van de voormelde leeftijdsgroep, inzonderheid de meest achtergestelde vrouwen.

De heer André du Bus de Warnaffe voegt eraan toe dat uit het onderzoek van de participatiegraad en de keuze van de twee opsporingstechnieken zeer duidelijk blijkt dat er nog heel wat werk voor de boeg is om de preventie efficiënt te maken en het sterftecijfer te doen dalen.

Na vier jaar werking, is het dus essentieel dat in het Brussels Gewest een balans opgemaakt wordt van de programma's voor de opsporing van borstkanker en dat de bestaande maatregelen worden verbeterd. In dat verband, is het van fundamenteel belang om :

– de gemeenschappelijke sensibiliseringsstrategie van Brumammo op het vlak van borstkankerpreventie te optimaliseren, inzonderheid samen met het LOGO en het CLPS, door middel van tweetalige preventieprogramma's voor Brussel en sensibiliseringscampagnes voor de Nederlandstalige en Franstalige doelgroepen. Die programma's zouden de vrouwen moeten bereiken die vandaag geen mammotests of mammografieën laten uitvoeren;

– een beroep te doen op zoveel mogelijk partners die rechtstreeks in contact staan met de betrokken bevol-

Le député aborde ensuite l'action de Brumammo. Depuis le lancement du programme de dépistage organisé en automne 2002, toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans sont invitées tous les deux ans à faire, gratuitement, une mammographie de qualité. L'objectif de ce programme est de réduire le nombre de décès suite à un cancer du sein. Son efficacité est liée à un large taux de couverture du groupe cible.

Le taux de participation moyen à ce programme gratuit des femmes résidant en Région de Bruxelles-Capitale est de 8,3 %. Cependant, ce pourcentage ne reflète pas parfaitement la participation des femmes car ces chiffres ne tiennent pas compte des mammographies de dépistage et de diagnostic réalisées par les femmes, soit à leur propre initiative soit à celle de leur médecin. M. André du Bus de Warnaffe souhaite inclure une distinction entre le bilan sénologique complet largement préconisé par les gynécologues et le mammotest souvent présenté à tort comme la solution facilitant l'accès au dépistage pour les personnes moins aisées financièrement.

La couverture totale au cours de la période étudiée de deux ans s'élève à 50 % en Région bruxelloise. Le rapport de l'Agence intermutualiste indique une croissance significative de la portée par rapport à la période 2001/2002. Il est vrai que les mammographies de dépistage ne représentent, à l'heure actuelle, que 14 % du nombre total des mammographies. Par ailleurs, la stratégie menée ne permet pas ou insuffisamment d'atteindre, de manière significative, les femmes de cette tranche d'âge et particulièrement les plus défavorisées.

M. André du Bus de Warnaffe ajoute que l'examen des chiffres de taux de participation et du choix des deux techniques de dépistage montre très clairement qu'il reste encore du chemin à faire pour veiller à ce que les systèmes de prévention soient efficaces et donc que le taux de morbidité diminue.

Il est donc essentiel, après quatre années de fonctionnement, de dresser, en Région bruxelloise, un bilan des programmes organisés de dépistage du cancer du sein et d'améliorer le dispositif existant. Dans cette optique, l'intervenant pense qu'il est essentiel de veiller à :

– optimaliser la stratégie commune de sensibilisation de Brumammo en matière de prévention du cancer du sein, notamment avec le LOGO et le CLPS par la mise en place de programmes bilingues de prévention bilingue bruxelloise et d'action de sensibilisation vers les publics bilingues. Ces programmes viseraient à toucher, notamment, un public qui ne recourt aujourd'hui ni au mammotest, ni à la mammographie;

– impliquer le plus grand nombre d'acteurs en contact premier avec les populations concernées tels que les méde-

kingsgroepen, zoals de huisartsen, de gemeenten (zoals in de laatste regeringsverklaring staat), de OCMW's, de welzijn- en gezondheidswerkers, de buurtmedia en de ziekenfondsen. Tot nu toe, zijn die evenwel weinig met de problematiek bezig.

Tot besluit van zijn betoog, herinnert de volksvertegenwoordiger eraan dat deze resolutie ertoe strekt opsporingsprogramma's die een groot aantal vrouwen bereiken op te zetten en daartoe alle mogelijke menselijke en institutionele kanalen in te schakelen.

II. Advies van het Verenigd College

Collegelid Guy Vanhengel stemt, namens het Verenigd College, in met het ingediende voorstel van resolutie. Uit wat gezegd is, blijkt hoe moeilijk het is om een publiek van buitenlandse oorsprong te bereiken en het te overtuigen om aan de opsporing deel te nemen. Een recente officiële reis naar Marokko was voor het collegelid zeer verhelderend in dat verband en hij wil de commissieleden zijn ervaring laten delen.

Dat bezoek vond plaats in het kader van een samenwerking tussen het Instituut Jules Bordet en het universitaire ziekenhuis van Rabat wat betreft het gebruik van de techniek van tweede lezing via digitale weg. Dat systeem maakt het mogelijk om in Bordet een tweede lezing te doen van de mammografieën die in Rabat zijn gemaakt en vice versa. Verschillende Marokkaanse media hebben over die samenwerking bericht. Het collegelid is er dientengevolge dan ook van overtuigd dat het belangrijk zou zijn om de Marokkaanse media te gebruiken en aldus de bevolking van Marokkaanse oorsprong bewust te maken van dat vraagstuk, want die media worden in ons land sterk gevolgd. Dat is een aspect dat in het debat aan bod moet komen.

De spreker bevestigt dat het Verenigd College belang hecht aan het probleem en terzake een beleid wil blijven ontwikkelen.

Mevrouw Fatiha Saïdi dankt het collegelid voor zijn getuigenis over de voormelde samenwerking, die een mooi voorbeeld is van samenwerking tussen Noord en Zuid, waarvoor de parlementslid van de democratische partijen regelmatig pleiten. De volksvertegenwoordigster gaat volledig akkoord met de heer Guy Vanhengel en herinnert eraan dat zijzelf regelmatig wijst op de noodzaak om gebruik te maken van parallelle communicatiemiddelen, die soms meer resultaat opleveren dan onze traditionele mediakanalen. Zij denkt bijvoorbeeld aan de radio's van de gemeenschappen en de verenigingen zich die met de vrouwen van buitenlandse oorsprong werken.

cins généralistes, les communes (comme rappelé dans la dernière déclaration gouvernementale), les CPAS, les travailleurs socio-sanitaires, les médias de proximité et les mutualités. A ce jour, ils restent cependant peu mobilisés sur cette problématique.

Le député conclut son intervention en rappelant que l'objectif de cette résolution est de parvenir à l'organisation de programmes de dépistage qui touchent un nombre important de femmes et d'activer, pour ce faire, l'ensemble des relais humains et institutionnels potentiels.

II. Avis du Collège réuni

Le membre du Collège Guy Vanhengel souscrit, au nom du Collège réuni, à la proposition de résolution déposée. Les débats précédents ont montré la difficulté de s'adresser à un public d'origine étrangère et de le convaincre de recourir au dépistage. Un récent voyage officiel au Maroc a alimenté la réflexion du membre du Collège sur cette question et il souhaite faire part de son expérience aux membres de la commission.

Cette visite s'inscrivait dans le cadre d'une collaboration entre l'Institut Jules Bordet et l'Hôpital universitaire de Rabat portant sur l'utilisation de la technique de deuxième lecture par voie digitalisée. Ce système permet de faire à Bordet une deuxième lecture des mammographies réalisées à Rabat et vice versa. A cette occasion, différents médias marocains ont rendu compte de cette coopération. Partant de ce constat, le membre du Collège pense qu'il serait important d'utiliser les médias marocains pour sensibiliser la population d'origine marocaine à cette question car ils sont fortement regardés dans notre pays. Il s'agit d'un élément à intégrer dans le débat.

L'intervenant entend enfin réaffirmer l'implication du Collège réuni sur cette question et la volonté de continuer à développer la politique en la matière.

Mme Fatiha Saïdi remercie le membre du Collège pour son témoignage qui rend compte d'un bel exemple de collaboration nord/sud pour laquelle les élus des partis démocratiques plaident régulièrement. La députée est entièrement d'accord avec M. Guy Vanhengel et rappelle qu'elle-même insiste régulièrement sur la nécessité d'utiliser les modes de communication parallèles, parfois plus porteurs que nos médias traditionnels. Elle pense par exemple aux radios communautaires et aux associations oeuvrant avec les femmes d'origine étrangère.

III. Algemene bespreking

Mevrouw Françoise Bertieaux zegt en betreurt dat een spijtige samenloop van omstandigheden ertoe geleid heeft dat de MR-fractie officieel geen medeondertekenaar is van dit voorstel, maar zij onderstreept dat de MR-fractie in het algemeen achter de doelstellingen en de bepalingen van de tekst staat. Zij vraagt dat dit in het verslag genotuleerd wordt. Tijdens de bespreking, zal de volksvertegenwoordiger twee amendementen indienen en zij rekent op de instemming van de commissieleden.

De spreekster wil de werkzaamheden van de commissie niet vertragen, omdat in deze aangelegenheden spoed immer vereist is. Iedere dag die voorbijgaat, is een verloren dag voor de verbetering van de preventie. Zij meent evenwel dat het interessant zou zijn een vertegenwoordiger te horen van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, zelfs na de goedkeuring van de tekst van deze resolutie, om een balans op te maken van de jongste ontwikkelingen in dat verband en na te gaan of de bepalingen van de goedgekeurde tekst wel degelijke rekening houden met de zaken waarmee rekening gehouden moet worden. De spreekster herinnert eraan dat dit voorstel ingediend is in april 2006, dat de toelichting, waarin sprake is van statistieken, ongeveer een jaar geleden geschreven is en dat er ondertussen misschien verbeteringen geweest zijn. Het zou interessant zijn om daar iets over te vernemen.

De heer Paul Galand meent dat men de bestaande consensus moet aanwenden om te proberen vorderingen te maken in de goede richting, te weten een verhoging van het aantal vrouwen dat gescreend wordt.

De volksvertegenwoordiger herinnert er echter aan dat er, naast de opsporing, die onder de secundaire preventie valt, ander belangrijke aspecten geactiveerd moeten worden, zoals bijvoorbeeld het onderzoek naar de doorslaggevende factoren. Het is immers niet normaal dat er in onze bevolkingsgroepen altijd maar meer vrouwen met borstkanker zijn. Naast de opsporing, moet dus werk gemaakt worden van een doorgedreven onderzoek naar de oorzaken en van de strijd tegen de doorslaggevende factoren, omdat niet alle bevolkingsgroepen op dezelfde manier getroffen worden. Bepaalde bevolkingsgroepen hebben een levenswijze en een leefomgeving die de kans op borstkanker verminderen, en omgekeerd.

Iedereen is het er wel over eens dat de opsporingscampagnes zoveel mogelijk mensen moeten bereiken, maar de spreker onderstreept dat het even belangrijk is om te zeggen op welke factoren moet ingewerkt worden met de meeste kans op goede resultaten.

De heer Paul Galand vraagt ook opheldering over de inzameling van gegevens want om een balans te kunnen opstellen, moet men zeker zijn van de cijfers.

De spreker hoort zojuist dat het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn een evaluatieverslag bekendge-

III. Discussion générale

Mme Françoise Bertieaux déclare et regrette qu'un malheureux concours de circonstances a fait que le groupe MR n'est pas formellement cosignataire de cette proposition mais souligne que le groupe MR adhère globalement aux objectifs et au dispositif de ce texte. Elle demande que cela soit acté au rapport. Lors de la discussion, la députée présentera deux amendements et elle espère qu'ils recevront l'adhésion des membres de la commission.

L'intervenante ne veut pas retarder les travaux de la commission car il y a toujours urgence dans ces matières et chaque jour qui passe est un jour de perdu pour améliorer la prévention. Elle pense néanmoins qu'il serait intéressant d'entendre un représentant de l'Observatoire de la Santé et du Social, même après le vote du texte de cette résolution, pour faire le point sur les derniers développements en la matière et voir si le dispositif du texte voté prend bien en compte tout ce qui doit l'être. L'intervenante rappelle que le dépôt de cette proposition de résolution remonte au mois d'avril 2006, que les développements qui font état de statistiques ont donc été écrits il y a près d'un an, et qu'entre temps des améliorations ont peut-être eu lieu. Il serait intéressant d'en être informé.

M. Paul Galand pense qu'il faut profiter du consensus existant pour essayer d'avancer dans la bonne direction, c'est-à-dire une augmentation du nombre de femmes qui bénéficient d'un dépistage.

Cependant, à côté du dépistage qui relève de la prévention secondaire, le député rappelle qu'il existe d'autres aspects importants à activer, comme par exemple la recherche sur les facteurs déterminants. En effet, il n'est pas normal de voir dans nos populations un nombre de plus en plus important de femmes atteintes d'un cancer du sein. A côté du dépistage, il ne faut donc pas oublier de renforcer la recherche pour agir sur les causes et lutter contre les facteurs favorisants, car toutes les populations ne sont pas atteintes de la même façon. Certains groupes de population ont des comportements de vie et des facteurs environnementaux qui font qu'ils sont moins touchés par le cancer du sein et inversement.

Si tout le monde est d'accord sur le fait que les campagnes de dépistage doivent toucher un plus grand nombre de personnes, l'orateur souligne qu'il est également important d'indiquer les facteurs sur lesquels agir avec le plus de probabilité de bons résultats.

M. Paul Galand aimerait aussi avoir des éclaircissements sur la récolte des données, car pour établir un bilan, il faut pouvoir être sûr des chiffres avancés.

L'intervenant vient d'apprendre que l'Observatoire de la Santé et du Social a publié un rapport d'évaluation du pro-

maakt heeft over het opsporingsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest. Het probleem is natuurlijk ernstig en dringend, maar de volksvertegenwoordiger is toch voorstander van een hoorzitting met een vertegenwoordiger van Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, alsook met de arts die verantwoordelijk is voor het Brussels referentiecentrum. Hij wenst dat dit snel georganiseerd wordt, nog voor het einde van de bespreking van dit voorstel, zodanig dat de tekst vóór of net na de paasvakantie tijdens de plenaire vergadering aangenomen kan worden.

Zoals de heer du Bus de Warnaffe terecht gezegd heeft, onderstreept de heer Galand de methodologische ambitie van dat opsporingssysteem. Voor de eerste maal is er een zekere coherentie met het RIZIV, dat de technische handeling terugbetaalt (principe van gelijkheid) en de Gewesten en Gemeenschappen houden in het kader van hun verantwoordelijkheid rekening met de sociale groepen en de culturele en territoriale bijzonderheden (principe van subsidiariteit). Als hetzelfde systeem van toepassing zou zijn voor de inentingen, zou het RIZIV de totale prijs van het inentingsproduct betalen terwijl de Gemeenschappen bevoegd zouden zijn voor de inentingscampagnes.

Mevrouw Anne-Sylvie Mouzon preciseert dat de mensen in orde moeten zijn met de betaling van hun bijdrage, anders betaalt het RIZIV helemaal niets. Bepaalde bevolkingsgroepen zijn daarmee niet in orde en in de huidige situatie beslissen de OCMW's of zij willen betalen om een gratis opsporing aan te bieden.

De volksvertegenwoordiger meent ook dat het belangrijk is de cijfers van Brumammo en die van het RIZIV te onderzoeken (om te weten hoeveel onderzoeken gedaan worden zonder Brumammo), om een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van de problematiek.

Wat de analyse van de oorzaken van borstkanker betreft, wenst de spreker dat de commissie een deskundige van het Instituut Bordet hoort om een balans op te maken van de onderzoeken in dat verband.

Mevrouw Anne-Sylvie Mouzon wil tot slot weten hoeveel vrouwelijke radiologen gespecialiseerd zijn in de behandeling van borstkanker, vergeleken met het aantal mannen. Tal van vrouwen houden er niet van om zich te laten verzorgen door een man en het nieuws te horen te krijgen van een man.

De heer Paul Galand zegt dat zij de nagel op de kop slaat, vooral dat a contrario een van de volgende kankers waarvan de opsporing bestudeerd zal moeten worden, prostaatkanker is.

Mevrouw Fatiha Saïdi is het eens met het voorstel van mevrouw Françoise Bertieaux. Ze wenst evenwel dat een strikt tijdpad opgesteld wordt, want zoals mevrouw Françoise Bertieaux terecht gezegd heeft, is dit voorstel in april 2006 ingediend, met de hoop dat het in oktober 2006

gramme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise. S'il est vrai que ce problème est grave et urgent, le député se déclare néanmoins favorable à l'audition d'un représentant de l'Observatoire de la Santé et du Social ainsi qu'à celle du médecin responsable du centre de référence bruxellois. Il souhaite que cela soit organisé rapidement et avant de clôturer l'examen de cette proposition de façon à ce que le texte puisse être voté en séance plénière avant ou juste après les vacances de Pâques.

Comme M. du Bus de Warnaffe l'a justement fait remarquer, M. Galand tient à souligner l'ambition méthodologique de ce système de dépistage. Pour la première fois, il revêt une certaine cohérence avec l'INAMI qui rembourse l'acte technique (principe d'égalité) et les Régions et Communautés s'adaptent pour leur part de responsabilité aux groupes sociaux et aux spécificités culturelles et territoriales (principe de subsidiarité). Si le même système était d'application pour les vaccinations, l'INAMI paierait la totalité du produit vaccin tandis que les Communautés seraient responsables des campagnes de vaccination.

Mme Anne-Sylvie Mouzon précise que les personnes doivent être en ordre de paiement de leur cotisation pour que l'INAMI intervienne. Or, certaines populations ne le sont pas et pour celles-là, dans l'état actuel des choses, ce sont les CPAS qui décident ou non d'intervenir pour leur procurer un dépistage gratuit.

La députée pense également qu'il est important d'étudier les chiffres de Brumammo ainsi que ceux de l'INAMI (pour savoir combien de dépistages sont faits hors Brumammo), pour avoir une vision de la problématique la plus précise possible.

En ce qui concerne l'analyse des causes du cancer du sein, l'intervenante souhaite que la commission procède à l'audition d'un spécialiste de l'Institut Bordet pour faire un état des lieux des études en la matière.

Mme Anne-Sylvie Mouzon désire enfin connaître le nombre de femmes radiologues spécialisées dans le traitement du cancer du sein par rapport au nombre d'hommes. En effet, beaucoup de femmes sont encore réticentes à être soignées et à se faire annoncer la nouvelle par un homme.

M. Paul Galand souligne la pertinence de ces propos et ce d'autant plus que, à contrario, un des prochains cancers dont il faudra étudier le dépistage est celui de la prostate.

Mme Fatiha Saïdi adhère à la proposition de Mme Françoise Bertieaux. Elle souhaite néanmoins qu'on se fixe un calendrier strict car, comme Mme Françoise Bertieaux l'a très justement rappelé, cette proposition a été déposée en avril 2006 avec l'espoir d'être votée en octobre 2006,

goedgekeurd zou worden, i.e. de Europese maand van de sensibilisering voor borstkanker. De volksvertegenwoordiger stemt dus in met het verzoek om deskundigen te horen, maar zij vraagt dat men precies en beknopt zou zijn : één vergadering van de commissie gewijd aan de hoorzittingen en één andere aan de voortzetting van de algemene bespreking en de goedkeuring van het voorstel van resolutie.

Mevrouw Françoise Bertieaux verheugt zich over de wending die de bespreking neemt en stemt ermee in dat één vergadering van de commissie gewijd wordt aan het horen van deskundigen.

De heer André du Bus de Warnaffe sluit zich ook aan bij het verzoek van mevrouw Françoise Bertieaux om een vertegenwoordiger van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn te horen. Naast een vertegenwoordiger van het Instituut Jules Bordet, wenst hij ook over te gaan tot de hoorzitting met een vertegenwoordiger van Brumammo.

De voorzitter besluit uit de gedachtewisseling dat een hoorzitting gehouden zal worden met een vertegenwoordiger van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, het Instituut Jules Bordet en van de vzw Brumammo, en dat de bespreking en de stemming tijdens de volgende vergadering zullen plaatsvinden.

IV. Hoorzittingen

IV.1. Hoorzitting met mevrouw Myriam De Spiegelaere, wetenschappelijk directrice van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Mevrouw Myriam De Spiegelaere preciseert dat het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn belast is met de evaluatie van het georganiseerde opsporingsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest. Zij voegt eraan toe dat de voorgestelde gegevens betrekking hebben op de eerste « round » van het programma, de periode 2003-2004. De evaluatie kan maar gedaan worden per « ronde » van twee jaar, omdat het programma voorziet in een mammografie om de twee jaar (de helft van de vrouwen wordt het eerste jaar uitgenodigd en de andere helft het tweede jaar). Het verslag bevat echter enkele gegevens over 2005.

Thans beschikt het Observatorium niet over exacte gegevens over het aantal nieuwe borstkankergevallen in Brussel. Het toekomstige kankerregister, gesteund door de GGC, zal binnenkort die leemte opvullen en de gegevens voor 2005 zouden in 2008 beschikbaar moeten zijn. Als men de percentages per leeftijd van Vlaanderen toepast in Brussel, zou men in 2005 800 nieuwe borstkankers tellen. De bevolking waarop het programma mikt, te weten de vrouwen van 50 tot 69 jaar, vertegenwoordigt 376 gevallen.

De helft van de kankers komt aan het licht in de leeftijdscategorie waarop het programma betrekking heeft, een

mois européen de la sensibilisation au cancer du sein. La députée souscrit donc à la demande d'audition d'experts mais demande qu'on soit précis et concis : une séance de la commission consacrée à ces auditions et une autre à la poursuite de la discussion générale et au vote de cette proposition de résolution.

Mme Françoise Bertieaux se réjouit de la tournure de la discussion et marque son accord pour qu'une séance de la commission soit consacrée à l'audition d'experts.

M. André du Bus de Warnaffe souscrit également à la demande de Mme Françoise Bertieaux d'entendre un représentant de l'Observatoire de la Santé et du Social. A côté d'un représentant de l'Institut Jules Bordet, il désire également procéder à l'audition d'un représentant de Brumammo.

Le président conclut de ces échanges que l'audition d'un représentant de l'Observatoire de la Santé et du Social, de l'Institut Jules Bordet, et de l'asbl Brumammo sera organisée lors de la prochaine réunion, puis que la discussion et le vote auront lieu lors de la réunion suivante.

IV. Auditions

IV.1. Audition de Mme Myriam De Spiegelaere, directrice scientifique de l'Observatoire de la Santé et du Social

Mme Myriam De Spiegelaere précise que l'Observatoire de la Santé et du Social a été chargé de l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise. Elle ajoute que les données présentées se rapportent au premier « round » du programme, correspondant aux années 2003-2004. L'évaluation ne peut se faire que par round de deux ans car le programme prévoit que les femmes fassent une mammographie tous les deux ans (la moitié d'entre-elles est invitée une première année et l'autre la deuxième). Le rapport contient cependant quelques données relatives à 2005.

A l'heure actuelle, l'Observatoire ne dispose pas de données exactes sur le nombre de nouveaux cas de cancer du sein à Bruxelles. Le futur registre du cancer, soutenu par la COCOM, comblera prochainement ce manque et les données pour l'année 2005 devraient être disponibles en 2008. Si on applique les taux d'incidence par âge observés en Flandre à Bruxelles, on dénombrerait huit cent nouveaux cas de cancer du sein en 2005, la population ciblée par le programme, c'est-à-dire les femmes âgées de 50 à 69 ans, représentant 376 cas.

La moitié des cancers se déclare au cours de la période ciblée par le programme, un quart concerne des femmes de

vierde komt voor bij vrouwen jonger dan 50 jaar en nog een vierde bij vrouwen van 70 of ouder. Borstkanker is de belangrijkste oorzaak van overlijden door kanker en de belangrijkste oorzaak van vroegtijdig overlijden bij de vrouw (jonger dan 65).

Het evaluatieverslag bevat precieze informatie over de sterfte door borstkanker in het Brussels Gewest. Ieder jaar sterven er gemiddeld 234 Brusselse vrouwen aan borstkanker. De sterftecijfers zijn de laatste jaren stabiel (een derde van de overlijdens komt voor bij de vrouwen van 50 tot 69 jaar).

In een multicultureel Gewest als Brussel kan men vaststellen dat na de leeftijd van 50 jaar het sterftecijfer voor borstkanker duidelijk lager is bij vrouwen uit Zuid-Europa en Marokko. Dat is niet het geval voor de jongere vrouwen. Men zal dus bijzondere inspanningen moeten doen om die vrouwen warm te maken voor de screening omdat zij, in tegenstelling tot de Belgische vrouwen, een kleinere kans hebben om in hun omgeving mensen te ontmoeten die aan borstkanker lijden.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere stelt het algemene schema van het Brusselse programma voor. Er bestaan twee manieren om in het opsporingsprogramma te stappen : de behandelende arts schrijft een mammotest voor (de beste oplossing) of Brumammo stuurt een uitnodiging.

De patiënte ondergaat de mammotest in een erkend centrum naar keuze. Bij het onderzoek moet zij de naam geven van een referentiearts naar wie de resultaten gestuurd worden. De mammografie gebeurt door een technicus en het protocol is de verantwoordelijkheid van de radioloog die de eerste lezer is. Na de foto's bekeken te hebben, stuurt deze laatste ze samen met een protocolfiche op naar Brumammo die een tweede lezing uitvoert. In geval van onenigheid met de eerste lezing van het erkend centrum, gaat Brumammo over tot een derde lezing. Brumammo zendt dan de resultaten naar de radioloog/eerste lezer, die ze bezorgt aan de referentiearts die de patiënte op de hoogte moet brengen van het resultaat en eventueel moet bijsturen. Die referentiearts moet ook de resultaten van de follow-up aan Brumammo bezorgen.

Om de vrouwen uit te nodigen, ontvangt Brumammo, via het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, een bestand opgemaakt door de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid op basis van de gegevens bezorgd door de ziekenfondsen.

Het aantal mammotest uitgevoerd door de Brusselse radiologiecentra sinds het begin van het programma in juni 2002 toont aan dat de activiteit tot het tweede semester 2004 gestegen is, gevolgd door een lichte daling in 2005. Men ziet ook dat een tamelijk hoog aantal vrouwen in Vlaanderen woont.

moins de 50 ans et un quart des femmes de 70 ans et plus. Le cancer du sein représente la première cause de décès par cancer et la première cause de décès prématuré (avant 65 ans) chez la femme.

Le rapport d'évaluation contient des données précises concernant la mortalité par cancer du sein pour la Région bruxelloise. Chaque année, 234 femmes bruxelloises en moyenne décèdent de cette maladie. Les taux de mortalité sont stables ces dernières années (un tiers des décès concernent des femmes de 50 à 69 ans).

Dans une région multiculturelle comme Bruxelles, on observe qu'au delà de l'âge de 50 ans, la mortalité par cancer du sein est nettement plus faible parmi les femmes d'Europe du sud et les Marocaines. Ce n'est pas le cas pour les plus jeunes. Il faudra donc faire des efforts particuliers pour sensibiliser ces femmes au dépistage car, contrairement aux belges, elles ont moins de probabilité de rencontrer une personne souffrant de cette pathologie parmi leurs proches.

Mme Myriam De Spiegelaere présente le schéma général du programme bruxellois. Il existe deux voies pour entrer dans le programme de dépistage : la prescription d'un mammotest par le médecin traitant, à privilégier, ou l'invitation envoyée par Brumammo.

La patiente réalise le mammotest dans l'unité agréée de son choix. Lors de l'examen, elle doit donner le nom d'un médecin référent à qui les résultats seront communiqués. La mammographie est réalisée par un technicien et protocolée par le radiologue premier lecteur. Après avoir examiné les clichés, ce dernier les envoie, avec une fiche de protocole, à Brumammo qui réalise une deuxième lecture. En cas de discordance avec la première lecture de l'unité agréée, Brumammo procède à une troisième lecture. Brumammo renvoie alors les résultats au radiologue premier lecteur, lequel les transmet au médecin référent qui est chargé d'informer la patiente du résultat et éventuellement d'initier une mise au point complémentaire. Ce médecin référent est également chargé de transmettre les informations de suivi à Brumammo.

Pour inviter les femmes, Brumammo reçoit, par l'intermédiaire de l'Observatoire de la Santé et du Social, un fichier constitué par la Banque Carrefour de la sécurité sociale au départ des données transmises par les mutuelles.

Le nombre de mammotests réalisés par les unités de radiologie bruxelloises depuis le début du programme, en juin 2002, montre une augmentation de l'activité jusqu'au deuxième semestre 2004 suivie d'un léger ralentissement pour l'année 2005. On observe également qu'un nombre assez important de femmes résident en Flandre.

Het overzicht van de spreiding van de mammotests naargelang de toegang tot het programma toont aan dat het aantal vrouwen dat met een voorschrift komt tussen 2003 en 2005 vermindert, wat de vraag doet rijzen van een gebrek aan interesse van de gezondheidswerkers. De geneesheren hadden van in het begin gevraagd dat men die variabele zou volgen om hun aandeel te evalueren. Men moet echter voorzichtig blijven met de interpretaties omdat er enkele validiteitsproblemen rijzen voor die variabele; de informatie ontbreekt bijvoorbeeld voor 20 % van de onderzoeken. Bovendien, als een patiënte zich aanbiedt met een uitnodiging en een voorschrift, wordt het voorschrift geregistreerd (er is dus een te lage raming van de frequentie van de uitnodigingen).

Bij het onderzoek wordt aan elke vrouw gevraagd wat haar ertoe gebracht heeft om een mammotest te ondergaan. De resultaten lopen gelijk met die uit het vorige overzicht. Het aantal vrouwen dat de artsen (gynaecologen en huisartsen) aanhaalt als aanzet vermindert tussen 2003 en 2005 (van 58 % aan het begin van het programma naar 43 % in 2005). Het mindere succes van het programma lijkt dus eerder het gevolg van een verminderde interesse van de gezondheidswerkers dan van een verminderde reactie op de uitnodigingen. De rol van de media is trouwens ook marginaal, omdat met name op het moment van het onderzoek de oorspronkelijke informatiecampagne nog niet herhaald was. Het advies van de arts is dus doorslaggevend om de patiënte te overtuigen van een mammotest.

Het Observatorium heeft een verkennende kwalitatieve studie uitgevoerd om de houding van de artsen (gynaecologen en huisartsen) beter te kunnen begrijpen en verbeteringen aan het programma voor te stellen. Uit dat onderzoek blijkt onder andere dat :

– er een consensus tussen de artsen bestaat over het nut van opsporing, maar niet over de manier om die te organiseren. Sommigen twijfelen aan de leeftijd van de doelgroep of de frequentie van het onderzoek (zonder wetenschappelijke grond). Anderen hebben vragen bij het mogelijke verband tussen het programma en de opsporing buiten het programma met volledige check-up;

– sommige artsen grijpen via het georganiseerde programma de kans om vrouwen zonder behandelende geneesheer aan zich te binden en beschouwen het als een gelegenheid om hun preventiediscours bij hun patiënten te legitimeren. Zeer weinigen zien de voordelen van het programma als kwaliteitscontrole van de opsporing;

– de artsen zijn vaak slecht op de hoogte van het programma. Dat kan een gevoel van uitsluiting van het programma creëren, dat paradoxaal genoeg wil steunen op de dokters die doorverwijzen (1e weg). De meeste wensen meer te worden betrokken bij het programma, inzonderheid inzake beslissing;

La répartition des mammotests selon la voie d'entrée dans le programme montre que la proportion de femmes venant avec une prescription diminue entre 2003 et 2005, ce qui pose la question d'un désinvestissement des professionnels de la santé. Les médecins avaient, dès le départ, demandé qu'on suive cette variable pour évaluer leur participation. Il faut toutefois rester prudent dans les interprétations parce qu'il y a quelques problèmes de validité pour cette variable; en particulier, cette information est manquante pour 20 % des examens. De plus, quand une patiente se présente avec une invitation et une prescription, c'est la prescription qui est encodée (il y a donc sous-estimation de la fréquence des invitations).

Lors de l'examen, il est demandé à chaque femme ce qui l'a incité à passer un mammotest. Les résultats rejoignent les précédents. En effet, la proportion de femmes qui citent les médecins (gynécologues et généralistes) comme facteurs incitants diminue entre 2003 et 2005 (de 58 % en début de programme à 43 % en 2005). Le ralentissement du programme semble donc davantage attribuable à un moindre investissement des professionnels qu'à une moindre réponse aux invitations. On notera aussi que le rôle des médias reste marginal, notamment parce qu'au moment de l'étude, la campagne d'information initiale n'avait pas encore été répétée. L'avis du médecin est donc l'élément clé dans la détermination de la patiente à passer un mammotest.

L'Observatoire a réalisé une étude qualitative exploratoire afin de mieux comprendre l'attitude des médecins (gynécologues et généralistes) et de proposer des améliorations du programme. Il ressort en autres de cette enquête que :

– un consensus des médecins existe sur l'utilité du dépistage, mais pas sur la manière de l'organiser. Certains remettent en question l'âge-cible ou la fréquence de l'examen (sans pour autant s'appuyer sur des bases scientifiques). D'autres s'interrogent sur l'articulation possible entre le programme et le dépistage hors programme par bilan complet;

– certains médecins voient dans le programme organisé l'opportunité de récupérer les femmes sans médecin traitant et l'occasion de légitimer leur discours de prévention auprès de leurs patients. Très peu identifient les avantages du programme en termes de contrôle de qualité du dépistage;

– les médecins sont souvent mal informés sur le programme. Cela peut engendrer un sentiment d'exclusion du programme qui, paradoxalement, entend s'appuyer largement sur les médecins en privilégiant l'entrée par la prescription (1ère voie). La plupart d'entre eux souhaite une plus grande implication dans le programme, notamment en matière de décision;

– de participatie van de gezondheidswerkers is ongelijk. Terwijl sommigen actief deelnemen uit overtuiging (zoals sommige medische centra die sterk aan preventie doen) hebben anderen bezwaren omdat ze het programma als minder degelijk beschouwen (afwezigheid van klinisch onderzoek, onpersoonlijk karakter, geen onmiddellijke verbetering en wachttijden voor het resultaat). Andere redenen die worden ingeroepen om niet actief deel te nemen zijn het gebrek aan informatie, de gewoonte van het onderzoek en van de radioloog en de keuze die moet worden gelaten aan de vrouwen. Sommigen zien de opsporing als een massaprogramma voor de kansarme bevolking. Ze maken gewag van een geneeskunde met twee snelheden waarbij het programma wordt afgewogen tegen een meer persoonlijke behandeling.

De kijk van de vrouwen op het programma kon niet optimaal worden vastgesteld maar elementen die overeenkomen met de internationale literatuur blijken uit bevragingen uitgevoerd in andere landen, uit gesprekken met professionals van de gezondheidszorg en uit activiteiten van de gezondheidsworkshop van Forest Quartier Santé. Het blijkt dus dat :

– de geneesheer een sleutelrol speelt in de informatie en de aansporing om deel te nemen aan het programma. De graad van instemming bepaalt die van de patiënten;

– de vrouwen enorm veel angsten moeten overwinnen om het onderzoek te ondergaan : schrik van het onderzoek (pijn, idee dat de samendrukking een factor van verspreiding van de kanker zou zijn), schrik van de stralingen, schrik van de kanker, enzovoort;

– zij verkiezen dat de dokter het initiatief neemt tot het onderzoek en zij meer gerustgesteld zijn als dat gebeurt in het kader van een jaarlijks protocol van de preventieve handelingen;

– ze ook zeggen dat ze niet genoeg informatie hebben over de kanker en over de opsporing;

– de uitnodiging soms niet duidelijk is en verward wordt met reclame.

De professionals van de gezondheidszorg roepen vaak de te lange termijn in tussen de uitvoering van de mammotest en de ontvangst van het resultaat als rem voor de deelname aan het programma. Die termijn kan een bron van angst zijn. De mediaantermijn (te weten termijn waarvoor 50 % van de testen worden bezorgd) tussen de mammotest en de verzending van het resultaat aan het radiologiecentrum was 15 dagen in 2003 en 12 dagen in 2005. De termijn tussen de mammotest en de tweede lezing in Brumammo blijft nog lang in weerwil van de inspanningen van Brumammo die de foto's op verzoek komt halen. Daarentegen is het Brumammo gelukt om de termijnen voor de eigen activiteit (te weten tweede lezing en verzen-

– la participation des professionnels de la santé est inégale. Tandis que certains participent activement par conviction (comme certaines maisons médicales fortement investies dans la prévention), d'autres expriment des réticences car ils perçoivent le programme comme de moindre qualité (absence d'examen clinique, caractère impersonnel, pas de mise au point immédiate et délais d'attente du résultat). D'autres raisons invoquées pour ne pas participer activement sont le manque d'information, l'habitude du bilan et du radiologue et le choix qui doit être laissé aux femmes. Certains perçoivent le dépistage organisé comme un programme de masse, réservé à la population précarisée. Ils parlent d'une médecine à deux vitesses en opposant le programme à une prise en charge plus personnalisée.

La perception du programme par les femmes n'a pas pu être recueillie de façon optimale mais des éléments concordants avec la littérature internationale ressortent d'enquêtes effectuées dans d'autres pays, d'entretiens avec les professionnels de la santé et des travaux de l'atelier de santé de Forest Quartier Santé. Il apparaît ainsi que :

– le médecin joue un rôle clé dans l'information et l'incitation à participer au programme. Son degré d'adhésion détermine celui de ses patientes;

– les femmes doivent surmonter énormément de craintes pour réaliser cet examen : peur de l'examen (douleur, idée que la compression serait un facteur de dissémination du cancer), peur des radiations, peur du cancer, etc.;

– elles préfèrent que le médecin prenne l'initiative du test et elles sont plus rassurées lorsque cela se passe dans le cadre d'un protocole annuel des actes préventifs;

– elles disent également manquer d'information sur le cancer et sur le dépistage;

– enfin, l'invitation est parfois mal identifiée et confondue avec une publicité.

Les professionnels de la santé invoquent souvent le délai trop long entre la réalisation du mammotest et la réception du résultat comme un frein à la participation au programme. Ce délai peut être source d'anxiété. Le délai médian (= délai pour lequel 50 % des résultats sont transmis) entre le mammotest et l'envoi du résultat à l'unité de radiologie était de 15 jours en 2003 et de 12 jours en 2005. Le délai entre le mammotest et la deuxième lecture à Brumammo reste encore long malgré les efforts de Brumammo qui vient chercher les clichés sur demande. Par contre, Brumammo a réussi à réduire de manière importante les délais pour sa propre activité (deuxième lecture et envoi des résultats à l'unité de radiographie) et en 2005, la

ding van de resultaten naar het radiografiecentrum) in te krimpen en in 2005 waren de resultaten al voor de helft verzonden de dag zelf van de tweede lezing. Het Observatorium beschikt over geen enkele informatie over de echte termijn tussen de uitvoering van de mammotest en de ontvangst van de resultaten door de patiënte. Die termijn is waarschijnlijk te lang gezien het gekozen circuit. De mogelijkheid om dat traject te veranderen zou wellicht een onderwerp van discussie kunnen zijn met de verschillende partners.

Een van de criteria van evaluatie van de opsporingsprogramma's is de verhouding vrouwen met een positieve mammotest (te weten een abnormale mammotest) ten opzichte van alle uitgevoerde mammotesten.

Die laatsten zullen aanvullende onderzoeken moeten ondergaan. Anderen zullen de raad krijgen een aanvullend onderzoek (echografie) te laten doen, omdat zij dense borsten hebben en de mammografie onduidelijk is.

Het « rappelpercentage » is het aantal vrouwen dat aanvullende onderzoeken moet ondergaan. In 2005, is meer dan één vrouw op tien opnieuw onderzocht; 4,4 % na het ontdekken van een anomalie en 6,3 % wegens dense borsten.

Een ander criterium voor de evaluatie van het programma is het aantal kankers dat effectief opgespoord is. Dat gegeven is niet beschikbaar voor Brussel omdat er nog geen systematische follow-up is van de positieve mammotests die resultaten zou kunnen opleveren van de aanvullende onderzoeken. Brumammo heeft echter een retrospectief onderzoek gedaan met de 207 vrouwen met een positieve mammotest in 2004; op de 155 die geantwoord hebben, hadden er 25 kanker. Als men ervan uitgaat dat het risico op kanker even groot is voor de 52 resterende vrouwen, kan men die gegevens extrapoleren en de detectiegraad berekenen, d.w.z. de verhouding van de reële kankers in het geheel van de onderzochte vrouwen. Voor 2004, kan men dus een schatting geven van negen opgespoorde kankers voor 1.000 ondergane mammotest. Die detectiegraad voldoet aan de Europese criteria die gelden voor een eerste « round ».

Die enquête brengt ook aan het licht dat de referentiearts voor 28 vrouwen met een abnormale mammotest geen informatie kan geven omdat hij zijn patiënt uit het oog verloren heeft. Die vaststelling moet ons doen nadenken over de informatiecircuits en het belang van de referentiearts die de vrouw opgeeft.

Het spreekt vanzelf dat, voor het vervolg van het programma, een systematische inzameling van de gegevens van de follow-up van de vrouwen met een positieve mammotest permanent zou moeten plaatshebben in afwachting van een effectieve koppeling aan het kankerregister.

In Brussel wordt een groot gedeelte van de opsporingen van borstkanker buiten het programma om gedaan. In 2004

moitié des résultats étaient envoyés le jour même de la seconde lecture. L'Observatoire ne dispose d'aucune information sur le délai réel entre la réalisation du mammotest et la réception des résultats par la patiente. Etant donné le circuit choisi, ce délai est probablement long. La possibilité de modifier ce trajet pourrait peut-être faire l'objet de discussions avec les différents partenaires.

Un des critères d'évaluation des programmes de dépistage est la proportion de femmes avec un mammotest positif (c'est-à-dire un mammotest anormal) parmi l'ensemble des mammotests pratiqués.

Ces dernières devront subir des examens complémentaires. D'autres se verront recommander un examen complémentaire (une échographie) car elles ont les seins denses et que la mammographie n'est pas assez lisible.

Le « taux de rappel » est la proportion de femmes qui doit faire des examens complémentaires. En 2005, plus d'une femme sur dix a dû être revue : 4,4 % suite à la détection d'une anomalie et 6,3 % pour cause de seins denses.

Un autre critère d'évaluation du programme est le nombre de cancers ayant pu être effectivement dépistés. Cette donnée n'est pas disponible à Bruxelles car il n'existe pas encore un suivi systématique des mammotests positifs permettant de disposer des résultats des examens complémentaires. Brumammo a cependant effectué une enquête rétrospective pour les 207 femmes avec un mammotest positif en 2004; sur les 155 répondantes, 25 avaient un cancer. Si on estime que le risque d'avoir un cancer est identique pour les 52 femmes restantes, on peut extrapoler ces données et calculer le taux de détection, c'est-à-dire la proportion de cancers réels parmi l'ensemble des femmes dépistées. Pour l'année 2004, on peut donc estimer que neuf cas de cancers ont été dépistés pour 1.000 mammotests passés. Ce taux de détection répond aux critères européens prévus pour un premier round.

Cette enquête révèle également que, pour 28 femmes avec un mammotest anormal, le médecin référent ne peut fournir d'informations car il a perdu sa patiente de vue. Ce constat amène donc à réfléchir sur les circuits d'information et l'importance du médecin référent mentionné par la femme.

Il est évident que pour la suite du programme, un recueil systématique des données de suivi pour les femmes avec un mammotest positif devrait pouvoir être réalisé en continu en attendant un couplage effectif avec le registre du cancer.

A Bruxelles, une partie très importante des dépistages du cancer du sein est réalisée en dehors du programme

stond dit maar voor 9,7 % van de mammografieën. Die geringe dekking is vooral te verklaren door de voorafgaande dekking en een verankerde gewoonte van opsporing buiten programma (en weinig vrouwen die van opsporing « buiten programma » zijn overgeschakeld naar een opsporing met het programma). In Vlaanderen lag het percentage vrouwen die een mammografie lieten uitvoeren oorspronkelijk veel lager en het programma kan daarom die niet onderzochte vrouwen bereiken. Bovendien is het programma in Vlaanderen vroeger van start gegaan. In Brussel was de totale dekking dus 51 % in 2003-2004 tegenover 56 % in Vlaanderen en Wallonië.

De dekkingsgraad van de mammotest op het totaal van de vrouwen tussen 50 en 69 jaar is 5,4 % voor het Gewest. De locatie van de erkende centra heeft geen merkbare invloed, met uitzondering van het centrum van de VUB, op dat percentage per gemeente. De zwakke dekking in Brussel kan ook gedeeltelijk verklaard worden door een zeer onvolledig bestand waardoor maar 60 % van de doelgroep uitgenodigd kon worden in 2003. De dekkingsgraad zal in de toekomst waarschijnlijk verbeteren omdat Brumammo sinds 2006 over een volledig bestand van de uit te nodigen vrouwen beschikt.

Het aandeel van de vrouwen die een mammotest ondergaan hebben tegenover het aantal vrouwen die uitgenodigd zijn, bedraagt 9 % voor het Gewest. Er is een duidelijke scheiding met een betere dekking voor de gemeenten in het westen van het Gewest. De deelneming lijkt beter in de gemeenten waar de bevolking ouder en/of achtergestelder is. Wat de statistische sectoren betreft, is er een hogere deelnemingsgraad in de sectoren waar het mediane inkomen lager is en de werkloosheid van de vrouwen hoger.

Die informatie bevestigt de informatie ingezameld door het Intermutualistisch Agentschap : het programma lijkt de oudere en achtergestelde vrouwen meer aan te spreken dan de opsporing « buiten programma », ook al is de deelneming thans veel te laag. Het georganiseerde programma kan dus een rol spelen bij de vermindering van de sociale ongelijkheid bij de opsporing. De gemeenten met een lage deelnemingsgraad hebben daarom geen zwakkere dekking wat betreft de opsporing van borstkanker. Het is waarschijnlijk zo dat die gemeenten beter gedekt worden door de opsporing « buiten programma ».

Mevrouw De Spiegelaere bevestigt dat de eerste uitdaging van het Brussels programma erin bestaat de vrouwen te bereiken die thans helemaal niet gescreend worden, te weten 50 % van de doelgroep. Er bestaan twee pistes om dat te bereiken. De eerste bestaat erin de verzuchtingen van die vrouwen beter te leren kennen en te begrijpen (er zou daartoe een enquête uitgevoerd kunnen worden). De tweede bestaat erin de gezondheidswerkers die een nauw contact hebben met de vrouwen (huisartsen en gynaecologen) beter te betrekken bij de gedachtewisselingen over en de organisatie van het Brussels programma. Men moet ook blijven investeren in de verbetering van de kwaliteitscon-

organisé. En 2004, celui-ci ne représentait que 9,7 % des mammographies. Cette faible couverture du programme s'explique surtout par une couverture préalable déjà importante et une habitude ancrée de dépistage hors programme (et peu de femmes sont passées du dépistage « hors programme » à un dépistage par le programme). En revanche, en Flandre, la proportion de femmes réalisant une mammographie étant à l'origine beaucoup plus faible, le programme a pu toucher ces femmes encore non concernées par le dépistage. De plus, le programme a démarré plus tôt en Flandre. A Bruxelles, la couverture totale était donc de 51 % en 2003-2004 pour 56 % en Flandre et en Wallonie.

Le taux de couverture par mammotest sur le total des femmes de 50 à 69 ans est de 5,4 % pour la Région. La localisation des unités agréées n'a pas d'influence perceptible, à l'exception sans doute de l'unité de la VUB, sur ce taux par commune. La faible couverture à Bruxelles peut aussi partiellement s'expliquer par un fichier très incomplet qui n'a permis d'inviter que 60 % de la population cible en 2003. Le taux de couverture sera probablement meilleur à l'avenir car Brumammo dispose depuis 2006 d'un fichier complet des femmes à inviter.

La proportion de femmes ayant passé un mammotest par rapport aux femmes invitées est de 9% pour la Région. On observe une partition claire avec une meilleure couverture pour les communes de l'Ouest de la Région. La participation semble meilleure dans les communes où la population est plus âgée et/ou plus défavorisée. Au niveau des secteurs statistiques, on observe un taux de participation plus élevé dans les secteurs où le revenu médian est plus faible et le taux de chômage des femmes plus élevé.

Cette information confirme celle recueillie par l'agence intermutualiste : le programme semble d'avantage toucher les femmes plus âgées et socialement défavorisées que le dépistage « hors programme », même si la participation est actuellement beaucoup trop faible. Le programme organisé peut donc jouer un rôle dans la réduction des inégalités sociales face au dépistage. Cependant, les communes avec un taux de participation faible ne présentent pas nécessairement une couverture plus faible en termes de dépistage du cancer du sein. Il est probable que ces communes soient mieux couvertes par le dépistage hors programme.

En conclusion, Mme De Spiegelaere affirme que le premier défi du programme bruxellois est d'atteindre les femmes qui, à l'heure actuelle, ne bénéficient d'aucun dépistage, soit 50 % de la population-cible. Deux pistes existent pour y parvenir. La première consiste à mieux connaître et comprendre l'attitude et les attentes de ces femmes (une enquête pourrait être menée dans ce but). La seconde est d'assurer une plus grande implication des professionnels de la santé en contact avec les femmes (généralistes et gynécologues) dans la réflexion et l'organisation du programme bruxellois. Il faut également continuer à investir dans l'amélioration du contrôle de qualité, le

trole, de inzameling van de follow-upgegevens om een correcte en regelmatige evaluatie van het programma mogelijk te maken.

IV.2. Hoorzitting met Dr. Burrion, directeur van de vzw Brumammo

Dr. Burrion legt uit dat Brumammo een coördinatiecentrum is dat werkt met 28 opsporingscentra, die van de kleine private radiologische centra naar de universitaire ziekenhuizen gaan. De helft van die centra beschikt over digitale mammografietoestellen.

Brumammo is niet alleen in het Brussels Gewest actief. Een derde tot een kwart van alle activiteiten zijn het gevolg van aanvragen van buiten Brussel, vooral uit Vlaanderen.

In 2006, heeft Brumammo 49.829 uitnodigingen gericht aan vrouwen in het Brussels Gewest (te weten een verhoging met 50 % ten opzichte van 2005) dankzij een vollediger bestand. Dat cijfer stemt overeen met ongeveer 50 % van de doelgroep van vrouwen van de leeftijd tussen 50 en 69 jaar.

Het aantal mammotesten in 2006 stijgt met 54 % ten opzicht van het vorige jaar (5.108 testen). De participatiegraad (aantal mammotesten/aantal uitnodigingen) is licht gestegen maar elk jaar constant en haalt in 2006 10,2 %.

De gegevens van het Intermutualistisch Agentschap tonen voor 2003-2004 een totale dekkingsgraad van 51 %, te verdelen als volgt : 46 % mammografieën buiten programma en 5,4 % mammotesten. Als de dekkingsgraad per mammografie stabiel blijft, zouden wij in 2006 een algemene dekkingsgraad van 55 % moeten overschreden hebben.

Brumammo gebruikt bepaalde indicatoren om de werking te evalueren en een positieve dynamiek van de mammografiecentra aan te zwengelen. In 2006, is het rappelpercentage na een positieve mammografie 4,5 %; het percentage derde lezing, dat sedert drie jaar constant daalt, bedraagt 10 % (tegen 20 % in 2004) en het rappelpercentage voor dense borsten schommelt rond 7 %. Die cijfers bevestigen een rationele werking van het programma en stemmen overeen met de Europese aanbevelingen.

De gemiddelde termijn die Brumammo in 2005 nodig had om de resultaten te verzenden naar de opsporingseenheden bedroeg 13,3 dagen. De gemiddelde termijn voor de behandeling door Brumammo was 1,7 dagen voor hetzelfde jaar.

In 2004, was de detectiegraad 7,3 promille, te weten 25 kankers voor 3.407 testen. Dat percentage verschilt van het cijfer van het Observatiecentrum voor Gezondheid en Welzijn want er wordt alleen rekening gehouden met de

recueil des données des suivis, pour une permettre une évaluation correcte et régulière de ce programme.

IV.2. Audition du Dr Burrion, directeur de Brumammo asbl

Le Dr. Burrion explique que Brumammo est un centre de coordination qui travaille avec 28 unités de dépistage qui vont des petits centres radiologiques privés aux hôpitaux universitaires. La moitié de ces unités disposent de mammographes numériques.

L'action de Brumammo ne se limite pas à la Région bruxelloise; un tiers à un quart du volume de ses activités concerne des demandes extérieures à Bruxelles, essentiellement en provenance de Flandre.

En 2006, Brumammo a lancé 49.829 invitations aux femmes résidant en Région bruxelloise (soit une augmentation de 50 % par rapport à 2005), grâce notamment à un fichier plus complet. Ce chiffre correspond à environ 50 % de la population-cible des femmes âgées de 50 à 69 ans.

Le nombre de mammotests pratiqués en 2006 est en hausse de 54 % par rapport à l'année précédente, avec 5.108 tests. Le taux de participation (nombre de mammotests/nombre d'invitations) est en augmentation légère mais constante chaque année et atteint 10,2 % en 2006.

Les données de l'agence intermutualiste montrent un taux de couverture global en 2003-2004 de 51 % qui se répartit comme suit : 46 % de mammographies hors programme et 5,4 % de mammotests. Si le taux de couverture par mammographie reste stable, nous devrions avoir dépassé un taux de couverture global de 55 % en 2006.

Brumammo utilise certains indicateurs pour évaluer son fonctionnement et susciter une dynamique positive des unités de mammographie. En 2006, le taux de rappel après une mammographie positive est de 4,5 %, le taux de troisième lecture, en baisse constante depuis trois ans, est de 10 % (pour 20% en 2004) et le taux de rappel pour seins denses oscille autour des 7 %. Ces chiffres attestent d'un fonctionnement rationnel du programme et correspondent aux recommandations européennes.

Le délai moyen mis en 2005 par Brumammo pour envoyer les résultats aux unités de dépistage est de 13,3 jours. La durée moyenne de leur traitement par Brumammo est de 1,7 jour pour la même année.

En 2004, le taux de détection était de 7,3 pour mille, soit 25 cancers pour 3.407 tests. Ce taux diffère de celui calculé par l'Observatoire de la Santé et du Social car il ne tient compte que des cancers notifiés. En tenant compte des

bekendgemaakte kankers. Rekening houdend met de niet meegedeelde kankers, haalt het detectiepercentage 9,7 promille.

Brumammo zendt elk ziekenhuis een balans van de mammotesten die het heeft uitgevoerd in de loop van het afgelopen jaar. De centra die de meeste mammotesten doen zijn het AZ-VUB, het Sint-Jansziekenhuis en de Sint-Lucasziekenhuizen.

Elk jaar ontvangen de mammografiecentra ook een individuele feedback van Brumammo met werkingsindicatoren en kwaliteitsindicatoren van hun werk.

Het voornaamste doel van Brumammo is de opsporingscentra zo te beheren dat een kwaliteitsdienst wordt geleverd aan de vrouwen die er naartoe gaan. Daarnaast wordt gewerkt met de vzw Hippocrates om de informatie van de behandelende geneesheren te verbeteren. Begin 2006, is een informatiekit over Brumammo, met een specifiek beschrijvingsboekje voor de mammotest, aan alle Brusselse huisartsen gezonden. Daarna zijn de resultaten van de actie geëvalueerd : van twintig ondervraagde huisartsen, herinneren tien zich de kit te hebben ontvangen, drie gebruiken de kit, 15 vragen bijkomende informatie en allen verklaren al van Brumammo te hebben gehoord.

Brumammo werkt ook met de instellingen die directe contacten hebben met de doelgroep. Een aanvalstrategie met vier punten wordt aldus ontwikkeld met de CLPS en LOGO op het niveau van elke gemeente : tentoonstelling gebaseerd op getuigenissen, bewustmakingsbrief, informatievergadering en bezoek aan een opsporingscentra. Het volgende doel is samenwerken met de OCMW's omdat ze een efficiënt doorgeefluik zouden kunnen zijn voor een moeilijk te bereiken bevolkingsgroep.

Samenwerking met de verzekeringsinstellingen begint ingang te vinden. De spreker maakt gewag van een experiment om na te gaan of de doelgroep meer ingaat op een uitnodiging van Brumammo wanneer er een brief van het ziekenfonds volgt.

Dr. Burrion besluit zijn uiteenzetting door te stellen dat het grootste probleem niet de kanker op zich is, maar het feit van het niet te weten. De kansen van genezing zijn 80 % groter als men de kanker voldoende vroeg heeft vastgesteld.

IV.3. Hoorzitting met Professor Grivegnée, directeur van de kliniek voor opsporing en preventie van kanker van het Jules Bordet Instituut

De uiteenzetting van professor Grivegnée is erop gericht het principe zelf van de georganiseerde opsporing terug te plaatsen in het kader van de verbetering van de prognoses van borstkanker.

cancers non notifiés, le taux de détection atteint 9,7 pour mille.

Brumammo envoie à chaque hôpital un bilan des mammotests qu'il a pratiqués au cours de l'année écoulée. Les unités qui font le plus de mammotests sont l'AZ-VUB, l'hôpital Saint-Jean et les cliniques Saint-Luc.

Chaque année, les unités de mammographie reçoivent également un feedback individuel de Brumammo avec des indicateurs de fonctionnement et de qualité de leur travail.

L'objectif principal de Brumammo est de gérer les unités de dépistage de façon à fournir un service de qualité aux femmes qui s'y rendent. Parallèlement à cela, un travail est réalisé avec l'asbl Hippocrate pour améliorer l'information des médecins traitants. Ainsi, début 2006, un kit d'information sur Brumammo, contenant un carnet de prescription spécifiquement dédié au mammotest, a été envoyé à tous les généralistes bruxellois. Une enquête a ensuite été organisée pour évaluer les résultats de cette action; sur vingt généralistes interrogés, dix se rappellent avoir reçu ce kit, trois l'utilisent, 15 souhaitent des informations complémentaires et tous déclarent avoir déjà entendu parler de Brumammo.

Brumammo travaille également avec les institutions ayant des contacts directs avec la population-cible. Une stratégie d'attaque en quatre points est ainsi développée avec le CLPS et LOGO au niveau de chaque commune : exposition basée sur des témoignages, courrier de sensibilisation, séance d'information et visite d'une unité de dépistage. Le prochain objectif est de collaborer avec les CPAS car ils pourraient servir de relais efficace vers une frange de la population plus difficile à toucher.

Des collaborations avec les organismes assureurs commencent à voir le jour. L'orateur rend compte d'une expérience menée pour déterminer si la population cible répond plus à une invitation de Brumammo quand elle est suivie d'un courrier de la mutuelle.

Le Dr Burrion conclut son intervention en signalant que le plus gros problème n'est pas le cancer en soi, mais le fait de l'ignorer. En effet, les chances de guérison sont supérieures à 80 % quand les cancers sont diagnostiqués suffisamment tôt.

IV.3. Audition du Professeur Grivegnée, directeur de la clinique de dépistage et de prévention du cancer de l'Institut Jules Bordet

L'exposé du professeur Grivegnée vise à replacer le principe même du dépistage organisé dans le cadre de l'amélioration des pronostics du cancer du sein.

De opsporing, te weten de detectie van een letsel kleiner dan een centimeter, verbetert duidelijk de prognose van de ziekte. Thans is het meest efficiënte technische opsporingsmiddel de mammografie – en niet de echografie – in de leeftijdscategorieën waarin de ziekte het meest voorkomt. De mammografie, al dan niet samen met aanvullende klinische onderzoeken, blijft dus het sleutelelement van een georganiseerd programma voor de opsporing van borstkanker.

De mammografie maakt de opsporing mogelijk van een bevolkingsgroep met een hogere kans op kanker of een aan kanker voorafgaande aandoening dan de bevolking in haar geheel. Het gaat hier over het basisprincipe van de opsporing.

Om een opsporingstest efficiënt te maken, mag hij niet teveel anomalieën in de verf zetten, dus geen te hoog percentage van vals positieve testen die een ontradend effect zouden hebben op de bevolking. De geloofwaardigheid van het systeem krijgt immers rake klappen wanneer een vrouw een waarschuwing krijgt bij opsporingstesten maar uiteindelijk toch gezond verklaard wordt. Het is dus zeer belangrijk om het meest efficiënte opsporingssysteem te hebben en het minst onrustwekkende voor de mensen voor wie het bestemd is.

De doelstelling van het opsporingsprogramma is voornamelijk het terugschroeven van het specifieke sterftecijfer door op tijd op te treden in de natuurlijke evolutie van de ziekte. Het International Agency for Research on Cancer (IARC) van de Wereldgezondheidsorganisatie heeft besloten dat de opsporingsmammografie het beste instrument is om daarin te slagen. De opsporingscampagnes die met een kwaliteitscontrole georganiseerd worden, verminderen het sterftecijfer verbonden aan dat soort kanker met bijna 35 % in de leeftijdscategorieën van 50-69 jaar. Dat betekent dat op 500 onderzochte vrouwen, één leven gered zal worden. Dat is dus geen enorme uitgave gelet op de verwachte resultaten.

Het basisprincipe van het opsporingsprogramma is de vrouwen van de doelgroep de kans te geven om, zonder persoonlijke bijdrage, een mammografie te ondergaan waarvan de kwaliteit gecontroleerd wordt. Die doelstelling beantwoordt aan de aanbevelingen van de groep Europese deskundigen op het Congres van Wenen (1999), met name de invoering van georganiseerde programma's voor de opsporing van borstkanker aan de hand van mammografie in alle lidstaten, om de twee jaar, voor de vrouwen tussen 50 en 69 jaar.

Dat Europese programma bevestigt dat de mammografie het basisonderzoek moet zijn, uitgevoerd in de opsporingsprogramma's die georganiseerd worden met kwaliteitscontrole op alle niveaus. Dat is de procedure voor kwaliteitscontrole van het type ISO. Het opsporingsprogramma moet kwaliteitscontroles ondergaan die de efficiëntie van

Le dépistage, c'est-à-dire la détection de lésion à un stade infra-centimétrique améliore nettement le pronostic de cette maladie. A l'heure actuelle, le moyen technique de dépistage le plus efficace est la mammographie – et pas l'échographie – pratiquée dans les tranches d'âge où la maladie est la plus fréquente. La mammographie, assortie ou non d'autres examens cliniques complémentaires, reste donc la clé de voûte d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein.

La mammographie permet une intervention visant à repérer dans une population un groupe de personnes ayant une probabilité plus élevée d'être atteintes d'un cancer ou d'une affection pré-cancéreuse que celle de la population prise dans son ensemble. Il s'agit là du principe de base du dépistage.

Pour qu'un test de dépistage soit efficace, il faut éviter qu'il mette en évidence des anomalies en trop grand nombre, c'est-à-dire des taux de faux positifs qui auraient un effet dissuasif sur la population. En effet, la crédibilité du système est fortement ébranlée lorsqu'une femme alertée par un processus de dépistage s'avère, en fin de compte, être en bonne santé. Il est donc très important d'avoir le moyen de dépistage le plus performant possible et le moins déstabilisant pour les personnes auxquelles il s'adresse.

L'objectif du programme de dépistage est essentiellement de réduire la mortalité spécifique en intervenant précocement dans l'histoire naturelle de la maladie. The World Health Organisation's International Agency for Research on Cancer (IARC) a ainsi conclu que la mammographie de dépistage est le meilleur outil pour y parvenir. Les campagnes de dépistage organisées avec contrôle de qualité réduisent la mortalité liée à ce type de cancer de pratiquement 35 % dans les tranches d'âge 50-69 ans. Cela signifie que sur 500 femmes examinées, une vie sera sauvée. Ce n'est donc pas une dépense énorme au regard du bénéfice escompté.

Le principe de base du programme de dépistage est de permettre aux femmes de la population-cible de bénéficier, sans intervention personnelle, d'un examen mammographique dont la qualité est contrôlée. Cet objectif répond aux recommandations formulées au Congrès de Vienne (1999) par le groupe d'experts européens, notamment la mise en place de programmes organisés de dépistage du cancer du sein par mammographie dans l'ensemble des Etats membres, tous les deux ans, pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.

Ce programme européen confirme que l'examen de base doit être la mammographie pratiquée dans des programmes de dépistage organisés avec une assurance de qualité à tous les niveaux. C'est le processus de contrôle de qualité de type ISO. En effet, le programme de dépistage doit se soumettre à des contrôles de qualité qui vont améliorer la

het instrument en het vertrouwen van de patiënten moeten opkrikken.

Vóór de invoering van een nationaal programma, bestond er een proefproject in het Brussels Gewest, gefinancierd door de Europese Gemeenschappen en de Brusselse politieke structuren, de GGC in het bijzonder. De eerste zorg was de technische en medische kwaliteit van de opsporingsinstrumenten. Eens men daar zeker van was, werden vrouwen verzocht deel te nemen.

Het georganiseerde programma is de noodzakelijke voorwaarde voor een maximale efficiëntie en minimale negatieve effecten.

Maar opsporing is een zwaard dat aan twee kanten snijdt en er zijn een aantal negatieve effecten. Een vals negatieve uitslag stelt ten onrechte een patiënte gerust die twee maanden na de raadpleging toch ziek blijkt. De vals positieve uitslag maakt de patiënten daarentegen nodeloos ongerust en heeft verregaande gevolgen op psychologisch en financieel vlak (verzekeraar, patiënt).

De kwaliteitsgarantie speelt mee op drie niveaus : de kwaliteitscontrole van de procedures, de registratie van de gegevens en de evaluatie. Het grootste nadeel van de « opportunistische » opsporing is het gebrek aan die drie controleniveaus.

De kwaliteitscontrole wordt op twee niveaus uitgevoerd : in de radiologie (toezicht op de installaties met het systeem van de dubbele lezing) en in de pathologische anatomie. Een voorbeeld : ondanks een uitstekende screeningsmethode, slaagden de buurlanden uit het noorden er niet in het sterftecijfer met 35 % te verminderen (slechts 20 %) omdat hun keten van opsporing en behandeling niet efficiënt genoeg was. De opsporing is immers maar een schakel in de keten van de strijd tegen kanker en die moet deel uitmaken van een totale kwaliteitscontrole.

Professor Grivegnée komt in het kort terug op enkele markante datums van het programma :

– Proefprojecten : 1990 in het Brussels Gewest;

– Protocolakkoord tussen de federale Staat en de Gemeenschappen voor de organisatie van een nationaal programma : 22 december 2000;

– Nomenclatuur RIZIV : 23 mei 2001;

– Aanhangsel bij het protocol : 30 mei 2001;

– Toegang tot de mammotest : juni 2001;

– Uitnodigingen : september 2001.

Er zijn culturele verschillen bij de opsporing. De landen uit het noorden (Verenigd Koninkrijk, Nederland, Zweden,

performance de l'outil et augmenter la confiance des patientes.

Avant la mise en place d'un programme national, il existait un projet-pilote au niveau de la Région bruxelloise financé par les Communautés européennes et les structures politiques bruxelloises, la COCOM en particulier. La première préoccupation fut de s'assurer de la qualité technique et médicale des outils de dépistage. Une fois celle-ci établie, les femmes ont été invitées à participer.

Le programme organisé est la condition indispensable pour une efficacité maximale et pour des effets négatifs réduits au minimum.

Mais le dépistage est une arme à double tranchant et il revêt certains effets négatifs. Le faux négatif rassure à tort une patiente qui, deux mois après sa visite, déclare la maladie. Le faux positif, au contraire, alerte inutilement les patientes et peut entraîner des mises au point coûteuses sur le plan psychologique et financier (assureur, patient).

L'assurance de qualité doit porter sur trois niveaux : le contrôle de qualité des procédures, l'enregistrement des données et l'évaluation. L'inconvénient majeur du dépistage « opportuniste » est l'absence de ces trois niveaux de contrôle.

Le contrôle de qualité s'exerce quant à lui à deux niveaux : en radiologie (contrôle des installations avec le système de double lecture) et en anatomie pathologique. A titre d'exemple, malgré un excellent système de screening, les pays voisins du Nord n'atteignaient pas une diminution de 35 % de la mortalité (seulement 20 %) car leur chaîne de mise au point et de traitement n'était pas suffisamment efficace. En effet, le dépistage n'est qu'une étape dans la chaîne de lutte contre le cancer du sein et il doit s'intégrer dans un contrôle de qualité global.

Le professeur Grivegnée revient brièvement sur quelques dates marquantes du programme :

– Projets-pilotes : 1990 en Région bruxelloise;

– Protocole d'accord entre l'Etat fédéral et les Communautés pour l'organisation d'un programme national : 22 décembre 2000;

– Nomenclature INAMI : 23 mai 2001;

– Avenants au protocole : 30 mai 2001;

– Accès au mammotest : juin 2001;

– Invitations : septembre 2001.

On trouve des différences culturelles dans le dépistage. Les pays nordiques (Royaume-Uni, Pays-Bas, Suède,

Noorwegen enz.) die aan de basis liggen van de programma's hebben een gecentraliseerde geneeskunde. Frankrijk en België hebben daarentegen een gedecentraliseerd systeem. In Brussel, bestaan er 28 erkende centra die door een gewestelijk centrum gecoördineerd worden. Dat systeem is economisch voordeliger omdat men niet moet investeren in materiaal. Het volstaat de technische controle van de mammografietoestellen uit te voeren en zich ertoe te verbinden de kwaliteitscontrole voor de lezing en de follow-up van de patiënten uit te voeren.

Thans is de dekkingsgraad onvoldoende om een optimaal programma te hebben voor de doelgroep. Het betreft ongeveer 50 % (georganiseerde en individuele opsporing) terwijl men 70 % zou moeten halen.

Het Franse idee bestaat erin alle mammografieën, van opsporing tot diagnose, te onderwerpen aan dezelfde kwaliteitscontroles en registratiecriteria. Daarom wordt, naast de opsporingscampagne, een gezondheidskostevaluatie gehouden om na te gaan of het op termijn niet rendabeler zou zijn om de patiënten ertoe te brengen over te stappen van de individuele opsporing naar de mammotest.

Professor Grivegnée onderstreept tot slot het belang van de opleiding van de actoren, wat tot een betere dekking van de doelgroep zal leiden en tot een geoptimaliseerde tenlasteneming van de anomalieën die ontdekt worden via opsporing door de « Borstklinieken » die aan de Europese normen voldoen.

IV.4. Hoorzitting met Dr. Fabienne Liebens, hoofd van de borstkliniek van het U.M.C. Sint-Pieter

Mevrouw Liebens wenst de primaire preventie van borstkanker te behandelen.

De primaire preventie wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie omschreven als het geheel van de handelingen bestemd om de incidentie van een ziekte te verminderen, dus om het opduiken van nieuwe gevallen te verminderen. Door upstream in te grijpen belet die preventie het opduiken van ziekten en gebruikt ze de opvoeding en de informatie bij de bevolking.

De secundaire preventie is het geheel van handelingen bestemd om de prevalentie van een ziekte te verminderen, dus om de evolutieduur te verminderen. Het gebeurt in de opsporing van alle ziekten en omvat het begin van de behandeling van de ziekte.

A. Analyse van de problematiek

Borstkanker is de meest voorkomende kanker bij vrouwen en de belangrijkste doodsoorzaak bij vrouwen tussen 35 en 55 jaar. Vandaag is één kanker op vier een borstkanker. Elk jaar zijn er ongeveer 361.000 nieuwe gevallen

Norvège, etc.) à l'origine de ces programmes ont un système de santé centralisé. Par contre, la France et la Belgique ont une médecine décentralisée. A Bruxelles, il existe ainsi 28 centres agréés coordonnés par un centre régional. Ce système est économiquement plus avantageux car il n'est pas nécessaire d'investir dans du matériel. Il suffit de procéder au contrôle technique des installations de mammographie et de s'engager à appliquer le contrôle de qualité de la lecture et du suivi des patientes.

A l'heure actuelle, le taux de couverture est insuffisant pour que le programme soit optimal pour la population éligible. Il est de ± 50 % (dépistage organisé et individualisé confondus) alors qu'il faudrait atteindre les 70 %.

L'idée française est de soumettre toutes les mammographies, de dépistage et de diagnostic, aux mêmes contrôles de qualité et critères d'enregistrement. C'est pourquoi, en parallèle à la campagne de dépistage, une évaluation est menée en économie de la santé pour déterminer s'il ne serait pas plus rentable à terme, d'essayer d'amener les patientes à passer du dépistage individuel au mammotest.

En conclusion, le professeur Grivegnée insiste sur l'importance de la formation des intervenants qui permettra une meilleure couverture de la population-cible et une prise en charge optimalisée des anomalies découvertes par le dépistage par des « Cliniques du Sein » répondant aux normes européennes.

IV.4. Audition du Dr Fabienne Liebens, chef de la clinique du sein, du C.H.U. Saint-Pierre

Mme Liebens souhaite traiter de la prévention primaire du cancer du sein.

La prévention primaire est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition des maladies; elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population.

La prévention secondaire est, quant à elle, l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.

A. Analyse de la problématique

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et représente la première cause de mortalité chez la femme de 35 à 55 ans. A l'heure actuelle, un cancer sur quatre est un cancer du sein. Environ 361.000 nouveaux

van borstkanker in Europa (elke twee en een halve minuut krijgt een vrouw te horen dat ze borstkanker heeft) en 210.000 in de VS. In Denemarken, Nederland, Zweden en België is de incidentie (aantal nieuwe gevallen per jaar) het hoogst. De incidentie is het laagst in Oost- en Zuid-Europa. De incidentie van borstkanker in de economisch ontwikkelde landen neemt toe met 1 tot 2 % per jaar. Over een periode van 20 jaar (1984-2003) is de incidentie met 51% toegenomen in bepaalde Europese landen zoals Groot-Brittannië (1).

In België zijn alleen al voor het jaar 1998 bijna 7.000 nieuwe gevallen gediagnosticeerd en zijn jammer genoeg 2.400 vrouwen overleden aan de gevolgen van borstkanker.

Vrouwen met borstkanker krijgen thans verschillende combinaties van behandelingen zoals chirurgie, bestralingstherapie, hormonentherapie, chemotherapie en specifieke therapieën (trastuzumab). De combinatie van die verschillende therapieën hebben, in combinatie met borstkankeropsporing, de mortaliteit ten gevolge van borstkanker de laatste tien jaar aanzienlijk doen dalen, maar dat gaat ten koste van een niet te verwaarlozen morbiditeit op lange termijn (gevolgen van de behandelingen) (2), (3), (4).

Ondanks aanzienlijke vooruitgang op het vlak van de opsporing en de behandelingen, is borstkanker een ware epidemie in de ontwikkelde landen wegens de incidentie, de hoge mortaliteit en de fysieke en psychosociale morbiditeit ten gevolge van de behandelingen bij de vrouwen die overleven. Gelet op de emotionele, financiële en maatschappelijke problemen die borstkanker meebrengt, moeten er derhalve dringend inspanningen geleverd worden op het vlak van primaire preventie.

Volgens de groep experts inzake kankerpreventie van de Europese Unie, is opsporing een van de controlemethodes, maar primaire kankerpreventie moet voorrang (5) krijgen wanneer zulks mogelijk is. Bovendien is men het erover eens dat de preventiestrategieën toegepast moeten worden op gezondheidsproblemen waarvan de bevolking het risico

(1) Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. Globocan 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 2.0: IARC CancerBase nr. 5, Lyon, IARCPress, 2004.
(2) Kuehn T. et al. Long-term morbidity following axillary dissection in breast cancer patients - clinical assessment, significance for life quality and the impact of demographic, oncologic and therapeutic factors. Breast Cancer Research Treatment 2000 Dec; 64 (3) : 275-86.
(3) Stanton AL et al. Form or function ? Part 1. Subjective cosmetic and functional correlates of quality of life in women treated with breast-conserving surgical procedures and radiotherapy. Cancer 2001 Jun 15; 91 (12): 2273-81.
(4) Ganz P et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. J Natl Cancer Inst 2002 Jan 2; 94 (1) : 39-49. Erratum in: J Natl Cancer Inst 2002 Mar 20; 94 (6): 463.
(5) http://www.invs.sante.fr/publications/depistage_cancer/depistage_cancer.htm.

cas de cancer du sein surviennent chaque année en Europe (une femme est diagnostiquée toutes les 2 min 30) et 210.000 aux USA. C'est au Danemark, aux Pays-bas, en Suède et en Belgique que l'on relève l'incidence (nombre de nouveaux cas par an) la plus élevée tandis que la plus faible est constatée en Europe de l'Est et du Sud. L'incidence du cancer du sein augmente de 1-2 % par an, dans les pays économiquement développés. Sur une période de 20 ans (1984-2003), l'augmentation d'incidence a atteint 51% dans certains pays européens comme la Grande Bretagne (1).

En Belgique, pour la seule année 1998, près de 7.000 nouveaux cas ont été diagnostiqués et malheureusement 2.400 femmes sont décédées des suites d'un cancer du sein.

Les femmes atteintes d'un cancer du sein sont traitées aujourd'hui par différentes combinaisons de chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, chimiothérapie et thérapies ciblées (trastuzumab). Ces différentes thérapies associées au dépistage, ont permis de diminuer sensiblement la mortalité par cancer du sein au cours des dix dernières années mais au prix d'une morbidité (conséquences des traitements) à long terme non négligeable (2), (3), (4).

Malgré des progrès considérables dans le dépistage et les traitements, le cancer du sein représente un véritable fléau épidémiologique dans les pays développés de part son incidence, son important taux de mortalité et la morbidité physique et psychosociale liée aux traitements pour les femmes qui survivent. En conséquence et au vu du poids émotionnel, financier et sociétal que représente la prise en charge de cette maladie, des efforts urgents sont nécessaires dans le domaine de sa prévention primaire.

Selon le groupe des experts pour la prévention des cancers de l'Union Européenne, le dépistage est l'une des méthodes de contrôle du cancer mais quand cela est possible, la prévention primaire du cancer doit être privilégiée (5). De plus, il est admis que les stratégies de prévention doivent s'adresser à des problèmes de santé dont le niveau de

(1) Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. Globocan 2002: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide,Version 2.0: IARC CancerBase no.5, Lyon, IARCPress, 2004.
(2) Kuehn T. et al. Long-term morbidity following axillary dissection in breast cancer patients - clinical assessment, significance for life quality and the impact of demographic, oncologic and therapeutic factors. Breast Cancer Reasearch Treatment 2000 Dec;64 (3) :275-86.
(3) Stanton AL et al. Form or function? Part 1. Subjective cosmetic and functional correlates of quality of life in women treated with breast-conserving surgical procedures and radiotherapy.Cancer 2001 Jun 15;91 (12) : 2273-81.
(4) Ganz P et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. J Natl Cancer Inst 2002 Jan 2; 94 (1) :39-49. Erratum in : J Natl Cancer Inst 2002 Mar 20;94(6) :463.
(5) http://www.invs.sante.fr/publications/depistage_cancer/depistage_cancer.htm.

goed inschat en waarvan de risicofactoren in kaart zijn gebracht. Dat is het geval voor borstkanker.

B. De risicofactoren

Om een efficiënt actieplan op te maken, moet men alle facetten van de ziekte begrijpen en de risicofactoren in kaart brengen. Die factoren zijn (6) :

1. Leeftijd : de kans om de ziekte te krijgen stijgt met de leeftijd en de meeste gevallen doen zich voor na de menopauze. In 1998, werden evenwel 1.154 nieuwe gevallen van borstkanker bij Belgische vrouwen tussen 40 en 49 jaar vastgesteld op een totaal van 6.628 gevallen.

2. Dichtheid van het borstweefsel : het met een mammografie gemeten aantal klieren in de borst is onlangs erkend als een minstens even belangrijk criterium als de leeftijd voor het bepalen van het risico op borstkanker. Die conclusie komt uit de grootste borstkankerstudie wat bevolkingsgroepen en risico's (7) betreft.

3. Persoonlijke geschiedenis inzake kanker : verhoogt het risico op borstkanker in de andere borst.

4. Familiale antecedenten : verschillende gevallen van borstkanker binnen dezelfde familie, vooral wanneer het over verwantschap in de eerste graad gaat (moeder, zuster, dochter) en als het familielid de kanker op jonge leeftijd (< 40 jaar) heeft gekregen.

5. Borstletsels met een hoog risico : atypische hyperplasie en lobulair carcinoom in situ.

6. Genetisch risico : een genetische mutatie van een dominant gen (BRCA1, BRCA2) doet het risico op borstkanker én op eierstokkanker fors stijgen.

7. Hormonale voorgeschiedenis : met een groter risico worden gelinkt : eerste zwangerschap op latere leeftijd, menarche (eerste menstruatie) vóór de leeftijd van 12 jaar, menopauze na 55 jaar, geen zwangerschappen, hormonale behandeling ter vervanging van de menopauze met oestrogenen en progestatieven.

8. Etnische oorsprong : borstkanker komt vaker voor bij blanke dan bij zwarte, Aziatische of Latijns-Amerikaanse vrouwen.

(6) http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/breast/Health Professional US National Institutes of Health

(7) Chen J. et al. Projecting absolute invasive breast cancer risk in white women with a model that includes mammographic density. J Natl Cancer Inst 2006. Sep 6;98(17):1215-26.

perception du risque est élevé dans la population et pour lesquels des facteurs de risque ont été identifiés. C'est le cas du cancer du sein.

B. Les facteurs de risque

Pour construire un plan d'action efficace en la matière, il faut pouvoir comprendre toute la complexité de cette maladie, et en dénombrer les facteurs de risque. Ces facteurs sont les suivants (6) :

1. L'âge : la probabilité de développer la maladie augmente avec l'âge et la plupart des cas surviennent après la ménopause. Toutefois en 1998, 1.154 nouveaux cas de cancer du sein ont été rapportés chez les femmes en Belgique âgées de 40 à 49 ans, sur un total de 6.628 cas.

2. La densité mammaire : le contenu en glandes du sein, mesuré par mammographie, est reconnue récemment comme un critère au moins aussi important que l'âge pour la détermination du risque de cancer du sein. Ce résultat est issu de la plus grande étude sur le sujet en termes de populations et du nombre de risques étudiés (7).

3. Une histoire personnelle de cancer du sein : augmente le risque de cancer du sein contra latéral (dans l'autre sein).

4. Les antécédents familiaux : avoir dans sa famille plusieurs cas de cancer du sein en particulier s'il s'agit d'un lien de parenté du premier degré (mère, sœur, fille) et si le cancer du parent est survenu à un jeune âge (< 40 ans).

5. Lésions mammaires à haut risque : hyperplasie atypique et carcinome lobulaire in situ.

6. Le risque génétique : la mise en évidence d'une mutation génétique d'un gène à transmission dominante (BRCA1, BRCA2) augmente fortement le risque de cancer du sein mais aussi de cancer de l'ovaire.

7. Histoire hormonale : sont associés à une augmentation de risque, la première grossesse tardive, la ménarche (premières règles) avant 12 ans, la ménopause après 55 ans, l'absence de grossesse, la prise d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause associant oestrogènes et progestatifs.

8. L'origine ethnique : le cancer du sein est plus fréquent chez les femmes blanches que chez les femmes noires, asiatiques ou originaires d'Amérique latine.

(6) http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/breast/Health Professional US National Institutes of Health.

(7) Chen J. et al. Projecting absolute invasive breast cancer risk in white women with a model that includes mammographic density. J Natl Cancer Inst 2006. Sep 6; 98 (17) :1215-26.

9. Bestraling van de borstkas : vrouwen wier borstkas, met inbegrip van de borst, bestraald werd voor de leeftijd van 30 jaar, lopen een groter risico. Dat is ook het geval voor jonge vrouwen die bestraald werden voor een Hodgkinlymfoom.

10. Overgewicht of obesitas : verhoogt het risico op borstkanker na de menopauze.

11. Onvoldoende lichamelijke inspanning : wordt in verband gebracht met een groter risico.

12. Alcohol : hoe meer een vrouw drinkt, hoe groter het risico.

C. Op welke factoren kan men inwerken ?

Er kunnen maatregelen worden voorgesteld om het risico verbonden aan de factoren 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11 en 12 te reduceren. De potentiële strategieën om de kans op het ontstaan van de ziekte te verminderen zijn : veranderingen in de levensstijl en levenswijze, chemopreventie (gebruik van preventieve geneesmiddelen) en preventieve geneeskunde.

Dr. Liebens geeft het voorbeeld van de factoren 10 (te veel wegen of zwaarlijvig zijn), 11 (gebrek aan lichamelijke inspanning) en 12 (alcoholconsumptie).

Het International Agency for Research on Cancer meent dat 25 % van de borstkankers in de wereld het gevolg zijn van overgewicht, obesitas en een sedentair leven ([8]). Een groot aantal epidemiologische onderzoeken tonen aan dat een vrouw die per week 3 tot 4 uur lichamelijke inspanning doet 30 % tot 40 % minder kans heeft op borstkanker in vergelijking met een vrouw die niets doet. Vrouwen die te veel wegen of aan obesitas lijden zien de kans op borstkanker na de menopauze stijgen van 50 % tot 250 % afhankelijk van hun overgewicht. Alcoholconsumptie (twee of meer glazen per dag) verhoogt de kans op borstkanker voor en na de menopauze.

Bepaalde onderzoeken – hoewel nog niet definitief – tonen aan dat voedingsgewoonte (te veel dierlijke vetten en koolhydraten, te weinig fruit, groenten en vezels) een invloed zou kunnen hebben op het risico om borstkanker te ontwikkelen ([9]). Al die factoren, die gekoppeld zijn aan de levensstijl, spelen een rol in het ontstaan van borstkanker, voornamelijk via hormonale mechanismen. De wereldwijde tendens, te weten meer obesitas en minder lichame-

(8) IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Agents. Weight Control and Physical Activity, IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 6. Lyon, France: IARC, 2002.

(9) Duncan AM. The role of nutrition in the prevention of breast cancer. AACN Clin. Issues. 2004 Jan -Mar; 15 (1) : 119-35.

9. La radiothérapie thoracique : les femmes qui ont subi une radiothérapie thoracique incluant le sein avant 30 ans sont à risque accru. Ceci inclut les jeunes femmes traitées par radiothérapie thoracique pour un lymphome de Hodgkin.

10. Avoir un excès de poids ou être obèse : augmente le risque de cancer du sein après la ménopause.

11. Le manque d'exercice physique : est associé à une augmentation de risque.

12. L'alcool : plus une femme consomme de l'alcool, plus elle augmente son risque.

C. Sur quels facteurs serait il possible d'agir ?

Des interventions peuvent être proposées dans le but de modifier le risque lié aux facteurs 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10,11 et 12. Les stratégies potentielles pour réduire l'incidence de la maladie sont des changements dans le mode/style de vie, la chimioprévention (utilisation de médicaments préventifs) et la chirurgie prophylactique.

Le docteur Liebens prend l'exemple des facteurs 10 : Avoir un excès de poids ou être obèse, 11 : Le manque d'exercice physique et 12 : La consommation d'alcool.

L'« International Agency for Research on Cancer » estime que 25 % des cancers du sein dans le monde sont dus au surpoids, à l'obésité et à un style de vie sédentaire ([8]). Un nombre considérable d'études épidémiologiques indique qu'une femme qui pratique 3-4 heures par semaine d'exercice physique voit son risque de cancer du sein diminuer de 30 % à 40 % par rapport à une femme qui a une vie sédentaire. Les femmes qui ont un surpoids et les femmes obèses ont une augmentation de risque de cancer du sein après la ménopause, allant de 50 % à 250 % proportionnellement à leur excès de poids. La consommation d'alcool (> ou = à deux verres par jour) augmente le risque de cancer du sein en préménopause et en postménopause.

Certaines études même si celles-ci ne sont pas définitives, indiquent que le type d'alimentation (riche en graisses animales et hydrates de carbone, pauvre en fruits, légumes et fibres) pourrait avoir un effet sur le risque de cancer du sein ([9]). Tous ces facteurs, liés au mode de vie, sont impliqués dans la cancérogenèse mammaire principalement via des mécanismes hormonaux. La tendance qui existe aujourd'hui dans le monde vers une augmentation de l'obé-

(8) IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Agents. Weight Control and Physical Activity, IARC Handbooks of Cancer Prevention, Volume 6. Lyon, France: IARC, 2002.

(9) Duncan AM. The role of nutrition in the prevention of breast cancer. AACN Clin Issues. 2004 Jan-Mar; 15 (1) : 119-35.

lijke inspanningen, zal bijdragen (draagt bij ?) tot een stijging van het aantal gevallen van borstkanker, tenzij maatregelen ter vermindering van het risico een tegengewicht vormen voor die tendens. Maatregelen die de levensstijl niet enkel op individueel vlak maar ook op het vlak van de hele bevolking wijzigen, zouden ongetwijfeld een grote impact hebben op het ontstaan van borstkanker in de toekomst ([10]). De individuele en collectieve voordelen van primaire preventie op het vlak van de levensstijl zijn zelden merkbaar op korte termijn, maar wel op zeer lange termijn, soms enkel op de schaal van de hele bevolking. Bovendien zijn de kosten vaak hoger dan de besparingen die men verwacht, toch zeker op korte en middellange termijn. Informatie, opvoeding en communicatie vormen de basiselementen van de strategieën inzake preventie en therapeutische bewustmaking op dat vlak. Ze moeten zich zowel tot de gezondheidswerkers als tot de bevolking in haar geheel richten. Het rendement is nog beter wanneer men zich richt tot subgroepen van de bevolking, de zogeheten hoogrisicogroepen, waar de kans op de ziekte en de complicaties ervan hoog is. Bovendien moet men ook rekening houden met het feit dat de hogere bevolkingsgroepen het meest openstaan voor preventie. Het is dus belangrijk om zoveel mogelijk te strijden tegen de ongelijkheid, waarvan de gevolgen voor de gezondheid paradoxaal genoeg versterkt kunnen worden door de preventie.

Er wordt ook nog op een zeer recent element gewezen; de onderzoekers van de universiteit van Texas hebben op het congres over borstkanker in San Antonio (2006) gemeld dat er in 2003 een vermindering met 7 % van nieuwe gevallen van borstkanker in de Verenigde Staten is vastgesteld. Zij hebben een nog grotere daling (12 %) vastgesteld van de gevallen van hormoongerelateerde borstkankers bij de vrouwen tussen 50 en 69 jaar. Dat is de grootste terugloop van borstkanker op één enkel jaar die men tot op heden vastgesteld heeft. Wat is er gebeurd dat die daling verklaart ? De deskundigen hebben geen sluitend antwoord maar denken aan het verminderde gebruik van hormoontherapie in de menopauze en/of het verhoogde gebruik van tamoxifeen waarvan het preventieve effect in de VS sinds 1998 erkend is door het FDA en/of van raloxifeen als preventief middel voor osteoporose dat volgens recente gegevens ook bescherming zou bieden tegen borstkanker. Er is hoe dan ook één belangrijke vaststelling : het aantal borstkankers kan verminderen en een wijziging van de levensstijl (wijziging van een hormoonbehandeling) of een preventief geneesmiddel zouden dat kunnen bewerkstelligen !

Dr. Liebens geeft daarna het voorbeeld van de factoren 2 (borstomvang), 3 (persoonlijke geschiedenis van de

(10) Mc Tiernan Anne. Behavioral Risk Factors in Breast Cancer : Can Risk Be Modified ? The Oncologist, Vol. 8, No. 4, 326-334; August 2003.

sité et une diminution de l'activité physique va contribuer (contribue ?) à une augmentation de l'incidence du cancer du sein, à moins que des mesures de réduction de ces risques ne contrebalancent ces effets. L'adoption de mesures de changement de mode de vie non seulement au niveau individuel mais aussi au niveau des populations aurait sans nul doute un large impact sur l'incidence future du cancer du sein ([10]). Les bénéfices individuels et collectifs apportés par la prévention primaire dans le domaine du mode de vie se situent très rarement sur le court terme. Ils ne seront mesurables qu'après des délais très longs, souvent seulement à l'échelon collectif de la population. En outre, leur coût dépasse souvent les économies que l'on peut en escompter, en tout cas sur le court et le moyen terme. L'information, l'éducation et la communication sont les éléments de base des stratégies de prévention et d'éducation thérapeutique dans ce domaine. Elles doivent concerner à la fois les professionnels de santé et la population générale. Elles ont un rendement d'autant meilleur qu'elles s'adressent à des sous-groupes de la population, appelés groupes à haut risque, dans lesquels le risque de survenue de la maladie et de ses complications est élevé. Il est par ailleurs important de prendre en compte le fait que les stratégies de prévention sont souvent plus faciles à adopter pour les personnes socialement les plus favorisées. Il est donc important de lutter, autant que faire se peut, contre les inégalités, dont les conséquences sur la santé peuvent, de façon paradoxale, être accrues par la prévention.

Un élément récent très intéressant est à signaler : les chercheurs de l'université du Texas ont rapporté, au congrès sur le cancer du sein tenu à San Antonio (2006), avoir constaté une diminution de 7 % des nouveaux cas de cancer du sein aux États-Unis en 2003. Ils ont constaté une chute encore plus importante (12 %) dans les cas de cancer du sein hormono-dépendants chez les femmes de 50 à 69 ans. C'est la plus grande diminution de l'incidence du cancer du sein en une seule année que l'on a constaté à ce jour. Mais qu'a-t-il bien pu se passer pour expliquer cette diminution ? Les experts n'ont pas une réponse définitive mais évoquent la moindre utilisation de la thérapie hormonale de ménopause et/ou l'augmentation d'utilisation du tamoxifène dont l'effet préventif est reconnu aux USA depuis 1998 par la FDA et/ou celle du raloxifène préventif de l'ostéoporose qui, selon des données récentes, protégerait aussi du cancer du sein. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une constatation importante : l'incidence du cancer du sein peut diminuer et un changement de mode de vie (modification d'un traitement hormonal) ou un médicament préventif pourrait en être responsable !

Le docteur Liebens prend ensuite l'exemple des facteurs 2 : La densité mammaire, 3 : Une histoire personnelle de can-

(10) McTiernan Anne. Behavioral Risk Factors in Breast Cancer : Can Risk Be Modified ? The Oncologist, Vol. 8, No. 4, 326-334, August 2003.

borstkanker), 4 (familiale antecedenten) en 5 (borstletsels met hoog risico die bij een biopsie ontdekt worden).

Uit onderzoeken, die statistisch zeer onderbouwd zijn omdat ze placebogecontroleerd zijn (onder andere IBIS-I, NSABP-P1), blijkt dat een behandeling met tamoxifeen (20 mg p.d.) gedurende 5 jaar bij vrouwen (in menopauze of niet) die een hoog risico lopen, de kans op borstkanker in situ en invasief met hormonale receptoren met 27 % tot 49 % vermindert. De folluw-upgegevens van die onderzoeken, die onlangs gepubliceerd zijn, tonen aan dat het preventieve effect ten minste 2 jaar werkt na het stopzetten van de toediening van tamoxifeen ([11]). Op basis van die studies, wordt het gebruik van tamoxifeen bij preventie van borstkanker bij vrouwen met een hoog risico, te weten bij primaire preventie, opgenomen als indicatie in de bijsluiters in de Verenigde Staten. Het onderzoek gaat echter in de richting van andere geneesmiddelen die gebruikt zouden kunnen worden bij preventie van borstkanker en waarvan men verwacht dat ze minder schadelijk zijn.

Raloxifeen wordt gebruikt bij de behandeling van osteoporose. Twee onderzoeken op ruime schaal (STAR en RUTH) zijn uitgevoerd met raloxifeen, waarbij invasieve borstkanker een primair evaluatiecriterium was. De resultaten van die twee onderzoeken zijn onlangs gepubliceerd en tonen aan dat raloxifeen even efficiënt is als tamoxifeen bij primaire preventie, behalve voor kankers in situ en de borstletsels met hoog risico ([12]), ([13]). Wanneer men toch kiest voor preventieve behandeling, zijn er geen argumenten om een keuze te maken tussen tamoxifeen en raloxifeen. De beslissing wordt individueel genomen. Die twee geneesmiddelen verminderen het risico op invasieve borstkanker met hormonale receptoren; tamoxifeen lijkt efficiënter voor de preventie van kanker in situ en de letsels met hoog risico die soms gerelateerd worden aan een grote borstomvang. Raloxifeen is misschien iets minder schadelijk (er bestaan bijvoorbeeld geen gegevens over een verhoogd risico van baarmoederhalskanker) maar er kunnen ernstige ongewenste effecten optreden (bijvoorbeeld adertrombose/embolie) bij de beide geneesmiddelen ([14]), ([15]).

(11) Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Cecchini RS, Cronin WM en al. : Tamoxifen for the prevention of breast cancer : current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study J Natl Cancer Inst. 2005 : 97 : 1652-62.

(12) Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, Cronin WM, Cecchini RS et al. : Effect of tamoxifen vs raloxifene on the risk of developing invasive breast cancer and other disease outcomes. The NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 trial. JAMA 2006; 295 : 2727-41.

(13) Barett-Connor E, Mosca L, Collins P, Geiger MJ, Grady D en al.x : Effects of raloxifene on cardio-vascular events and breast cancer in postmenopausal women. N Engl J Med 2006; 355: 125-37.

(14) Land SR, Wickerham DL, Costantino JP, Ritter MW, Vogel et al. : Patient-reported symptoms and quality of life during treatment with tamoxifen or raloxifene for breast cancer prevention. The NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 Trial. JAMA 2006; 295 : 2742-51.

(15) Stefanick ML (editorial). : Risk-benefit profiles of raloxifene for women. N Engl J Me 2006; 355 : 190-192.

cer du sein, 4 : Les antécédents familiaux et 5 : Lésions mammaires à haut risque découvertes à l'occasion d'une biopsie.

Il ressort d'études très puissantes au niveau statistique car contrôlées par placebo (entre autres IBIS-I, NSABP-P1) qu'un traitement par le tamoxifène (20 mg p.j.) pendant 5 ans chez des femmes (ménopausées ou non) présentant un risque élevé, diminue le risque de cancer du sein in situ et invasif avec des récepteurs hormonaux de 27 % à 49 % selon les études. Les données du suivi de ces études, publiées récemment, montrent que l'effet préventif persiste au moins 2 ans après l'arrêt du tamoxifène ([11]). Sur base de ces études, l'utilisation du tamoxifène dans la prévention du cancer du sein chez les femmes présentant un risque élevé, c.-à-d. en prévention primaire, figure comme indication dans les notices aux Etats-Unis. La recherche s'oriente toutefois vers d'autres médicaments qui pourraient être utilisés dans la prévention du cancer du sein, et avec lesquels on pourrait espérer un meilleur profil d'innocuité.

Le raloxifène est utilisé dans le traitement de l'ostéoporose. Deux études à large échelle (STAR et RUTH) ont été réalisées avec le raloxifène, dans lesquelles le cancer du sein invasif était un critère d'évaluation primaire. Les résultats de ces deux études ont été publiés récemment et démontrent que le raloxifène est aussi efficace que le tamoxifène en prévention primaire sauf sur les cancers in situ et les lésions mammaires à haut risque ([12]), ([13]). Lorsqu'on opte quand même pour un traitement préventif, il n'y a pas d'arguments permettant de faire un choix entre le tamoxifène et le raloxifène. La décision se prendra sur base individuelle. Ces deux médicaments diminuent le risque de cancer du sein invasif contenant des récepteurs hormonaux; le tamoxifène semble plus efficace en ce qui concerne la prévention de cancer du sein in situ et des lésions à haut risque parfois associées à une densité mammaire élevée. Le profil d'innocuité du raloxifène est peut-être un peu plus favorable (il n'existe p. ex. pas de données quant à un risque accru de cancer de l'endomètre), mais des effets indésirables graves (p. ex. thrombo-embolie veineuse) peuvent survenir avec les deux médicaments ([14]), ([15]).

(11) Fisher B, Costantino JP, Wickerham DL, Cecchini RS, Cronin WM et al. : Tamoxifen for the prevention of breast cancer : current status of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study J Natl Cancer Inst 2005; 97 : 1652-62.

(12) Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, Cronin WM, Cecchini RS et al. : Effects of tamoxifen vs raloxifene on the risk of developing invasive breast cancer and other disease outcomes. The NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 trial. JAMA 2006; 295 : 2727-41.

(13) Barrett-Connor E, Mosca L, Collins P, Geiger MJ, Grady D et al.x : Effects of raloxifene on cardio-vascular events and breast cancer in postmenopausal women. N Engl J Med 2006; 355 : 125-37.

(14) Land SR, Wickerham DL, Costantino JP, Ritter MW, Vogel VG et al. : Patient-reported symptoms and quality of life during treatment with tamoxifene or raloxifene for breast cancer prevention. The NSABP Study of Tamoxifen and Raloxifene (STAR) P-2 Trial. JAMA 2006; 295 : 2742-51.

(15) Stefanick ML (editoriaal). : Risk-benefit profiles of raloxifene for women. N Engl J Med 2006; 355 : 190-192.

Met anastrozole en exemestane als aromastase-inhibitors zijn placebogecontroleerde studies aangevangen bij vrouwen in de menopauze met een hoog risico voor borstkanker. Wij vermelden dat primaire preventie van borstkanker niet vermeld wordt als indicatie in de Belgische bijsluiters van de specifieke geneesmiddelen op basis van tamoxifeen, raloxifeen, anastrazole of exemestane (situatie op 1 september 2006).

D. Analyse van het publiek en van de vraag

De preventiestrategieën moeten zich focussen op gezondheidsproblemen waarvoor niet alleen risicofactoren zijn ontdekt maar ook waarvan de perceptie van het gevaar groot is bij de bevolking.

De manier waarop vrouwen hun risico op borstkanker en het gevaar voor overlijden ten gevolge van de ziekte bekijken kan ver afstaan van de werkelijkheid. Vele studies hebben aangetoond dat nagenoeg 9 vrouwen op 10 het gevaar dat ze in hun leven kanker krijgen slecht inschatten en het soms groter achten dan het in werkelijkheid is, soms kleiner. Eenmaal correct ingelicht, zijn ze gerustgesteld dat ze het reële risico kennen. Het besef van het persoonlijk gevaar is een ingewikkelde zaak en sommige grotere probleem duiken op als men belangrijke beslissingen moet nemen die berusten op het besef van het gevaar waaraan men blootgesteld is (psychologische problemen, te veel of niet genoeg opsporing).

De beschikbare wetenschappelijke gegevens tonen aan dat vrouwen niet alleen moeite hebben om hun persoonlijk risico op borstkanker in te schatten, maar ook dat ze een zeer beperkte kennis hebben van de risicofactoren van de ziekte en zulks ongeacht de leeftijd ([16]). Een recente uitvoerige studie (2006) uitgevoerd in 23 Europese landen heeft onderzocht wat de universiteitsstudenten weten over de risico's van borstkanker. De resultaten tonen aan dat slechts één vrouw op twintig alcohol, obesitas en niet bewegen beschouwt als factoren die de kans op borstkanker vergroten. Stress en roken worden door de ondervraagden vaak beschouwd als risicofactoren terwijl de invloed ervan op het risico gering is volgens wetenschappelijke gegevens. Volgens diezelfde studie, weten de Europese studentinnen daarover veel minder dan de Amerikaanse studentinnen ([17]). In het kader van de oncogenetische consulten voor vrouwen met een zeer hoog risico op basis van een

(16) Pohls UG, en al. Awareness of breast cancer incidence and risk factors among healthy women. Eur J Cancer Prev 2004 Aug 13(4) : 249-56.

(17) Peaceya V. en al Low levels of breast cancer risk awareness in young women : An international survey. European Journal of Cancer Volume 42, Issue 15, october 2006, blz. 2585-2589.

Avec les inhibiteurs de l'aromatase anastrozole et exémestane, des études contrôlées par placebo ont débuté chez des femmes ménopausées présentant un risque élevé de cancer du sein. Signalons que la prévention primaire du cancer du sein n'est pas mentionnée comme indication dans les notices belges des spécialités à base de tamoxifène, raloxifène, anastrazole ou exémestane (situation au 1er septembre 2006).

D. Analyse du public et de sa demande

Les stratégies de prévention doivent s'adresser à des problèmes de santé pour lesquels, non seulement, des facteurs de risque ont été identifiés mais aussi, dont le niveau de perception du risque est élevé dans la population.

La façon dont les femmes perçoivent leur risque de cancer du sein et leur risque de décès lié à la maladie peut être fort éloignée de la réalité. De très nombreuses études ont montré que près de 9 femmes sur 10 évaluent mal le risque de développer un cancer du sein au cours de leur vie, le croyant plus élevé qu'il n'est effectivement et parfois plus faible. Une fois correctement informées elles se sentent soulagées de connaître le risque réel. La compréhension du risque personnel est une question complexe et certains problèmes majeurs surgissent lorsque des personnes doivent prendre des décisions importantes qui reposent sur leur compréhension du risque auquel elles sont exposées (détresse psychologique, trop ou pas assez de dépistage).

Les données scientifiques disponibles indiquent que les femmes ont non seulement, des difficultés pour estimer leur risque personnel de cancer du sein mais qu'elles ont aussi des connaissances très limitées sur les facteurs de risque de la maladie et ceci quel que soit leur âge ([16]). Une large étude européenne récente (2006) réalisée dans 23 pays européens a investigué les connaissances des étudiantes universitaires au sujet des facteurs de risque de cancer du sein. Les résultats montrent que seulement 1 jeune femme sur 20 identifie correctement l'alcool, l'obésité et l'exercice comme des facteurs influençant la probabilité de développer un cancer du sein. De plus, le stress et le tabac sont fréquemment incriminés comme facteurs de risque par les répondantes alors que leur impact sur le risque est faible selon les données scientifiques. Selon cette même étude, les connaissances des étudiantes européennes sont très inférieures à celles des étudiantes américaines sur le sujet ([17]).

(16) Pohls UG, et al. Awareness of breast cancer incidence and risk factors among healthy women. Eur J Cancer Prev. 2004 Aug; 13 (4) : 249-56.

(17) Peaceya V. et al. Low levels of breast cancer risk awareness in young women : An international survey. European Journal of Cancer Volume 42, Issue 15, October 2006, Pages 2585-2589.

erfelijk kankergen, zijn geslaagde pogingen gedaan om de inschatting van het risico en de kennis van borstkanker te verbeteren ([18]). Vrouwen die drager zijn van genetische mutaties vormen evenwel een minderheid van de vrouwen met een risico en die positieve experimenten zijn nog te weinig talrijk.

De onwetendheid over de gevolgen, de risicofactoren en het persoonlijk risico maken dat het weinig waarschijnlijk is dat de bevolking in het algemeen en de meerderheid van de vrouwen met een risico in het bijzonder de beslissingen nemen die zich opdringen inzake borstkanker en de thans beschikbare kansen grijpen om het risico te verminderen ([19]).

E. Conclusie

Om in 2007 efficiënt te strijden tegen borstkanker, zou primaire preventie een groter aandeel moeten krijgen in de zorgprogramma's. Preventie blijft idealiter een beter alternatief dan de behandeling van een ziekte. Thans is er onbetwistbaar vooruitgang geboekt in de opsporing van vrouwen met een risico en die echt voor preventieve ingrepen in aanmerking kunnen komen. Op dat vlak, zijn de vaststelling van de risicofactoren die door de chirurgie kunnen worden aangepakt, de therapie met geneesmiddelen, de wijziging van het gedrag, en zelfs de secundaire aangepaste preventiestrategieën van groot belang. Dat heeft tot gevolg dat preventie zowel voor het individu als voor de gemeenschap moet gelden. Die twee niveaus zijn complementair. Bovendien wordt het betrekken van de personen bij een preventie-actie vaak vergemakkelijkt door het belang dat de hele samenleving eraan hecht. Dat geldt voor alle professionals van de gezondheidszorg (van de eerstelijnshuisarts tot de specialist met de verplegers, de paramedici en de vrouwenverenigingen). Dat geldt ook voor de politici die beslissen over de prioriteiten en de te volgen weg in de bevordering van de gezondheid van de medeburgers. In België, hebben de mensen die het grootste gevaar lopen voor HIV-infectie door hun seksueel gedrag (een kleine minderheid van de bevolking) dankzij de nationale solidariteit efficiënt een preventiestrategie aangenomen gedurende de jaren 90. De primaire preventiestrategie voor borstkanker moet uiteraard worden bekeken in de context van de algemene gezondheid van een vrouw en alle vrouwen met een risico krijgen misschien geen behandeling of wensen er misschien geen. Wij beschikken heden over potentieel efficiënte middelen en hoe meer men upstream

(18) Lobb EA, Butow PN, Moore A, Barratt A, Tucker K, Gaff C, Kirk J, Dudding T, Butt D, Development of a communication aid to facilitate risk communication in consultations with unaffected women from high risk breast cancer families : a pilot study. J. Genet Couns 2006 oct; 15 (5) : 393-405.

(19) McMenamina M. en al. A survey of breast cancer awareness and knowledge in a Western population : lots of light but little illumination European Journal of Cancer Volume 41, Issue 3, February 2005, blz. 393-397.

Dans le cadre des consultations d'oncogénétique qui prennent en charge des femmes à très haut risque sur base de l'existence d'un gène héréditaire de cancer du sein, des efforts ont été faits avec succès pour améliorer la perception du risque et les connaissances sur le cancer du sein ([18]). Toutefois, les femmes porteuses de mutations génétiques représentent une minorité de femmes à risque et ces expériences positives restent trop peu nombreuses.

L'ignorance sur l'incidence, les facteurs de risque et le risque personnel fait qu'il est très peu probable que la population en général et la majorité des femmes à risque en particulier, puissent prendre les décisions responsables qui s'imposent dans le domaine du cancer du sein et des options de réduction de risque disponibles aujourd'hui ([19]).

E. Conclusion

En 2007, pour lutter efficacement contre la problématique majeure que représente le cancer du sein, le rôle de la prévention primaire devrait être mieux intégré dans les programmes de soins. La prévention reste idéalement une alternative préférable au traitement d'une maladie établie. Aujourd'hui des progrès indiscutables ont été réalisés dans l'identification des femmes à risque pouvant réellement bénéficier d'interventions préventives. Dans ce domaine, l'identification de facteurs de risque pouvant être modifiés par la chirurgie, les thérapies médicamenteuses, des modifications du comportement, voire des stratégies de prévention secondaires adaptées, est d'une importance capitale. Ceci a pour conséquence que la prévention doit s'appliquer à la fois au niveau de l'individu et au niveau de la collectivité. Ces deux niveaux d'intervention sont complémentaires. En outre, l'implication des individus dans une action de prévention est souvent facilitée par l'intérêt que l'ensemble de la société y porte. Cette implication concerne tous les professionnels de la santé (du médecin généraliste de première ligne au spécialiste avec les infirmières, les paramédicaux et les associations de femmes). Elle concerne aussi les responsables politiques qui décident des priorités et des voies à suivre dans la promotion de la santé de leurs concitoyens. Ainsi, en Belgique, c'est en grande partie grâce à la solidarité nationale qui a été suscitée, que les personnes les plus concernées par le risque d'infection VIH du fait de leur activité sexuelle (une petite minorité de la population), ont efficacement adopté des stratégies de prévention durant les années 1990. Bien sûr, les stratégies de prévention primaire du cancer du sein doivent être évaluées dans le contexte de la santé générale d'une femme et toutes

(18) Lobb EA, Butow PN, Moore A, Barratt A, Tucker K, Gaff C, Kirk J, Dudding T, Butt D. Development of a communication aid to facilitate risk communication in consultations with unaffected women from high risk breast cancer families : a pilot study. J Genet Couns. 2006 Oct; 15 (5) : 393-405.

(19) McMenamina M. et al. A survey of breast cancer awareness and knowledge in a Western population : lots of light but little illumination European Journal of Cancer Volume 41, Issue 3, February 2005, Pages 393-397.

van de keten kan handelen hoe meer men kan hopen dat de veranderingen borstkanker uiteindelijk zullen terugdringen.

Tot slot van haar uiteenzetting suggereert Dr. Liebens om naast de mammografie campagnes te voeren die hameren op het belang van sport, minder alcohol, controle van gewicht en gezonde voeding.

IV.5. Hoorzitting met Dr. Myriam Provost, vertegenwoordiger van de huisartsen (vzw Hippocrates) in Brumammo vzw

In de inleiding van haar uiteenzetting wijst Dr. Provost erop dat ze ook de beschouwingen van haar Nederlandstalige collega in de algemene vergadering van Brumammo, Christophe Struyve, vertolkt.

Volgens de spreekster is er in de preventieregeling een centrale plaats voor de behandelend geneesheer weggelegd. Hij komt in contact met de verschillende bevolkingsgroepen, zowel de kansarmen als de welgestelden, en zorgt aldus voor een zo ruim mogelijke preventie bij de bevolking.

Het programma voor de opsporing van borstkanker is een sociaal programma, want het maakt het mogelijk om vrouwen te screenen die anders niet gevolgd worden. De lage deelname aan het programma in het zuiden van Brussel wijst er waarschijnlijk op dat de vrouwen aldaar door gynaecologen worden gescreend buiten het kader van dat programma.

Dokter Provost steekt heel wat tijd in het overtuigen van 50-jarige Marokkaanse vrouwen om deel te nemen aan het borstkankeropsporingsprogramma. Dat werk, dat de jonge generaties over de drempel kan halen, is een werk van lange adem en is kenmerkend voor het werk van de huisartsen. Die bevolkingsgroep neemt vrij gemakkelijk deel aan het opsporingsprogramma. De patiënten die hun borsten al hebben laten onderzoeken, zijn evenwel moeilijker om te overtuigen. Men dient hun de voordelen van het programma uit te leggen dat het mogelijk maakt om in de erkende centra te beschikken over gecontroleerde, performante en minder toxische apparatuur. Bovendien volgt na het borstonderzoek geen tweede en derde lezing, die belangrijke kwaliteitscriteria zijn. Sommige centra beweren ten onrechte dat ze een tweede lezing uitvoeren, want ze hebben niet begrepen dat die tweede lezing buiten hun centrum moet worden uitgevoerd.

De spreker vindt het voorstel van professor Grivegnée om de algemene opsporing bij de bevolking te evalueren op basis van die twee opsporingsmethodes zeer interessant.

les femmes à risque ne bénéficieront peut-être pas d'un traitement ou ne le souhaiteront peut-être pas. Mais nous disposons aujourd'hui de moyens potentiellement efficaces et plus on pourra agir en amont dans la chaîne causale, plus on pourra espérer que les changements induits s'inscriront dans la durée pour faire reculer ce fléau qu'est le cancer du sein.

En conclusion de son intervention, le docteur Liebens suggère de développer, parallèlement à la mammographie, des campagnes insistant sur l'importance du sport, d'une moindre consommation d'alcool, du contrôle du poids et d'une alimentation saine.

IV.5. Audition du Dr Myriam Provost, représentante des médecins traitants (asbl Hippocrate) au sein de Brumammo asbl

En préambule à son intervention, le Dr Provost signale qu'elle est également porteuse de la réflexion de son collègue néerlandophone au sein de l'assemblée générale de Brumammo, M. Christophe Struyve.

Pour l'intervenante, le médecin traitant occupe une place privilégiée au sein du dispositif de prévention. Il permet de toucher les différents groupes sociaux, les défavorisés comme les nantis, et assure ainsi la meilleure couverture possible de la population.

Le programme de dépistage du cancer du sein véhicule une image sociale car il permet le screening de femmes qui ne font l'objet d'aucun suivi. Le faible taux de participation au programme dans le sud de la région bruxelloise témoigne vraisemblablement de la pratique d'un screening hors programme par les gynécologues.

Le docteur Provost passe du temps à essayer de convaincre la patiente marocaine de 50 ans d'entrer dans le programme de dépistage. Ce travail permettant d'influencer les jeunes générations inscrit ce programme dans la durée et caractérise l'action des généralistes. Ce type de population s'engage assez facilement dans le programme de dépistage. Cependant, la patientèle ayant déjà recours au bilan sénologique est plus difficile à convaincre. Il faut lui expliquer les effets bénéfiques du programme qui permet de disposer dans les centres agréés de matériel contrôlé, performant et moins toxique. De plus, le bilan sénologique ne donne pas accès à la deuxième et la troisième lectures qui sont des critères de qualité importants. Certains centres prétendent, à tort, pratiquer la deuxième lecture car ils n'ont pas compris que cette deuxième lecture doit être réalisée hors de leur centre.

L'oratrice trouve très intéressante la suggestion du professeur Grivegnée d'évaluer le dépistage global de la population sur base de ces deux modes de dépistage.

Dokter Provost vestigt de aandacht op de funeste gevolgen die de tegenstrijdige boodschappen van de academische instanties voor het opsporingsprogramma hebben. De consensus in deze commissie is niet terug te vinden in de gynaecologische diensten. De huisartsen vermijden evenwel conflicten met hun collega's-gynaecologen, want ze moeten met hen samenwerken voor de follow-up en begeleiding van sommigen van hun patiënten. Het comité Behandelende Geneesheren van de Franse Gemeenschap heeft aldus getracht om gynaecologen te betrekken bij de opsporing, maar slechts één persoon is daarop ingegaan en werd gedesavoueerd door de representatieve beroepsinstellingen.

Het borstkankeropsporingsprogramma is een werk van lange adem en acties zoals die welke Brumammo begin 2006 heeft georganiseerd (verzending van voorschriften voor mammotests die weinig tijd in beslag nemen), moeten herhaald worden. De Vlaamse Gemeenschap heeft bijvoorbeeld onlangs de behandelende geneesheren bij brief gewezen op het belang van screening. Ze krijgen memo's om ze eraan te herinneren dat ze een centrale plaats in het preventiemechanisme innemen en dat, zonder hun medewerking, te weinig vrouwen aan het programma deelnemen. Er worden affiches uitgedeeld om in de wachtzalen op te hangen.

Dat soort actie is een zeer goede zaak, maar de affiches moeten aangepast worden aan de Brusselse sociaal-culturele realiteit, die verscheidener is, opdat de bevolking zich aangesproken voelt. Die affiches zijn zeer nuttig, want ze herinneren de patiënten aan de uitnodigingsbrieven die ze van Brumammo hebben gekregen en aan de informatie die ze van de behandelende geneesheer krijgen. Het is bovendien interessant om vast te stellen dat steeds meer vrouwen naar de consultatie komen met een uitnodigingsbrief voor een opsporingsonderzoek en hun huisarts vragen stellen over de inhoud van het programma. Bovendien hebben, in tegenstelling tot wat men vreesde, weinig behandelende geneesheren patiënten moeten verzorgen die ze niet kenden.

Artsen voelen zich doorgaans niet betrokken bij de preventiecampagnes en wensen langs een andere weg dan via de media daarvan op de hoogte te worden gebracht. Het is dus belangrijk om de communicatie te verbeteren tussen de actoren die betrokken zijn bij de opsporing van borstkanker.

Dokter Provost leest de commissieleden het betoog voor dat ze van dokter Axel Hoffman, voorzitter van de Federatie van de Verenigingen van Huisartsen van Brussel, heeft ontvangen :

« Efficiënte samenwerking tussen de verschillende actoren die kunnen bijdragen tot preventie en opsporing, is een must om zoveel mogelijk personen te bereiken. In dat verband speelt de eerstelijnszorg een coördinatierol die van essentieel belang is. De eerstelijnszorg is immers de link bij uitstek tussen de deskundigen en de bevolking, waar-

Le docteur Provost attire l'attention sur les effets délétères que les messages contradictoires des autorités académiques ont sur le programme de dépistage. Le consensus présent dans cette commission ne se retrouve pas au sein des services gynécologiques. Les généralistes évitent cependant d'entrer en conflit avec leurs collègues gynécologues car ils sont amenés à collaborer avec eux dans le cadre du suivi et de l'accompagnement de certaines de leurs patientes. Le Comité « Médecins traitants de la Communauté française » a ainsi essayé d'associer des gynécologues au dépistage mais une seule personne a répondu favorablement et elle est désavouée par les organismes représentatifs de sa profession.

Le programme de dépistage du cancer du sein s'inscrit dans la durée et les actions comme celles organisées début 2006 par Brumammo (envoi de blocs permettant la prescription de mammotests sans un investissement de temps important) doivent être répétées. A titre d'exemple, la Communauté flamande a récemment envoyé un courrier aux médecins traitants pour insister sur l'importance du screening. Des mémos leur rappellent qu'ils sont des acteurs privilégiés et que, sans eux, l'adhésion des femmes au programme est déficiente. Des affiches sont distribuées pour être apposées dans les salles d'attente.

Ce type d'action est particulièrement positif mais les affiches doivent être adaptées à la réalité socioculturelle bruxelloise, plus colorée, pour que la population puisse s'y identifier. Ces outils sont très utiles car ils rappellent aux patientes les lettres d'invitation envoyées par Brumammo et le discours des médecins traitants. Il est d'ailleurs intéressant de constater que de plus en plus de femmes se rendent en consultation avec une lettre d'invitation à un dépistage et questionnent leur médecin sur le contenu du programme. De plus, contrairement à certaines appréhensions, peu de médecins traitants ont dû soigner des patientes qu'ils ne connaissaient pas.

De façon générale, les médecins ne se sentent pas associés aux campagnes de prévention et souhaiteraient en être informés autrement que par les médias. Il est donc important d'améliorer la communication entre les acteurs impliqués dans le dépistage du cancer du sein.

Le docteur Provost lit alors aux membres de la commission l'intervention que le docteur Axel Hoffman, président de la Fédération des associations des médecins généralistes bruxellois, lui a transmise :

« Une collaboration efficace entre les différents intervenants susceptibles d'agir dans le champ de la prévention et du dépistage constitue un atout essentiel pour restreindre le nombre de personnes n'y ayant pas accès. A cet égard, le rôle de coordination de la première ligne de soins est essentiel. La première ligne de soins constitue en effet l'ar-

van ze de eerste gesprekspartner is wegens het aantal contacten en de laagdrempeligheid op financieel, culturele, geografisch en tijdsvlak. De eerstelijnszorg staat te midden van de gebruikers en heeft een unieke kennis van hun levensomstandigheden en kan de voor de gezondheid bepalende factoren en gedragingen te velde identificeren. De eerstelijnszorg verzamelt informatie over de patiënt, wat zeer belangrijk is voor de communicatie tussen de gebruikers en de gespecialiseerde actoren alsook voor de communicatie tussen de actoren. De eerstelijnszorg fungeert als een kruispuntbank van gegevens inzake preventie, opsporing, gezondheid, bevordering van de gezondheid en curatieve follow-up.

De officiële instanties zijn zich thans bewust geworden van het belang van een efficiënte eerstelijnszorg. Dat besef begint langzamerhand ingang te vinden. Wat het borstkankervraagstuk betreft, neemt de driehoeksverhouding patiënt-deskundige-ziekte nog een te centrale plaats in de preventie-, opsporings- en risicobepalingsacties in. De rol van de huisartsen wordt niet geïntegreerd in dat schema. Dat is een zeer slechte zaak voor de patiënten. De problemen die bijvoorbeeld Brumammo ondervindt, zijn volgens ons gedeeltelijk te wijten aan het feit dat de men de huisarts niet van in het begin een rol in het mechanisme toebedeelt. Als de huisartsen vragen om met hen rekening te houden, is dat niet om de belangen van hun beroepsgroep te verdedigen, maar omdat ze zich bewust zijn van hun specifieke rol en van de mogelijke voordelen voor de bevolking.

Om de patiënten een zo efficiënt mogelijk dienst te kunnen verlenen, verzoekt de Fédération des associations des médecins généralistes bruxellois, die alle Franstalige verenigingen van huisartsen van het Brussels Gewest groepeert en met haar Nederlandstalige collega's samenwerkt in de structuur Hippocrates, bijgevolg de promotoren, actoren en besluitvormers om de rol van de eerstelijnszorg van bij het begin te integreren in hun projecten, niet omdat zulks een politiek correcte verplichting zou zijn, maar wel een middel waarvan het absurd zou zijn om het te laten links liggen. ».

Dokter Provost besluit dat de huisartsenpraktijken bevoorrechte gesprekspartners zijn voor communicatie-acties met de doelgroep, maar dat 80 % van de Brusselse huisartsen buiten die structuren werkt en dat het belangrijk is om na te denken over de manier waarop ze betrokken kunnen worden bij de verschillende communicatie-acties.

V. Gedachtewisseling

De voorzitter dankt de sprekers voor hun uiteenzettingen die een duidelijker beeld gegeven hebben van de problematiek en een eerste glimp gegund hebben op de mogelijke oplossingen.

ticulation principale entre les experts et la population, dont elle est le premier interlocuteur à la fois en termes de volume de contacts et d'accessibilité, tant financière et culturelle que géographique et temporelle. Immergée dans le milieu de vie des usagers, elle développe une connaissance unique de leurs conditions d'existence et identifie sur le terrain les déterminants et les comportements de santé. Elle concentre l'information sur le patient, centralisation précieuse pour la communication entre usagers et intervenants spécialisés, de même qu'entre intervenants. Son carrefour en fait le lieu de la synthèse des données aux plans de prévention, de dépistage, de santé communautaire, de promotion de la santé et de suivi curatif.

L'importance d'une première ligne de soins efficace a maintenant intégré les discours officiels et commence très timidement à sortir de l'incantatoire. Dans la problématique du cancer du sein, les actions de prévention, de dépistage et d'identification des risques sont encore trop imprégnées d'une culture triangulée sur la patiente, l'expert et la maladie. Dans ce schéma, l'apport des généralistes n'est pas intégré, ce qui constitue « une perte de chances » massive pour les patientes. Les difficultés que rencontre par exemple Brumammo nous semblent en partie liées au fait que le généraliste n'a pas été pensé dès le départ comme un acteur de base du dispositif. Sa demande d'être pris en compte n'a pourtant rien d'une défense d'intérêts sectoriels mais relève de la conscience de son rôle spécifique et des bénéfices potentiels pour la population.

C'est pourquoi, dans un souci d'efficacité au service des patientes, la Fédération des associations des médecins généralistes bruxellois, qui représente toutes les associations de généralistes francophones de la Région bruxelloise et se coordonne avec ses confrères néerlandophones au sein de la structure Hippocrate, invite les promoteurs, acteurs et décideurs à intégrer dès la conception de leurs projets le rôle de la première ligne de soins non comme une obligation politiquement correcte mais comme un outil dont il serait absurde de se passer. »

Le docteur Provost conclut son intervention en indiquant que si les maisons médicales sont des interlocutrices privilégiées pour des actions de communication vers la population-cible, 80 % des généralistes bruxellois travaillent en dehors de ces structures et il est important de réfléchir à la manière de les associer aux différentes actions de communication.

V. Echange de vues

Le président remercie les intervenants pour leurs exposés qui ont permis de mieux cerner la problématique et surtout de mieux entrevoir les solutions offertes.

Mevrouw Fatiha Saïdi bedankt op haar beurt alle sprekers voor hun betoog, alsook een aantal die meegewerkt hebben aan de opstelling van dit voorstel van resolutie. De hoorzittingen hebben het belang van de systematische opsporing bevestigd, alsook het nut om een nieuw voorstel van resolutie over de kwestie in te dienen. De spreekster wijst erop dat het Brussels Gewest met het door Brumammo aangeboden opsporingsprogramma een kwaliteitsvolle preventie geeft. Dat programma moet ondersteund en uitgebreid worden om het nog efficiënter te maken.

Hoewel de volksvertegenwoordigster weet dat de behandelende artsen via de vzw Hippcrates vertegenwoordigd zijn in de algemene vergadering van Brumammo, benadrukt ze dat haar collega Paul Galand en zijzelf ervoor blijven pleiten dat die artsen ook een plaats zouden krijgen in de raad van bestuur. De raden van bestuur komen immers vaker bijeen en de huisartsen zouden aldus beter en regelmatiger verslag kunnen uitbrengen over hun ervaring te velde. Bovendien ziet mevrouw Saïdi daar ook een niet te verwaarlozen menselijk aspect in, namelijk de erkenning van de huisartsen als volwaardige partners in het kader van het Brumammoprogramma. Mevrouw Saïdi zou de mening willen kennen van de sprekers die bij deze zaak betrokken zijn.

De volksvertegenwoordigster wenst ook te weten of :

– de systematische opsporing gevolgen heeft voor het sterftecijfer ? Het programma is misschien nog niet oud genoeg om een antwoord te geven op die vraag, maar ze wenst een antwoord van de specialisten terzake.

– de kit die Brumammo in februari 2006 naar alle huisartsen gestuurd heeft, een efficiënt instrument is. Hebben de artsen er nog gevraagd ? Komt er een nieuwe verzending ?

– de registratie van een uitnodiging in plaats van het voorschrift wanneer een patiënt zich met de twee aanbiedt voor een screening, niet gunstiger zou zijn voor de statistieken ?

Mevrouw Fatiha Saïdi meent, zoals dokter Provost, dat de affiches ter bevordering van de opsporing aangepast moeten worden aan de Brusselse sociologische realiteit en de diversiteit van onze bevolkingsgroepen beter zouden moeten weergeven zodat de vrouwen zich daarmee kunnen identificeren.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux dankt op haar beurt de sprekers voor hun uitleg. Zij zou graag hebben dat dokter Liebens preciseert of tabak al dan niet beschouwd moet worden als een risicofactor voor borstkanker. Zij vermeldt die enerzijds niet in haar uiteenzetting en lijkt zelfs te zeggen dat die ten onrechte beschouwd wordt als een risicofactor, maar anderzijds vermeldt zij die wel op een affiche over de factoren die de kans op borstkanker verhogen.

Mme Fatiha Saïdi remercie à son tour l'ensemble des orateurs pour leur intervention, ainsi que pour la participation de nombre d'entre eux à l'élaboration de cette proposition de résolution. Ces auditions ont confirmé l'importance du dépistage systématique et l'utilité de déposer une nouvelle proposition de résolution sur cette question. Elle rappelle que notre Région offre un bel exemple de médecine préventive avec le programme de dépistage offert par Brumammo, programme qui doit être soutenu et renforcé afin de le rendre encore plus efficace.

Tout en sachant que les médecins traitants sont représentés au sein de l'assemblée générale de Brumammo via l'asbl Hippocrate, la députée souligne que son collègue M. Paul Galand et elle-même continuent de plaider pour qu'ils aient également une place au sein du conseil d'administration. En effet, les conseils d'administration se réunissent plus souvent et les médecins généralistes pourraient ainsi mieux et plus régulièrement rendre compte de leur expérience de terrain. En outre, Mme Saïdi y voit aussi un aspect humain non négligeable qui est celui de la considération des médecins comme de véritables partenaires dans le programme Brumammo. Mme Saïdi aimerait entendre l'opinion des orateurs concernés par cette question.

La députée désire également savoir si :

– le dépistage systématique a des conséquences sur le taux de mortalité ? Le programme n'est peut-être pas suffisamment ancien pour avoir une réponse à cette question mais elle souhaite avoir la réponse des spécialistes en la matière.

– le kit envoyé par Brumammo à l'ensemble des généralistes en février 2006 est un instrument efficace ? Les médecins en ont-ils redemandé ? Un nouvel envoi est-il prévu ?

– l'enregistrement de l'invitation plutôt que de la prescription quand une patiente se présente à un dépistage munie des deux ne serait pas favorable aux statistiques ?

Mme Fatiha Saïdi pense, comme le docteur Provost, que les affiches de promotion du dépistage devraient être adaptées à la réalité sociologique bruxelloise et mieux refléter la diversité de notre population pour permettre aux femmes de s'y identifier.

Mme Jacqueline Rousseaux remercie également les intervenants pour leurs explications. Elle aimerait que le docteur Liebens précise si le tabac figure ou non parmi les facteurs de risque du cancer du sein. D'une part, elle ne le mentionne dans son exposé et semble même dire qu'il est perçu à tort comme un facteur de risque, d'autre part elle l'inclut dans une affiche illustrant les sources augmentant la probabilité de cancer.

De volksvertegenwoordigster vindt dat men concreter moet zijn wanneer men het heeft over overgewicht, vetzucht of lichaamsoefeningen. Veel mensen kampen bijvoorbeeld met overgewicht maar voelen zich niet aangesproken. Wat verstaat men overigens onder lichaamsoefeningen ? Het huishouden doen ? Te voet naar kantoor gaan ? De mensen hebben praktische adviezen nodig die ze gemakkelijk begrijpen en kunnen volgen.

Dokter Provost heeft onderstreept dat de huisartsen meer betrokken moeten worden bij de preventiecampagnes. Mevrouw Rousseaux vraagt of de huisartsen in het Gewest allemaal via het internet bereikbaar zijn en of er een lijst bestaat met hun e-mailadressen aan de hand waarvan de politici met hen kunnen communiceren en hun kunnen informeren.

Mevrouw Françoise Bertieaux meent dat de bijzonder lange termijn tussen de mammotest en de mededeling van de resultaten (ten minste twee weken) angstwekkend is voor de vrouwen en hen demotiveert. De resultaten van een mammografie door een gynaecoloog worden onmiddellijk aan de patiënt voorgelegd. Welke mogelijkheden bestaan er om die termijn in te korten ?

De volksvertegenwoordigster is het helemaal eens met professor Grivegnée wanneer hij herinnert aan het belang om de opsporing te banaliseren. De hoeveelheid stress van de patiënten hangt grotendeels af van de houding van de arts die de medische onderzoeken uitvoert. De spreekster wil weten of er middelen zijn om de opsporing minder dramatisch te laten lijken en of er springplanken mogelijk zijn naar de Gemeenschappen om de artsen op te leiden.

Dokter Provost meent dat een moeder die in een opsporingsprogramma stapt de toekomstige houding van haar dochter beïnvloedt. Mevrouw Françoise Bertieaux meent dat die kwestie deel uitmaakt van een algemene denkoefening over de centrale en cruciale rol van de huisarts van het gezin. Brussel is het Gewest van het land waar de bewoners het minst een beroep doen op een huisarts. De Brusselaars gaan liever naar de spoedafdeling waar ze niet op lange termijn gevolgd worden. Mevrouw Bertieaux vraagt of men via de opsporing van borstkanker de Brusselaars niet warm zou kunnen maken voor een regelmatiger bezoek aan de huisarts. Een regelmatige follow-up van de mensen zou ook meer punctuele onderzoeken zoals mammotests gewoner doen lijken.

De heer Paul Galand dankt op zijn beurt de sprekers van de dag. Hij heeft vooral de bijzondere aandacht voor primaire preventie gewaardeerd.

De cijfers van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn tonen verschillen aan in het voorkomen van kanker tussen de echte Belgische Brusselaars en de Belgisch-Marokkaanse Brusselaars. De volksvertegenwoordiger wil weten of er studies zijn dit dat kunnen verklaren en of de

La députée pense qu'il faudrait être plus concret quand on parle de surpoids, d'obésité ou d'exercices physiques. Par exemple, beaucoup de personnes se trouvent en situation de surpoids mais ne se sentent pas concernées. De plus, qu'entend-on par exercices physiques ? Faire le ménage ? Aller au bureau à pied ? Les gens ont besoin de conseils pratiques qu'ils peuvent facilement identifier et appliquer.

Le docteur Provost a souligné que les médecins traitants devraient être mieux associés aux campagnes de prévention organisées. Mme Rousseaux se demande si les généralistes de la Région bruxelloise sont tous joignables par internet et s'il existe un listing de leurs adresses e-mails permettant aux hommes politiques de communiquer avec eux et de les informer.

Mme Françoise Bertieaux pense que le délai, particulièrement long, entre le mammotest et la communication des résultats (au minimum deux semaines d'attente) est très angoissant pour les femmes et de nature à les démotiver. Les résultats d'une mammographie pratiquée chez un gynécologue sont quant à eux transmis immédiatement à la patiente. Quelles sont les pistes de solution pour essayer de réduire ce délai ?

La députée est entièrement d'accord avec le professeur Grivegnée lorsqu'il rappelle l'importance de dédramatiser le dépistage. Le degré de stress des patients dépend fortement de l'attitude du médecin qui fait passer les examens médicaux. L'oratrice aimerait savoir si l'on peut imaginer des moyens pour dédramatiser le dépistage et si des prolongements vers les Communautés sont envisageables pour permettre la formation des médecins.

Selon le docteur Provost, une mère qui se lance dans le programme de dépistage influence le comportement futur de sa fille. Mme Bertieaux pense que cette question peut s'inscrire dans une réflexion globale sur le rôle central et crucial du médecin de famille. Bruxelles est la Région du pays où les habitants ont le moins recours à un médecin traitant. Les Bruxellois préfèrent se rendre aux urgences où ils ne bénéficient pas d'un suivi global sur le long terme. Mme Bertieaux se demande si, au travers du dépistage du cancer du sein, il ne serait pas possible de promouvoir le recours au généraliste auprès des Bruxellois ? Un suivi régulier des personnes permet également de dédramatiser des examens plus ponctuels comme le mammotest.

M. Paul Galand se joint également aux remerciements adressés aux orateurs du jour. Il a particulièrement apprécié l'accent mis sur la prévention primaire.

Les chiffres de l'Observatoire de la Santé et du Social indiquent une incidence et une prévalence du cancer différentes entre les Bruxellois « belgo-belges » et « belgo-marocains ». Le député désire savoir si des études expliquent cela et si, avec le temps, la population « belgo-maro-

Belgisch-Marokkaanse bevolking mettertijd de echte Belgische bevolking bijbeent. Die elementen zijn belangrijk om te bepalen naar waar extra onderzoeksmiddelen moeten gaan voor een waarschijnlijk maximale efficiëntie.

De historiek van het project en de evoluties, zoals uitgelegd door professor Grivegnée, hebben ons doen inzien dat de termijn tussen het proefproject (begin jaren 90) en de uitbreiding van het systeem tien jaar later redelijk is.

In de politiek wordt het werk op lange termijn door de wetgevende macht uitgevoerd. Zoals de heer Provost nog eens gezegd heeft, moet het opsporingsprogramma op lange termijn gepland worden als men het sterftecijfer wil terugschroeven. Samenwerking met de wetgevende macht kan dus zeer waardevol zijn om dat soort strijd inzake volksgezondheid te winnen. De inschrijving van de problematiek in alle partijprogramma's zou de publieke opinie in positieve zin beïnvloeden.

De volksvertegenwoordiger meent dat het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, Brumammo en de toelichting van de vandaag aanwezige deskundigen hulpinstrumenten zijn voor de noodzakelijke politieke besluitvorming. Alle Brusselse democratische partijen verdedigen die instrumenten die een coherent gezondheidsbeleid bevorderen dat ingebed is in een geheel en goed samenwerkt met de verschillende gezondheidslijnen.

De heer Paul Galand wijst er overigens op dat het verschil in termijnen tussen de systematisch opsporing (drie maanden) en de algemene senologische balans (twee weken) totaal onaanvaardbaar is. Hij meent dat de wetgevende macht druk moet uitoefenen op de instellingen en moet dreigen met de intrekking van hun erkenning als zij niet kunnen zorgen voor een kortere en redelijke termijn.

Namens zijn collega André du Bus de Warnaffe, wenst hij opheldering over de variabele participatiegraad van de gemeenten. Dat verschil kan niet verklaard worden enkel en alleen door de sociale factoren.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux denkt dat de vzw Brumammo nog niet genoeg bekend is bij het grote publiek. Weinigen weten ten andere dat die testen bestaan en niets kosten. Er zou een groen nummer moeten bestaan om de mensen opnieuw de weg te wijzen naar het dichtste referentiecentrum. Daarenboven gaat een groot deel van de bevolking bijna nooit naar de dokter. Als men iedereen wil bereiken en a priori de kansarmen, moet men affichecampagnes voeren en met gratis bladen werken.

De volksvertegenwoordigster poneert dat zij deel uitmaakt van de doelgroep maar nooit een uitnodiging heeft gekregen van Brumammo. Hetzelfde geldt voor de vrouwen uit haar omgeving.

caine » rattrape la population « belgo-belge ». Ces éléments sont importants pour déterminer où les budgets de la recherche doivent être augmentés pour avoir le plus grand impact probable.

L'historique du projet et de ses évolutions, présenté par le professeur Grivegnée, a permis de se rendre compte que le délai entre le projet-pilote (début des années '90) et la généralisation du système, dix ans plus tard, est raisonnable.

En politique, le travail à long terme se fait plus au niveau du pouvoir législatif. Comme l'a rappelé le docteur Provost, le programme de dépistage doit être à long terme si on entend faire diminuer le taux de mortalité. Une coopération avec le pouvoir législatif peut donc se révéler très précieuse pour gagner ce type de combat de santé publique. D'ailleurs, l'inscription de cette problématique dans l'ensemble des programmes des partis permettrait d'influencer positivement l'opinion publique.

Le député pense que l'Observatoire de la Santé et du Social, Brumammo et l'exposé des experts aujourd'hui présents, sont des outils d'aide à la décision politique nécessaires. Tous les partis démocratiques bruxellois défendent ces instruments qui favorisent le développement d'une politique de santé cohérente intégrée dans un ensemble et bien articulée avec les différentes lignes de santé.

M. Galand signale par ailleurs que la différence de délais de rendez-vous entre le dépistage systématique (délai de trois mois) et le bilan général sénologique (délai de quinze jours) est tout à fait inacceptable. Il pense que le législatif doit exercer une pression sur les institutions et menacer de supprimer leur agrément si elles ne prévoient pas un délai plus court et raisonnable.

Au nom de son collègue André du Bus de Warnaffe, il souhaite obtenir des éclaircissements sur la variabilité des taux de participation selon les communes. Cette différence ne peut pas s'expliquer uniquement par les seuls facteurs sociaux.

Mme Jacqueline Rousseaux pense que l'asbl Brumammo n'est pas encore assez connue du grand public; peu de personnes savent d'ailleurs que ces tests existent et sont gratuits. Il faudrait un numéro vert pour réorienter les personnes vers le centre de référence le plus proche. De plus, une partie importante de la population ne va pratiquement jamais chez le médecin. Si on veut toucher tout le monde, et a priori les personnes défavorisées, il faut alors procéder par campagnes d'affichage et toutes-boîtes.

La députée signale que, bien que faisant partie de la population-cible, elle n'a jamais reçu d'invitation de Brumammo. Il en va de même pour les personnes de son entourage.

Mevrouw Rousseaux wenst terug te komen op de oorzaken van de toename van de gevaren voor borstkanker. Bepaalde geneesmiddelen ter behandeling van de menopauze zouden in die categorie moeten worden opgenomen maar de meningen zijn verdeeld. Wat is het standpunt van de medische wereld daarover ?

De heer Paul Galand vraagt zich af of men het project nu reeds moet verruimen en zo ja naar welke leeftijdsgroep toe ?

Mevrouw Véronique Jamoulle geeft uiting aan haar ongerustheid want ondanks de georganiseerde campagnes ondergaat een groot gedeelte van de vrouwen nog geen mammotest. Zij vraagt zich af of zo'n houding eigen is aan bepaalde bevolkingsgroepen. Sommige groepen zijn bijvoorbeeld bang van een mannelijke dokter. De volksvertegenwoordigster zou willen weten of daaraan bijzondere aandacht wordt geschonken in de preventieprogramma's.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere zegt dat het meten van de impact op het mortaliteitspercentage zoals mevrouw Saïdi heeft gezegd veel tijd vergt. Zij preciseert dat een minimum van 70 % van de bevolking moet worden onderzocht om die impact te meten. Er bestaan echter problemen om te bepalen waaraan de mortaliteitsdaling kan worden geweten (verbetering van de behandelingen, effecten van de opsporing). Dat vraagstuk is heikel en vereist een complexe studie die zijns inziens geen Brusselse prioriteit mag zijn. Het is van belang om eerder alles wat nodig is voor een impact in te voeren.

De spreker komt vervolgens terug op het verschil in mortaliteitspercentage volgens de nationaliteit. Die vaststelling is niet nieuw en kan worden uitgelegd met een aantal factoren. De vrouwen van meer dan 50 jaar van Marokkaanse nationaliteit of uit Zuid-Europa drinken zelden alcohol, hebben doorgaans vrij jong kinderen gehad, hebben er meer gehad en ze borstvoeding gegeven. Die kenmerken zijn niet te vinden in de jongere bevolkingsgroepen en het zou interessant zijn te zien of die bevolking met het ouder worden een zelfde risico zal ontwikkelen als de Belgische bevolking en dus of de huidige tendens maar een migratie-effect is dat vrij recent is en dat mettertijd zal verdwijnen.

Het klopt dat wanneer een vrouw zich aanmeldt met een uitnodiging en een voorschrift alleen dit laatste wordt geregistreerd. Het zou misschien interessant zijn om daarmee rekening te houden in de informatisering die geleidelijk wordt ingevoerd om de inzameling van de gegevens te bewerkstelligen.

Inzake het probleem van de termijn, legt de spreker uit dat het circuit verschillend is in andere Gemeenschappen. In Vlaanderen worden de behandelend geneesheren direct verwittigd en krijgen de patiënten ook een brief met de melding dat ze in goede gezondheid verkeren en moeten terugkeren binnen twee jaar, of dat ze contact moeten opnemen met hun dokter. De verzending van die brief aan de

Mme Rousseaux souhaite finalement revenir sur les causes affirmées d'augmentation des risques de cancer du sein. Certains médicaments de traitement de la ménopause seraient visiblement à classer parmi cette catégorie mais les avis ne sont pas unanimes. Quelle est la position du secteur médical sur cette question ?

M. Paul Galand se demande s'il convient, dès à présent, d'élargir le projet et si oui, vers quel groupe d'âge ?

Mme Véronique Jamoulle exprime son inquiétude car, malgré les campagnes organisées, une grande partie des femmes ne fait pas encore de mammotest. Elle se demande si ce comportement est plus propre à certaines populations. Certains groupes ont par exemple peur d'aller voir un médecin homme. La députée aimerait savoir si une attention particulière est accordée à cette question dans les programmes de prévention.

Mme Myriam De Spiegelaere explique que la mesure de l'impact du dépistage sur le taux de mortalité nécessite, comme l'a signalé Mme Saïdi, beaucoup de temps. Elle précise qu'un minimum de 70 % de la population doit être dépistée pour pouvoir mesurer cet impact. Il existe cependant des difficultés pour déterminer à quoi une chute de la mortalité peut être attribuée (amélioration des traitements, effets du dépistage). Cette question est donc délicate et nécessite une étude complexe qui, à son avis, ne doit pas être une priorité bruxelloise. L'important est de plutôt de mettre en place tout ce qu'il faut pour avoir un impact.

L'intervenante revient ensuite sur la différence du taux de mortalité selon les nationalités. Cette constatation n'est pas nouvelle et peut s'expliquer par une série de facteurs. Les femmes de plus de 50 ans de nationalité marocaine ou originaire de l'Europe du Sud boivent rarement de l'alcool, elles ont généralement eu des enfants assez jeunes, en plus grand nombre et elles les ont allaités. Ces caractéristiques ne se retrouvent pas dans les populations plus jeunes et il serait intéressant de voir si cette population va, en vieillissant, avoir un niveau de risque équivalent à la population belge et si donc la tendance actuelle n'est qu'un effet de migration relativement récent qui disparaîtra avec le temps.

Il est vrai que lorsqu'une femme se présente avec une invitation et une prescription, seule cette dernière est enregistrée. Il serait peut-être intéressant de prendre cela en compte dans l'informatisation qui se met progressivement en place pour assurer le recueil des données.

Concernant le problème du délai, l'oratrice explique que le circuit suivi est différent dans d'autres Communautés. En Flandre, les médecins traitants sont prévenus directement et les patientes reçoivent également un courrier mentionnant soit qu'elles sont en bonne santé et doivent revenir dans deux ans, soit qu'elles doivent prendre contact avec leur médecin. L'envoi de ce courrier au médecin référent

dokter zorgt waarschijnlijk voor een bijkomende kost maar is nuttig om de verzendingstermijn van de informatie in te krimpen.

Het is moeilijk om het niveau van lichamelijke activiteit die het mogelijk maakt het gevaar van kanker terug te schroeven te meten. De lichamelijke activiteit is een beschermende factor voor vele ziekten en valt uiteraard onder de primaire preventie. Dat blijft moeilijk en de onderzoeken daarover houden doorgaans eerder rekening met de lichamelijke ontspanningsactiviteit dan met die van het werk en van het huishouden.

Mevrouw De Spiegelaere antwoordt de heer Galand dat er geen duidelijk antwoord bestaat over de geografische verdeling van de mammotesten. Voor de round 2003-2004 voeren vier centra 56 % van de mammotesten uit. Men kan zich dus inbeelden dat de plaats van die centra een gevolg heeft en dat ze niet allemaal hetzelfde werk doen. Andere factoren komen waarschijnlijk ook in aanmerking.

Inzake de uitbreiding van de mammotest naar andere leeftijdsgroepen toe, is er een wetenschappelijke consensus om te zeggen dat die maatregel geen positieve impact zou hebben voor 50 jaar maar wel na 69 jaar op voorwaarde dat rekening wordt gehouden met comorbiditeitsfactoren en met de levensverwachting. Frankrijk heeft zo het programma uitgebreid naar de hogere leeftijdscategorieën toe maar mevrouw De Spiegelaere meent dat die vraag eventueel kan worden overgelaten aan voorschrijvende dokters.

Dokter Liebens denkt dat het een goed idee zou zijn om de opsporing uit te breiden tot de vrouwen van meer dan 70 jaar die vaak de uitsluiting van testen als een discriminatie ervaren.

Inzake de invloed van roken, bestaan er geen afdoende gegevens om de invloed van dit element op borstkanker te bepalen. De conclusie van de uiteenzetting van de spreker was dus eerder de preventie van borstkanker te integreren in een algemeen preventiebeleid.

De spreker poneert dat er minimale gegevens bestaan over de kwestie van de lichamelijke oefening : drie uur huishoudelijk werk zijn reeds redelijk efficiënt en aanbevelingen van het International Agency for Research on Cancer bepalen het aantal groenten en fruit voor een dag.

Aan de patiënten die haar vragen stellen over de nadelige gevolgen van een hormonenbehandeling antwoordt de spreker dat 45 van de 1000 vrouwen tussen 50 en 60 jaar die 10 jaar zijn gevolgd borstkanker krijgen. Dat cijfer stijgt naar 48 als ze hormonen hebben genomen in een periode van vijf jaar en tot 90 in geval van zwaarlijvigheid.

Dokter Liebens zegt dat de grote meerderheid van de mammografietechnologen vrouwen zijn. Zij heeft vooral aandacht voor de overleving van borstkanker volgens de etnische herkomst van de patiënten en in dat verband heeft

entraîne vraisemblablement un coût supplémentaire mais est utile pour diminuer le délai de transmission de l'information.

Il est difficile de mesurer le niveau d'activité physique qui permet de réduire le risque de cancer. L'activité physique étant un facteur protecteur pour une multitude de maladies, elle relève évidemment de la prévention primaire. Mais cette mesure reste difficile et les enquêtes sur le sujet prennent généralement en compte l'activité physique de loisir plutôt que celle liée au travail et au ménage.

Mme De Spiegelaere répond à M. Galand qu'il n'existe pas de réponse claire sur la répartition géographique des mammotests. Pour le « round » 2003-2004, quatre unités réalisent 56 % des mammotests. On peut donc imaginer que l'emplacement de ces unités a un impact et qu'elles n'effectuent pas toutes le même travail. D'autres facteurs entrent vraisemblablement aussi en considération.

Quant à l'élargissement du mammotest à d'autres tranches d'âge, un consensus scientifique indique que cette mesure n'aurait pas d'impact positif avant 50 ans, mais bien après 69 ans, à condition de tenir compte des facteurs de co-morbidité et de l'espérance de vie. Ainsi, la France a élargi son programme aux tranches d'âge supérieures mais Mme De Spiegelaere pense que cette question pourrait éventuellement être laissée entre les mains des médecins prescripteurs.

Le docteur Liebens pense que ce serait une bonne idée d'élargir le dépistage aux femmes âgées de plus de 70 ans, qui vivent souvent leur exclusion de ces tests comme une discrimination.

Concernant l'influence du tabac, il n'existe pas de données puissantes pour déterminer l'influence de cet élément sur le cancer du sein. La conclusion de l'exposé de l'intervenante était donc plutôt d'intégrer la prévention du cancer du sein dans une politique globale de prévention.

L'oratrice précise qu'il existe des données minimales sur la question de l'exercice physique ; trois heures de ménage sont déjà relativement efficaces et des recommandations de l'International Agency for Research on Cancer déterminent le nombre de fruits et légumes à consommer par jour.

Aux patientes qui l'interrogent sur les effets nocifs d'un traitement hormonal, l'oratrice répond que sur 1.000 femmes âgées de 50 à 60 ans suivies sur une période de dix ans, 45 déclareront un cancer du sein. Ce chiffre monte à 48 si elles ont utilisé des hormones sur une période de cinq ans et à 90 dans le cas d'un échantillon obèse.

Le docteur Liebens signale que la grande majorité des technologues de mammographie sont des femmes. Elle s'est particulièrement intéressée à la survie à un cancer du sein en fonction de l'origine ethnique des patientes et, dans

zij studies ontdekt die aantonen dat het communicatiemiddel over preventie bij allochtone vrouwen belangrijk is. Bijvoorbeeld wordt vaak rose gebruikt in de preventiecampagnes. In bepaalde culturen is dit een kleur voor rouw. In andere kan de preventie volgens sommigen scheef bekeken worden. De huidige campagnes zijn voor die bevolkingen niet efficiënt en de inschakeling van culturele verenigingen bijvoorbeeld van allochtone vrouwen is nodig om dat gedeelte van de doelgroep te bereiken. Bijvoorbeeld : een groep is actief bij Turkse allochtone bevolkingen in de streek van Antwerpen. De spreker kent geen dergelijk initiatief in Brussel maar denkt dat onderzoeksbudgetten zouden moeten worden besteed aan dat vraagstuk, en om te bepalen welke factoren de vrouwen tegenhouden.

Dokter Provost stelt voor om actiegericht onderzoek te doen in plaats van op een bepaalde culturele bevolking te focussen. Het zou belangrijk zijn om die opsporing systematisch voor te stellen en de redenen van de eventuele weigering te noteren. De spreker verwijst naar het geval van een Belgische vrouw die zwaarlijvig is en de opsporing weigert omdat ze zich niet wil uitkleden. De huisarts moet dat onderzoek voorstellen en in geval van weigering regelmatig weer op de kwestie hameren bij de patiënt. Dokter Provost pleit dus voor een actiegericht onderzoek om de redenen van de weigering van een opsporing onder de loep te nemen. Zij hamert op de noodzaak om die opsporing aan heel de doelgroep voor te stellen.

Inzake de participatie van de behandelende geneesheren in de raad van bestuur van Brumammo gaat het om een oude eis en richt zij liever de vraag aan Brumammo.

De spreker antwoordt Mevrouw Jacqueline Rousseaux dat er op dit moment (20) geen lijst van e-mailadressen van alle huisartsen in Brussel is.

Zij meent uiteraard dat het nodig is om de mensen een aansporing te geven om hun behandelende geneesheer te zien en poneert dat, volgens de studies, de mensen van de leeftijdscategorie van 50-69 jaar die een huisarts hebben die ten minste eenmaal om de twee jaar raadplegen.

(20) Na de vergadering laat dokter Hoffman, via dokter Provost, weten dat het in theorie onmogelijk zal zijn om alle huisartsen via e-mail via Abrumet te contacteren, maar dat zoiets niet wenselijk is. De Fédération des associations des médecins généralistes bruxellois (FAMGB) kan daarentegen de huisartsen contacteren die hun e-mailadres bezorgd hebben, wat thans de helft betekent van de huisartsen van Brussel. De lijst van e-mails is eigendom van die federatie en wordt niet verspreid om evidente redenen van bescherming van de huisartsen : de berichten moeten langs de federatie die ervoor zorgt dat die doorgegeven worden na het akkoord van de raad van bestuur of van het bureau als het dringend is. De berichten kunnen ook op de site van de federatie van de verenigingen van Brusselse huisartsen geplaatst worden.

ce cadre, elle a découvert des études montrant l'importance de l'outil de communication sur la prévention auprès des femmes allochtones. Par exemple, la couleur rose, fréquemment utilisée dans les campagnes de prévention, est une couleur de deuil dans certaines cultures. Dans d'autres, la prévention risque, dans l'esprit de certains, d'attirer le mauvais oeil. Les campagnes actuelles ne sont pas efficaces à l'égard de ces populations et le recours aux associations culturelles, par exemple de femmes allochtones, est nécessaire pour toucher cette partie du public-cible. A titre d'exemple, un groupe est actif auprès des populations allochtones turques dans la Région d'Anvers. L'oratrice ne connaît pas de démarche de ce type à Bruxelles, mais elle pense que des budgets de recherche devraient être consacrés à cette question, ainsi qu'à déterminer les facteurs qui bloquent les femmes.

Le docteur Provost suggère de mener des recherches-actions plutôt que de cibler une population culturelle particulière. Il serait important de proposer ce dépistage de façon systématique et de consigner les raisons de l'éventuel refus. L'oratrice cite le cas d'une femme belge obèse qui refuse le dépistage, car elle ne veut pas se déshabiller. C'est le devoir du généraliste de proposer cet examen et, en cas de refus, de revenir régulièrement sur la question avec la patiente. Le docteur Provost plaide donc pour une recherche-action pour analyser les raisons du refus de se soumettre à un dépistage. Elle insiste sur la nécessité de proposer ce dépistage à 100 % de la population-cible.

Concernant la participation des médecins traitants au conseil d'administration de Brumammo, il s'agit là d'une revendication ancienne et elle préfère renvoyer la question à Brumammo.

L'intervenante répond à Mme Jacqueline Rousseaux qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de liste des adresses e-mail de tous les médecins généralistes de la Région bruxelloise (20).

Elle pense évidemment qu'il est nécessaire d'inciter les gens à voir leur médecin traitant et elle précise que, selon les études, les personnes de la tranche d'âge 50-69 ans qui ont un généraliste, le consultent au moins une fois tous les deux ans.

(20) Postérieurement à la réunion, le docteur Hoffman, par l'intermédiaire du docteur Provost, fait savoir qu'il sera théoriquement possible de joindre tous les médecins généralistes par e-mail via Abrumet mais que ce n'est pas souhaitable. Par contre, la Fédération des associations des médecins généralistes bruxellois (FAMGB) peut joindre les médecins généralistes qui lui ont donné leur adresse e-mail, ce qui représente à l'heure actuelle plus de la moitié des médecins généralistes de Bruxelles. La liste des e-mails appartient à la FAMGB et n'est pas diffusée pour des raisons évidentes de protection des médecins généralistes : les messages doivent passer par la FAMGB qui se charge de les rediffuser après accord du conseil d'administration ou du bureau s'il existe une urgence. Les messages peuvent également être mis sur le site de la FAMGB.

Dokter Provost denkt dat de uitbreiding van het programma tot de vrouwen van 70 jaar en meer van belang is want onze samenleving begraaft de vrouwen op die leeftijd niet. In dit geval zegt de dokter aan zijn patiënten dat de opsporing niet meer gratis is maar dan het belangrijk is om ermee door te gaan.

Dokter Burrion denkt dat het eerder aan de bestuurders van Brummammo is om zich uit te spreken over de intrede van de huisartsen in de raad van bestuur. Hij bevestigt dat het van belang is om veel contacten te hebben met de eerstelijnsverzorgers, te weten de huisartsen maar ook de gynaecologen. Men moet beseffen dat de raad van bestuur van Brumammo een functioneel bestuursorgaan is van 28 mammografiecentra. Het is dus belangrijk om de zorg om doeltreffendheid te handhaven en de specifieke rol van elk orgaan te eerbiedigen.

Een kleine evaluatie van de kit gezonden aan Brumammo is uitgevoerd bij twintig bij lottrekking aangewezen huisartsen : de helft herinnert zich die kit, een zesde gebruikt die maar drie kwart vraagt bijkomende uitleg. Dat soort operatie moet dus worden overgedaan en men moet zelfs ambitieuzer zijn.

Dokter Burrion denkt dat zolang er in België geen functioneel kankerregister bestaat, men de impact van de preventiecampagne niet moet nagaan en men moet focussen op de operationele efficiëntie van het middel.

Zoals de heer Galand voorstelt, zou een redelijke afspraaktermijn deel moeten uitmaken van de voorwaarden voor erkenning van de centra.

Professor Grivegnée pleit ervoor dat de afspraaktermijn van de verschillende centra wordt gepubliceerd op de internetsite van Brumammo opdat de vrouwen die het wensen snel naar het centrum kunnen gaan waar de termijn het kortst is.

De spreker poneert daaromtrent dat een structuur in de maak is in het Brussels Gewest om een standaardsysteem voor communicatie tussen de verschillende gezondheidsactoren te ontwikkelen. In dat verband is vastgesteld dat minder dan 10 % van de huisartsen functioneel geïnformatiseerd zijn, te weten dat zijn beschikten over een erkend medisch dossier dat kan worden gebruikt met een communicatiesysteem met e-mail. Anderzijds kan de digitalisering van de mammografiebeelden op redelijk korte termijn de termijn inkorten voor de overzending van de beelden naar Brumammo, alsook de termijn van tweede en derde lezing, en de tijd voor de verzending van de resultaten naar de dokters en de patiënten. Een Brussels proefproject toont aan dat het proces kan worden versneld en uitgevoerd op minder dan een week volgens die methodologie. Er blijft echter nog altijd het probleem over van de overzending van de informatie naar de patiënten.

Mevrouw Murielle Deguerry, medewerkster aan het Observatiecentrum voor Gezondheid en Welzijn, poneert

Le docteur Provost pense que l'élargissement du programme aux femmes de 70 ans et plus est important car notre société n'enterre pas les femmes à cet âge là. En pareil cas, le docteur précise à ses patientes que le dépistage n'est plus gratuit mais qu'il est important de le continuer.

Le docteur Burrion pense que c'est plutôt aux administrateurs de Brumammo de se prononcer sur l'entrée des médecins généralistes au sein du conseil d'administration. Il affirme cependant qu'il est important de multiplier les contacts avec les praticiens de première ligne : généralistes mais aussi gynécologues. Il faut garder à l'esprit que le conseil d'administration de Brumammo est un organe de gestion fonctionnel de 28 unités de mammographie. Il est donc important de maintenir le souci d'efficacité et de respecter le rôle spécifique de chaque organe.

Une petite évaluation du kit envoyé à Brumammo a été réalisée auprès de vingt généralistes tirés au sort : la moitié se souvient de ce kit, un sixième l'utilise mais les trois quarts demandent des informations supplémentaires. Ce type d'opération est donc à renouveler, voire même de façon plus ambitieuse.

Le docteur Burrion pense que, tant qu'il n'existe pas de registre du cancer fonctionnel en Belgique, il faut oublier toute mesure de l'impact de la campagne de prévention et se consacrer à l'efficacité opérationnelle de l'outil.

Enfin, comme suggéré par M. Galand, l'engagement à un délai de rendez-vous raisonnable devrait faire partie des conditions d'agrément des centres.

Le professeur Grivegnée plaide, quant à lui, pour que le délai de rendez-vous des différents centres soit publié sur le site Internet de Brumammo de façon à ce que les femmes désireuses d'être suivies rapidement puissent s'adresser au centre où le délai est le plus court.

L'intervenant signale à ce sujet qu'une structure est en voie de développement en Région bruxelloise avec pour objectif de développer un système de communication standardisé entre les différents acteurs de la santé. Dans ce cadre, le constat a été fait que moins de 10 % des généralistes étaient informatisés de manière fonctionnelle, c'est-à-dire disposaient d'un dossier médical agréé utilisable avec un système de communication par e-mail. D'autre part, la numérisation des images de mammographie permettra de diminuer à relativement court terme les délais de transmission des images vers Brumammo, les délais de deuxième et de troisième lectures, ainsi que le temps mis pour l'envoi des résultats aux médecins et aux patients. Un projet-pilote bruxellois montre que le processus peut être accéléré et être réalisé en moins d'une semaine selon cette méthodologie. Il reste cependant toujours le problème de la transmission de l'information aux patients.

Mme Murielle Deguerry, collaboratrice à l'Observatoire de la Santé et du Social, précise que certains profession-

dat sommige professionals van de gezondheidszorg hebben benadrukt dat er voor de invoering van die programma's geen projectie is geweest van het aantal mammografiecentra om de betrokken bevolking te dekken. Gynaecologen bevestigen dat het huidige aantal genoeg is om 50 % van de bevolking te dekken maar niet voor de 50 % die overblijft.

Professor Grivegnée denkt dat het om een bijkomend argument gaat voor de ontwikkeling van een enkele mammografische aanpak voor de geïndividualiseerde opsporing die georganiseerd is om kostenbesparende gezondheidszorg mogelijk te maken. Om een goede politieke keuze te maken is het immers belangrijk om de medische efficiëntie van een project maar ook de coherentie inzake kosten (eerbiediging van het begrotingskrediet).

De spreker stelt ook voor om de rol van de huisarts te promoten in een globale preventieve aanpak van de patiënten. Hij verwijst naar de gezondheidsbalans, een aanpak die ontwikkeld is door de Wetenschappelijke Vereniging van Huisartsen en door de Vereniging tegen Kanker die alles behelst wat kan worden overwogen tijdens een jaarlijks bezoek bij de huisarts op grond van de verschillende risicofactoren van de patiënt. Volgens de spreker is het dus belangrijk in preventieve geneeskunde om een holistische benadering van de patiënt in ere te herstellen en geen afzonderlijke aanpak te blijven aanhouden.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux komt terug op de brief van Brumammo naar alle Brusselse vrouwen van 50 tot 69 jaar. Wat is de teneur van die brief ? Worden de vrouwen ertoe aangespoord om dat onderzoek te ondergaan ? Bij die brief gaat een lijst van de mammografiecentra.

De volksvertegenwoordigster krijgt een typebrief van Brumammo voor de Brusselse vrouwen.

Professor Grivegnée zegt dat de site van Brumammo de lijst bevat van de verschillende mammografiecentra.

Mevrouw Veronique Jamoulle wijst er echter op dat de personen waarvoor die campagnes worden gevoerd niet noodzakelijk toegang hebben tot het internet in hun huis.

Dokter Burrion antwoordt op de vraag van mevrouw Jacqueline Rousseaux dat 30 % van de hele doelgroep die brief niet ontvangen heeft door een probleem met het bronbestand. Brumammo werkt voortaan met een bijgewerkt en regelmatig bijgehouden bestand (dat rekening houdt met de verhuizingen en de overlijdens) waarmee waarschijnlijk de hele doelgroep bereikt zal kunnen worden.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere preciseert dat dat bestand gecreëerd is voor de opsporing en dat de vorige fout te wijten was aan een verzekeringsinstelling die de gegevens slecht gefilterd heeft.

nels de la santé ont souligné qu'il n'y avait pas eu, en préalable à la mise en place de ces programmes, de projection du nombre de parcs mammographiques nécessaires pour couvrir la population concernée. Des gynécologues affirment donc que le parc actuel est suffisant pour couvrir 50 % de la population mais pas les 50 % restants.

Le professeur Grivegnée pense qu'il s'agit là d'un argument supplémentaire pour le développement d'une seule approche mammographique pour le dépistage individualisé et organisé de façon à permettre des approches d'économie de santé. En effet, pour effectuer le bon choix politique, il est important d'évaluer l'efficacité médicale d'un projet mais également sa cohérence économique (respect de l'enveloppe budgétaire).

L'intervenant suggère également de promouvoir le rôle du généraliste dans une approche globale préventive des patients. Il renvoie au bilan de santé, approche développée en parallèle par la Société scientifique de médecine générale et l'Association contre le cancer, qui reprend tout ce qui peut être envisagé lors d'une visite annuelle chez le généraliste en fonction des différents facteurs de risque du patient. L'orateur pense qu'il est donc important, en médecine préventive, de restaurer une approche holistique du patient et de cesser de faire du coup par coup.

Mme Jacqueline Rousseaux revient sur la lettre envoyée par Brumammo à toutes les femmes bruxelloises âgées de 50 à 69 ans. Quel est le contenu de cette lettre ? Incite-t-on les femmes à passer cet examen ? Cette lettre est elle accompagnée d'une liste des centres de mammographie ?

La députée reçoit un exemplaire-type de la lettre envoyée aux femmes bruxelloises par Brumammo.

Le professeur Grivegnée précise que le site de Brumammo renseigne la liste des différents centres de mammographie.

Mme Véronique Jamoulle signale cependant que les personnes concernées par ces campagnes n'ont pas nécessairement un accès à Internet à leur domicile.

Le docteur Burrion répond à Mme Jacqueline Rousseaux que sur l'ensemble de la population-cible, 30 % n'a pas reçu cette lettre, suite à un problème de fichier-source. Brumammo travaille désormais avec un fichier actualisé et tenu à jour (tenant compte des déménagements et des décès) qui permettra de vraisemblablement toucher l'ensemble des personnes concernées.

Mme Myriam De Spiegelaere précise que ce fichier a été créé pour le dépistage et que l'erreur antérieure était imputable à un organisme assureur qui avait mal extrait les données.

De heer Jean-Luc Vanraes vraagt of men toegang tot de Kruispuntbank heeft.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere antwoordt dat het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn elk jaar een bestand krijgt van de Kruispuntbank, alsook een lijst van de mutaties, overlijdens, verhuizingen en nieuwe vrouwen. De GGC staat een investering toe om dat bestand te krijgen. Men bevindt zich nog in de proefperiode van de informatiestroom, maar de situatie verbetert.

De heer Jean-Luc Vanraes wijst erop dat de OCMW's een rechtstreekse toegang tot die Kruispuntbank hebben. Hij vraagt zich bijgevolg af of een OCMW die gegevens rechtstreeks en gratis zou mogen doorspelen.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere antwoordt dat zulks niet mogelijk is, want die informatiestroom wordt geregeld in een protocolakkoord volgens hetwelk de ziekenfondsen de controle over de gegevensextractie behouden, aangezien alleen de vrouwen die bij een verzekeringsinstelling ingeschreven zijn niet hoeven te betalen voor de opsporing. De ziekenfondsen wensen immers dat ze het onderzoek van de bij hen ingeschreven vrouwen die niet in orde zijn met hun betalingen, niet hoeven terug te betalen. De spreekster preciseert dat de Kruispuntbank de gegevens bij de verzekeringsinstellingen haalt en aan het rijksregister koppelt om het officiële adres van de vrouwen te hebben dat in het bestand zal worden opgenomen.

De heer Jean-Luc Vanraes wijst erop dat hij als OCMW-voorzitter in contact komt met veel personen die niet aangesloten zijn bij een ziekenfonds (zelfstandigen, personen die uit het buitenland komen, enz.). Het is evenwel de bedoeling iedereen te kunnen informeren over de mogelijkheid om een onderzoek te ondergaan, ook al wordt dat niet terugbetaald.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere vindt het belangrijk dat de ziekenfondsen vrouwen die het recht hebben om ingeschreven te worden bij de sociale zekerheid, maar dat niet zijn (vrouwen uit de migratie, echtgenotes van zelfstandigen, enz.) proactief benaderen. Daarentegen vindt ze het ethisch betwistbaar dat vrouwen die niet in orde zijn met hun betalingen, een onderzoek kunnen krijgen, wetende dat de behandeling van een eventuele kanker niet zal worden betaald.

De heer Jean-Luc Vanraes wijst erop dat het precies de taak van de OCMW's is om de personen te helpen die niet in orde zijn met het ziekenfonds.

Mevrouw Jacqueline Rousseaux is het eens met de heer Jean-Luc Vanraes en vindt het belangrijk om iedereen op te roepen, zelfs de vrouwen die niet in orde zijn. Het is eveneens nuttig die laatsten erop te wijzen dat ze zich tot de OCMW's kunnen wenden. Dat zou vermeld kunnen worden in de standaardbrief die aan de Brusselse vrouwen wordt gestuurd.

M. Jean-Luc Vanraes demande s'il y a un accès à la Banque Carrefour.

Mme Myriam De Spiegelaere répond que l'Observatoire de la Santé et du Social reçoit chaque année de la Banque Carrefour un fichier, ainsi qu'une liste des mutations, décès, déménagements et nouvelles femmes. La COCOM consent un investissement pour l'obtention de ce fichier. On est encore au stade du rodage en ce qui concerne ce flux d'information mais la situation s'améliore.

M. Jean-Luc Vanraes signale que les CPAS ont un accès direct à cette Banque Carrefour. En conséquence, il se demande si un CPAS pourrait avoir l'autorisation de transmettre directement et gratuitement ces informations ?

Mme Myriam De Spiegelaere répond que ce n'est pas possible car ce flux est déterminé par un protocole d'accord dans lequel les mutuelles restent maîtres de l'extraction des données puisque seules les femmes inscrites dans un organisme assureur peuvent bénéficier gratuitement de ce dépistage. En effet, les mutuelles ne souhaitent pas devoir rembourser l'examen de femmes inscrites auprès d'elles mais pas en ordre de paiement. L'intervenante précise que la Banque Carrefour prend l'information auprès des organismes assureurs et la lie au registre national pour avoir l'adresse officielle des femmes qui sera reprise dans le fichier.

M. Jean-Luc Vanraes indique que, en sa qualité de président de CPAS, il rencontre beaucoup de personnes sans mutuelle (indépendants, personnes en provenance de l'étranger, etc.). Pourtant, l'objectif est de pouvoir contacter toute personne pour l'informer de la possibilité de passer un examen, et ce, même s'il ne sera pas remboursé.

Mme Myriam De Spiegelaere pense qu'il est important que les mutuelles effectuent un travail proactif auprès des femmes en droit d'être inscrites à la sécurité sociale mais qui ne le sont pas (femmes issues de l'immigration, épouses d'indépendants, etc.). Par contre, elle trouve éthiquement discutable de laisser les femmes qui ne sont pas en ordre de paiement bénéficier d'un dépistage tout en sachant que le traitement d'un éventuel cancer ne sera pas payé.

M. Jean-Luc Vanraes signale que les CPAS sont justement là pour aider les personnes qui ne sont pas en ordre de mutuelle.

Mme Jacqueline Rousseaux abonde dans le sens de M. Jean-Luc Vanraes et pense qu'il est important de convoquer tout le monde, même les femmes qui ne sont pas en ordre. Il est également utile de préciser, à l'attention de ces dernières, qu'elles peuvent s'adresser aux CPAS. Ces éléments pourraient être ajoutés dans la lettre-type envoyée aux femmes bruxelloises.

Mevrouw Myriam De Spiegelaere wijst erop dat het niet gemakkelijk was om die gegevensbank aan te maken en dat het beter zou zijn om te werken met de reeds beschikbare gegevens in plaats van te trachten de vrouwen te bereiken die niet in die gegevensbank zijn opgenomen. Volgens haar zou het nuttig zijn dat de OCMW's informatie verstrekken aan de vrouwen, zodat ze zich bij een ziekenfonds kunnen aansluiten en het borstonderzoek kunnen ondergaan en niet omgekeerd.

De heer Jean-Luc Vanraes wijst erop dat hij die kwestie zal aankaarten op de volgende conferentie van de voorzitters van de Brusselse OCWM's.

Dokter Burrion deelt in dat verband mee dat hij al contact heeft opgenomen met de OCMW-voorzitter van Brussel-Stad om die kwestie te bespreken.

De voorzitter dankt de sprekers voor de tijd die ze uitgetrokken hebben voor de leden van de commissie voor de gezondheid. Hij vindt het trouwens zeer nuttig dit soort ontmoetingen regelmatig te organiseren om een stand van zaken op te maken.

Mme Myriam De Spiegelaere signale que la construction de cette base de données n'a pas été facile et que, plutôt que d'essayer de toucher les femmes non reprises dans cette base de données, il serait préférable de travailler avec les données déjà à disposition. Elle pense qu'il serait utile que les CPAS diffusent une information vers les femmes pour leur ouvrir le droit à une mutuelle et donc le bénéfice au dépistage et non l'inverse.

M. Jean-Luc Vanraes signale qu'il abordera cette question lors de la prochaine conférence des présidents des CPAS bruxellois.

Le docteur Burrion signale, à cet effet, qu'il a déjà pris contact avec le président du CPAS de Bruxelles-ville pour aborder cette question.

Le président remercie les intervenants pour le temps qu'ils ont consacré aux membres de la commission de la Santé. Il pense d'ailleurs qu'il serait très utile d'organiser ce type de rencontre régulièrement pour faire le point sur la question.

VI. Voortzetting van de algemene bespreking

Het verheugt de heer Paul Galand dat alle democratische partijen werk willen maken van de opsporing van borstkanker en dat het Parlement zich bewust is geworden van het belang van die strijd.

Hij vond de uiteenzettingen in het kader van de hoorzittingen zeer interessant, want op één namiddag tijd is het vraagstuk vanuit alle invalshoeken belicht (cijfers, preventie, opsporingssysteem). Deze bespreking heeft weer eens aangetoond dat het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn over voldoende middelen moet kunnen beschikken om relevante statistische gegevens te kunnen verstrekken en om zijn wetenschappelijke onafhankelijkheid te vrijwaren.

De volksvertegenwoordiger dankt eveneens zijn collega's-parlementsleden die tijdens de bespreking de nadruk hebben gelegd op de positie van de huisarts in het hele proces en in het bijzonder in de vzw Brumammo.

De heer André du Bus de Warnaffe is het eens met het commentaar van zijn collega Paul Galand. Hij wenst terug te komen op de primordiale rol van de behandelende artsen voor de deelname van de vrouwen aan het borstkankeropsporingsprogramma. Hij wenst dat het tijdens de hoorzittingen geopperde idee om de huisartsen een grotere rol in Brumammo toe te bedelen, concreet gestalte krijgt door ervoor te zorgen dat ze vertegenwoordigd worden in de raad van bestuur. Zelfs als ze slechts een adviserende stem hebben, zou dat de betrekkingen en de informatie-uitwisseling tussen de directie van Brumammo en de behandelende artsen kunnen verbeteren.

VI. Poursuite de la discussion générale

M. Paul Galand se réjouit de la volonté, affichée par l'ensemble des partis démocratiques, de faire avancer ce processus de dépistage, ainsi que de la prise de conscience, au sein du Parlement, de l'importance de ce combat.

Il revient sur la richesse des exposés des auditions qui ont permis, en une après-midi, de parcourir l'ensemble de la question (chiffres, prévention, système de dépistage). Ce débat a encore démontré l'utilité du combat mené pour que l'Observatoire de la Santé et du Social puisse disposer de moyens suffisants pour fournir des données statistiques pertinentes et pour la défense de son indépendance scientifique.

Le député remercie également ses collègues parlementaires intervenus dans le débat pour soutenir la place du médecin de famille dans l'ensemble du processus et en particulier au sein de l'asbl Brumammo.

M. André du Bus de Warnaffe rejoint l'ensemble des commentaires formulés par son collègue Paul Galand. Il souhaite revenir sur le rôle déterminant des médecins traitants dans l'adhésion des femmes au programme de dépistage et il aimerait qu'il soit donné une suite opérationnelle à l'idée évoquée au cours des auditions, à savoir de renforcer la place des généralistes au sein de Brumammo en leur donnant une représentation au conseil d'administration. Même à titre consultatif, cela permettrait de renforcer les liens et le passage de l'information entre les responsables de Brumammo et les médecins traitants.

Wat de gegevens betreft, weigert de volksvertegenwoordiger het steriele debat tussen de voorstanders van de mammotest en de voorstanders van het borstonderzoek te blijven voeren. Hij stelt vast dat 50 % van de vrouwen niet deelneemt aan het borstkankeropsporingsprogramma. Het is bijgevolg belangrijk om de gegevens van de borstonderzoeken te verkrijgen omdat die van doorslaggevend belang zijn om later programma's op te zetten.

De volksvertegenwoordiger wenst ten slotte een betere kijk te hebben op de dekkingsgraad per gemeente. Hij wenst dat zijn verzoek doorgespeeld wordt aan het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn, dat meer rekening moet houden met de epidemiologische gegevens gemeente per gemeente. Die informatie maakt een lokalere benadering mogelijk, met misschien meer verantwoordelijkheid voor de schepencolleges bij het aanpakken van dat vraagstuk.

Mevrouw Françoise Bertieaux vond de hoorzittingen zeer nuttig. Ze hebben het denkkader verruimd en duidelijk gesteld dat de huisartsen meer betrokken moeten worden bij dat programma.

De volksvertegenwoordigster wijst erop dat de MR-fractie twee amendementen heeft ingediend om meer personen in aanmerking te doen komen voor het opsporingsprogramma.

Mevrouw Brigitte De Pauw herinnert eraan dat haar politieke fractie dit voorstel van resolutie ook ondertekend heeft. Ze vindt dat men rekening moet houden met de toekomstige evaluatie, maar het grootste probleem bij de opsporing blijven de groepen die om allerhande redenen, vaak culturele, niet bereikt worden met de programma's. De volksvertegenwoordigster vermeldt in dat verband het vijfde streepje van het verzoekend gedeelte en meent dat een betere sensibilisering van de sectoren die in rechtstreeks contact met de vrouwen staan (welzijns- en gezondheidswerkers, ziekenfondsen enz.) het mogelijk zou maken om die personen beter te bereiken.

Mevrouw Fatiha Saïdi wenst, met instemming van haar collega's, een extra commissievergadering te organiseren om over voldoende tijd te kunnen beschikken om de verschillende gehouden hoorzittingen te analyseren. Er is immers veel gezegd en het zou nuttig zijn om het voorstel van resolutie aan te vullen. De volksvertegenwoordigster denkt onder meer aan een grotere participatie van de huisartsen in Brumammo en aan de inspanningen die geleverd moeten worden op het vlak van de bewustmaking van bevolkingsgroepen van buitenlandse origine.

De voorzitter vindt dat het voorstel van resolutie vandaag kan worden aangenomen en grondiger besproken kan worden tijdens een volgende vergadering.

Mevrouw Françoise Bertieaux herinnert eraan dat de MR-fractie dit voorstel van resolutie steunt en ze begrijpt

En ce qui concerne les données, le député refuse de rester dans le débat stérile entre partisans du mammotest ou du bilan sénologique. Il constate que 50 % des femmes ne sont pas touchées par le dépistage. Il est donc important d'obtenir les données des bilans d'examens sénologiques qui sont déterminantes pour définir des programmes ultérieurs.

Le député souhaiterait enfin avoir une meilleure idée de la variabilité par commune du taux de couverture. Il souhaite que l'on relaie cette demande à l'Observatoire de la Santé et du Social pour qu'il prenne davantage en considération les données épidémiologiques commune par commune. Cette information permettra une intervention plus locale, avec peut-être un accroissement de la responsabilité des collèges échevinaux par rapport à cette problématique.

Mme Françoise Bertieaux souligne l'utilité des auditions organisées. Elles ont permis d'élargir le champ des réflexions et notamment de relayer la préoccupation de mieux associer les médecins généralistes à ce programme.

La députée signale que le groupe MR a déposé deux amendements visant à élargir le champ des personnes touchées par le programme de dépistage.

Mme Brigitte De Pauw rappelle que son groupe politique a signé également cette proposition de résolution. Elle pense qu'il faut tenir compte de l'évaluation qui sera faite mais la difficulté principale du dépistage reste les groupes particuliers qui, pour toutes sortes de raisons, souvent culturelles, ne sont pas touchés par les programmes. La députée mentionne ainsi le tiret 5 du dispositif et pense qu'une meilleure sensibilisation des secteurs en contact direct avec les femmes (travailleurs socio-sanitaires, mutuelles, etc.) permettrait de mieux atteindre ces personnes.

Mme Fatiha Saïdi souhaiterait, avec l'accord de ses collègues, organiser une séance supplémentaire de la commission pour disposer du temps nécessaire pour analyser les différentes auditions organisées. En effet, beaucoup de choses ont été dites et il serait utile de compléter cette proposition de résolution. La députée pense notamment au renforcement de l'implication des généralistes au sein de Brumammo, et aux efforts à effectuer en matière de sensibilisation des populations d'origine étrangère.

Le président pense que l'on peut voter cette proposition de résolution aujourd'hui et discuter du fond lors d'une prochaine réunion.

Mme Françoise Bertieaux rappelle que le groupe MR soutient cette proposition de résolution et elle ne comprend

het getalm niet. Toen ze om bepaalde hoorzittingen heeft gevraagd, heeft de volksvertegenwoordigster onderstreept dat ze geenszins de bedoeling had de werkzaamheden te vertragen.

Mevrouw Fatiha Saïdi wenst gewoon rekening te houden met de hoorzittingen met de artsen om de resolutie te wijzigen en zo efficiënt mogelijk te maken. Daarom vraagt ze om een extra commissievergadering te beleggen.

De voorzitter wijst de commissieleden erop dat verschillende onder hen erop aangedrongen hebben om het voorstel van resolutie met spoed aan te nemen.

Er volgt een korte gedachtewisseling tijdens welke verschillende parlementsleden oplossingen voorstellen om de verschillende partijen tevreden te stellen. De heer André du Bus de Warnaffe stelt voor om al te werken met de ingediende amendementen zonder een eventuele latere vergadering uit te sluiten.

De commissie stemt daarmee in en de voorzitter sluit de algemene bespreking.

VII. Bespreking van de consideransen en het verzoekend gedeelte van de tekst en stemming

Mevrouw Françoise Bertieaux dient amendement nr. 1 in en verantwoordt het. Het strekt ertoe zo adequaat mogelijk te beantwoorden aan de doelstellingen van de resolutie. Naast de vereiste tweetaligheid, is het belangrijk, zoals bevestigd is tijdens de hoorzittingen, om rekening te houden met de Brusselse socioculturele realiteit.

Mevrouw Brigitte De Pauw stelt een technische correctie in de Nederlandse vertaling van amendement nr. 1 voor : de woorden « de invoering van een programma voor alle Brusselaars in hun taal en culturele verscheidenheid verbeteren » worden vervangen door « de invoering van een programma voor alle Brusselaars met als doel de bereikbaarheid in hun taal en culturele verscheidenheid te verbeteren ». *(Instemming)*.

Mevrouw Françoise Bertieaux dient amendement nr. 2 in en verantwoordt het. Het strekt ertoe het voorstel van resolutie te verruimen tot de instellingen die onder andere gezagsniveaus ressorteren. Ze denkt bijvoorbeeld aan de universitaire ziekenhuizen die niet van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie afhangen.

De heer Paul Galand dient amendement nr. 3 in en verantwoordt het. Het gaat om meer dan een preventiecampagne, het gaat om een opsporingssysteem.

De heer André du Bus de Warnaffe dient amendement nr. 4 in en verantwoordt het. Het strekt ertoe beter

pas pourquoi on tarderait à avancer. Lorsqu'elle a demandé certaines auditions, la députée a bien insisté sur le fait qu'il ne s'agissait aucunement d'une manœuvre dilatoire pour retarder les travaux de la commission.

Mme Fatiha Saïdi désire simplement prendre en considération les auditions des médecins pour modifier la résolution et la rendre la plus efficace possible. C'est la raison pour laquelle elle demande l'organisation d'une réunion supplémentaire de la commission.

Le président rappelle aux membres de la commission que plusieurs d'entre eux ont insisté sur l'urgence de voter cette proposition de résolution.

Un bref échange s'en suit au cours duquel plusieurs parlementaires proposent des solutions pour essayer de satisfaire les différentes parties. M. André du Bus de Warnaffe suggère de déjà travailler sur les amendements déposés, sans que cela préjudicie à une éventuelle réunion ultérieure.

La commission marque son assentiment et le président clôt ici la discussion générale.

VII. Discussion des considérants et du dispositif et vote

Mme Françoise Bertieaux présente et justifie l'amendement n° 1. Il a pour but de répondre de façon plus adéquate aux objectifs poursuivis par la résolution. Au-delà de l'exigence de bilinguisme, il est important, comme les auditions l'ont confirmé, de tenir compte des réalités socioculturelles bruxelloises.

Mme Brigitte De Pauw propose une correction technique à la traduction néerlandaise de cet amendement n° 1 et suggère donc de remplacer « de invoering van een programma voor alle Brusselaars in hun taal en culturele verscheidenheid verbeteren » par « de invoering van een programma voor alle Brusselaars met als doel de bereikbaarheid in hun taal en culturele verscheidenheid te verbeteren ». *(Assentiment)*.

Mme Françoise Bertieaux présente et justifie l'amendement n° 2 qui vise à élargir la proposition de résolution aux institutions dépendant d'autres niveaux de pouvoir. Elle pense par exemple aux hôpitaux universitaires qui ne dépendent pas de la Commission communautaire commune.

M. Paul Galand présente et justifie l'amendement n° 3. Il s'agit de plus qu'une campagne de prévention, c'est un système de dépistage.

M. André du Bus de Warnaffe présente et justifie l'amendement n° 4 qui vise à mieux coller à la réalité telle

aan te sluiten bij de realiteit zoals die uit de hoorzittingen naar voren is gekomen. Tijdens de hoorzittingen is gebleken dat de evaluatie aan de gang is.

De heer André du Bus de Warnaffe dient amendement nr. 5 in en verantwoordt het. Net als amendement nr. 4 strekt het ertoe beter aan te sluiten bij de realiteit zoals die uit de hoorzittingen naar voren is gekomen.

De heer Paul Galand dient amendement nr. 6 in en verantwoordt het. De vorige formulering impliceert dat de federale regering helemaal geen rekening zou hebben gehouden met de specificieke kenmerken van Brussel.

De heer Paul Galand dient amendement nr. 7 in en verantwoordt het.

De voorzitter leest amendement nr. 8 voor, dat door verschillende leden ingediend en ondertekend is.

Duidelijkheidshalve leest de voorzitter opnieuw de consideransen en de tekst na de streepjes voor, met inbegrip van de amendementen die erop aangebracht werden. Hij vraagt of de leden kunnen instemmen met de aldus geamendeerde tekst.

Mevrouw Fatiha Saïdi vraagt om, bij wijze van technische correctie, het cijfer 4 te vervangen door 5 (jaar) in considerans nr. 9 (Instemming).

De voorzitter stelt vast dat alle leden met de tekst instemmen en stelt voor om de bespreking af te sluiten met een enkele stemming.

Stemming

Het geheel van de consideransen en streepjes van het verzoekend gedeelte, alsook de amendementen nr. 1 tot 8 en de technische correcties worden aangenomen bij eenparigheid van de 14 aanwezige leden.

VIII. Stemming over het geheel

Het aldus geamendeerde voorstel van resolutie wordt in zijn geheel aangenomen bij eenparigheid van de 14 aanwezige leden.

– Vertrouwen wordt geschonken aan de mederapporteurs voor het opstellen van het verslag.

De Mederapporteurs, *De Voorzitter,*

Françoise BERTIEAUX Jean-Luc VANRAES
Bea DIALLO

que présentée lors des auditions. Les auditions ont ainsi permis de découvrir que l'évaluation est en cours.

M. André du Bus de Warnaffe présente et justifie l'amendement n° 5 qui, comme l'amendement n° 4, vise à mieux coller à la réalité telle que présentée lors des auditions.

M. Paul Galand présente et justifie l'amendement n° 6. L'ancienne formulation implique que le Gouvernement fédéral n'aurait pas du tout tenu compte des spécificités bruxelloises.

M. Paul Galand présente et justifie l'amendement n° 7.

Le président donne lecture de l'amendement n° 8, déposé et signé par plusieurs membres.

Le président, pour la bonne clarté du texte, redonne lecture des considérants et des tirets, en ce compris des amendements qui y ont été apportés. Il demande si les membres peuvent marquer leur accord sur le texte tel qu'amendé.

Mme Fatiha Saïdi demande, au titre de correction technique, de remplacer le chiffre 4 par le chiffre 5 (années) dans le considérant n° 9 (assentiment).

Le président constate l'accord de tous les membres et propose de conclure ici par un seul vote global.

Vote

L'ensemble des considérants et des tirets du dispositif, ainsi que les amendements 1 à 8 et les corrections techniques sont adoptés à l'unanimité des 14 membres présents.

VIII. Vote sur l'ensemble

La proposition de résolution, dans son ensemble, telle qu'amendée, est adoptée à l'unanimité des 14 membres présents.

– Confiance est faite aux corapporteurs pour la rédaction du rapport.

Les Corapporteurs, *Le Président,*

Françoise BERTIEAUX Jean-Luc VANRAES
Bea DIALLO

IX. Tekst aangenomen door de commissie

1. Overwegende dat borstkanker een van de voornaamste oorzaken is van vroegtijdig overlijden van de vrouwen in het Brussels Gewest en dat een op twaalf vrouwen in ons land thans aan borstkanker lijdt.

2. Overwegende dat vele vrouwen daaraan sterven en dat studies uitwijzen dat het sterftecijfer met ongeveer 30 % (en zelfs met 40 %) kan worden verminderd als de ziekte in een vroeg stadium wordt opgespoord en behandeld en dat bij een vroege diagnose de behandeling vaak minder zwaar en lichamelijk ingrijpend is.

3. Overwegende dat de resolutie van het Europees Parlement over borstkanker (2002/2279) de lidstaten vraagt om er tegen 2008 voor te zorgen dat het aantal overlijdens ten gevolge van kanker met 25 % daalt.

4. Overwegende dat de federale regering en de Gemeenschappen in oktober 2000 in interministeriële conferentie een overeenkomst hebben gesloten om een grootscheepse preventie op te zetten voor borstkanker bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar.

5. Overwegende dat de Gemeenschappen zich daarin verbinden om samen een consensueel beleid te voeren om borstkanker op grote schaal op te sporen door middel van mammografieën in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

6. Overwegende dat de vzw Brumammo (een erkend referentiecentrum dat de organisatie van de opsporing van borstkanker in Brussel coördineert) daartoe in het leven is geroepen en sedert juni 2002 programma's voor de systematische opsporing bij vrouwen van 50 tot 69 jaar op touw heeft gezet.

7. Gelet op de resultaten van die preventiemaatregelen, te weten dat, na twee programma's, slechts 8 tot 10 % van de doelgroep van vrouwen zich heeft laten onderzoeken en dat de vrouwen van die leeftijdscategorie en voornamelijk de meest achtergestelde met de huidige strategie nog niet voldoende aan bod komen.

8. Overwegende dat vrouwen die een afspraak willen in een erkend centrum, soms lang moeten wachten.

9. Overwegende dat het van essentieel belang is dat er na vijf jaar werking een balans wordt opgemaakt van de programma's voor de opsporing van borstkanker in het Brussels Gewest en dat de bestaande maatregelen worden verbeterd.

10. Overwegende dat het van essentieel belang is dat wordt getracht de gezamenlijke bewustmakingsstrategie van Brumammo inzake borstkankerpreventie te optimaliseren, onder meer met het LOGO en het CLPS.

IX. Texte adopté par la commission

1. Considérant que le cancer du sein est une des premières causes de mortalité précoce des femmes en Région bruxelloise et que le cancer du sein touche aujourd'hui une femme sur douze dans notre pays.

2. Considérant que si de nombreuses femmes décèdent de cette maladie, les études révèlent que le dépistage et le traitement précoces peuvent réduire la mortalité d'environ 30 % (voire 40 %) et que cette précocité du diagnostic induit bien souvent des traitements moins agressifs et moins mutilants.

3. Considérant la résolution du Parlement européen sur le cancer du sein (2002/2279) qui invite les Etats membres à s'assigner pour objectif de créer d'ici 2008 les conditions nécessaires pour réduire de 25 % les décès liés au cancer.

4. Considérant qu'en octobre 2000, le Gouvernement fédéral et les Communautés ont conclu, en conférence interministérielle, un accord pour une prévention massive du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 69 ans.

5. Considérant que dans cet accord, les Communautés s'engagent à établir, de concert, une politique consensuelle de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale.

6. Considérant que c'est dans ce cadre que l'asbl Brumammo (Centre de référence agréé qui coordonne l'organisation du dépistage du cancer du sein à Bruxelles) a été constituée et a lancé depuis juin 2002 des programmes de dépistage systématique auprès des femmes de 50 à 69 ans.

7. Considérant les résultats de ces actions de prévention qui ne touchent, après deux programmes, que 8 à 10 % des femmes ciblées et que la stratégie actuelle ne permet pas encore d'atteindre de manière suffisamment significative les femmes de cette tranche d'âge et particulièrement les plus défavorisées.

8. Considérant que lorsque les femmes prennent contact pour obtenir un rendez-vous dans un centre agréé, les délais sont parfois trop longs.

9. Considérant qu'il est essentiel, après cinq années de fonctionnement, de dresser un bilan des programmes de dépistage du cancer du sein en Région bruxelloise et d'améliorer le dispositif existant.

10. Considérant qu'il est essentiel de veiller à optimaliser la stratégie commune de sensibilisation de Brumammo en matière de prévention du cancer du sein notamment avec le LOGO et le CLPS.

11. Gezien het ontbreken van een tweetalig preventieprogramma in het Brussels Gewest en van een bewustmakingscampagne naar de Nederlandstalige en Franstalige doelgroepen toe.

12. Overwegende dat het nodig is om zoveel mogelijk actoren die in direct contact staat met de betrokken bevolkingsgroepen daarbij te betrekken, te weten de huisartsen, de gemeenten, de OCMW's, de welzijns- en gezondheidswerkers, de ziekenfondsen en de lokale media.

Uitgaande van die overwegingen, vraagt de Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie aan het Verenigd College om een balans op te maken van de opsporingsprogramma's en om de bestaande gewestelijke maatregelen inzake preventie en bewustmaking van de vrouwen te verbeteren :

A) Een balans opmaken van de opsporingsprogramma's :

1. de evaluatie voortzetten van de reeds uitgevoerde programma's, meer bepaald over de wijze van contact met en van bewustmaking van de doelgroepen;

2. regelmatig nagaan of de aangewende middelen beantwoorden aan de sociologische werkelijkheid in het veld, in overleg met de verschillende actoren om nieuwe samenwerking tot stand te brengen;

3. de federale regering vragen om de financiering te herzien in verband met de organisatie van de opsporingsprogramma's in het Brussels Gewest en aldus beter rekening te houden met de eigenheid ervan.

B) De bestaande gewestelijke maatregelen inzake preventie en bewustmaking van de vrouwen verbeteren :

4. de invoering van een programma voor alle Brusselaars met als doel de bereikbaarheid in hun taal en culturele verscheidenheid te verbeteren, om informatie te verschaffen aan de vrouwen die thans geen mammotest of een mammografie laten uitvoeren;

5. een tweetalig preventief beleid op touw zetten, in samenwerking met alle Brusselse partners inzake gezondheid, door bij de programma's zoveel mogelijk actoren te betrekken die in contact staan met de betrokken bevolkingsgroepen zoals de huisartsen, de gemeenten, de OCMW's, de welzijns- en gezondheidswerkers, de lokale media en de ziekenfondsen;

6. de samenwerking tussen de evaluatiecentra voor het gezondheidsbeleid (Observatorium voor Gezondheid, Brumammo, …) maximaal uitbouwen en met de instrumenten die afhangen van de Franse en de Vlaamse Gemeenschap;

7. ervoor zorgen dat de vzw Hippocrates een belangrijkere plaats krijgt binnen Brumammo.

11. Considérant l'absence d'un programme de prévention bilingue en Région bruxelloise et d'action de sensibilisation vers les publics bilingues.

12. Considérant le besoin d'implication du plus grand nombre d'acteurs, en contact avec les populations concernées : les médecins généralistes, les communes, les CPAS, les travailleurs socio-sanitaires, les mutualités et les médias de proximité.

Partant de l'ensemble de ces considérations, l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune invite le Collège réuni à dresser un bilan des programmes de dépistage et à améliorer le dispositif régional existant en matière de prévention et de sensibilisation des femmes :

A) Dresser un bilan des programmes de dépistage :

1. poursuivre l'évaluation des programmes déjà réalisés, particulièrement sur le mode de contact et de sensibilisation des publics ciblés;

2. organiser une vérification régulière de la correspondance des outils mis en place aux réalités sociologiques de terrain et ce, en concertation avec les divers acteurs, afin de créer de nouvelles synergies;

3. demander au Gouvernement fédéral la révision des financements relatifs à l'organisation des programmes de dépistage en Région bruxelloise pour mieux tenir compte des spécificités de celle-ci.

B) Améliorer le dispositif régional existant en matière de prévention et de sensibilisation des femmes :

4. optimaliser la mise en place d'un programme touchant l'ensemble des Bruxellois dans leur diversité linguistique et culturelle, qui viserait à toucher notamment un public qui ne recourt aujourd'hui ni au mammotest ni à la mammographie;

5. développer une politique préventive bilingue en collaboration avec l'ensemble des partenaires bruxellois de la santé et en impliquant, dans les programmes, le plus grand nombre d'acteurs en contact avec les populations concernées tels que les médecins généralistes, les communes, les CPAS, les travailleurs socio-sanitaires, les médias de proximité et les mutualités;

6. maximaliser les collaborations entre les centres d'évaluation des politiques de la santé (Observatoire de la Santé, Brumammo, …) et avec les instruments dépendant des Communautés française et flamande;

7. veiller à assurer une place plus significative à l'asbl Hippocrate au sein de Brumammo.

X. Bijlagen

Bijlage 1

Amendementen

Nr. 1 (van de heren François ROELANTS du VIVIER, Vincent DE WOLF, mevrouw Martine PAYFA en mevrouw Françoise BERTIEAUX)

Punt B.4 van het bepalend gedeelte

Punt B.4 te vervangen door de volgende zin :

« 4. De invoering van een programma voor alle Brusselaars met als doel de bereikbaarheid in hun taal- en culturele verscheidenheid te verbeteren, om informatie te verschaffen aan de vrouwen die thans geen mammotest of een mammografie laten uitvoeren ».

VERANTWOORDING

Ongeacht het onmiskenbaar belang om zoveel mogelijk vrouwen tussen 50 en 69 jaar te bereiken in het Brussels Gewest, is de door deze considerans geëiste tweetaligheid geen gepaste oplossing om de door dit voorstel van resolutie beoogde doelstellingen te bereiken.

Er moet rekening worden gehouden met de sociologische realiteit van Brussel, de taalverscheidenheid en de culturele diversiteit, en er moet worden ingezien dat alle betrokken Brusselse vrouwen zullen worden bereikt door tegelijk het Frans en het Nederlands te gebruiken.

Bovendien behoren tot de Brusselse gezondheidspartners ook de universitaire ziekenhuizen die niet onder de tweetaligheidsregels vallen of andere verenigingen die niet onder de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ressorteren maar niettemin een belangrijke rol te spelen hebben in voormeld opzicht.

Nr. 2 (van de heren François ROELANTS du VIVIER, Vincent DE WOLF, mevrouw Martine PAYFA en mevrouw Françoise BERTIEAUX)

Punt B.6 van het bepalend gedeelte

De zin te vervolledigen met de woorden :

« en met de instrumenten die afhangen van de Franse en de Vlaamse Gemeenschap ».

VERANTWOORDING

Het is van belang om buiten de sfeer van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie samen te werken met alle actoren in het Brussels Gewest en ook de instrumenten die afhangen van de Franse en de Vlaamse Gemeenschap erbij te betrekken.

X. Annexes

Annexe 1

Amendements

N° 1 (de MM. François ROELANTS du VIVIER, Vincent DE WOLF, Mmes Martine PAYFA et Françoise BERTIEAUX)

Point B.4 du dispositif

Remplacer le point B.4 par la phrase suivante :

« 4. Optimaliser la mise en place d'un programme touchant l'ensemble des Bruxellois dans leur diversité linguistique et culturelle, qui viserait à toucher notamment un public qui ne recourt aujourd'hui ni au mammotest ni à la mammographie ».

JUSTIFICATION

Nonobstant l'importance indéniable de toucher un maximum de femmes âgées de 50 à 69 ans en Région bruxelloise, l'exigence de bilinguisme prévue par ce considérant ne constitue pas la solution adéquate et nécessaire aux objectifs poursuivis par la présente proposition de résolution.

Au-delà de cette exigence de bilinguisme, il faut tenir compte des réalités sociologiques de Bruxelles, de sa diversité linguistique et culturelle, et se rendre à l'évidence que ce n'est pas en utilisant conjointement le français et le néerlandais que les acteurs toucheront l'ensemble des Bruxelloises concernées.

En outre, parmi les partenaires bruxellois de la santé, l'on peut également retrouver des hôpitaux universitaires non soumis aux exigences de bilinguisme ou d'autres associations ne dépendant pas de la Commission communautaire commune mais qui ont néanmoins un rôle important à jouer dans ce schéma.

N° 2 (de MM. François ROELANTS du VIVIER, Vincent DE WOLF, Mmes Martine PAYFA et Françoise BERTIEAUX)

Point B.6 du dispositif

Compléter la phrase par les mots :

« et avec les instruments dépendant des Communautés française et flamande ».

JUSTIFICATION

Au-delà de la sphère de la Commission communautaire commune, il est important de collaborer avec tous les acteurs présents sur le territoire de la Région bruxelloise et ainsi associer également les instruments dépendant des Communautés française et flamande.

Nr. 3 (van mevrouw Fatiha SAÏDI, mevrouw Françoise BERTIEAUX, de heren André du BUS de WARNAFFE en Paul GALAND)

Considerans 4

Het woord « preventiecampagne » **te vervangen door** *« preventie ».*

VERANTWOORDING

Het gaat om meer dan een campagne.

Nr. 4 (van mevrouw Fatiha SAÏDI, mevrouw Françoise BERTIEAUX, de heren André du BUS de WARNAFFE en Paul GALAND)

Punt A.1 van het verzoekend gedeelte

De woorden « Een evaluatie maken » **te vervangen door de woorden** *« De evaluatie voortzetten ».*

VERANTWOORDING

De evaluatie is aan de gang;dat is gebleken tijdens de hoorzittingen.

Nr. 5 (van mevrouw Fatiha SAÏDI, mevrouw Françoise BERTIEAUX, de heren André du BUS de WARNAFFE en Paul GALAND)

Punt A.2 van het verzoekend gedeelte

De woorden « In het algemeen, een studie maken om na te gaan of de aangewende middelen beantwoorden aan » **te vervangen door de woorden** *« Regelmatig nagaan of de aangewende middelen beantwoorden aan ».*

VERANTWOORDING

De studies zijn aan de gang.

Nr. 6 (van mevrouw Françoise BERTIEAUX, de heren André du BUS de WARNAFFE en Paul GALAND)

Punt A.3 van het verzoekend gedeelte

Het woord *« beter »* **in te voegen, tussen het woord** « aldus » **en het woord** « rekening ».

N° 3 (de Mmes Fatiha SAÏDI, Françoise BERTIEAUX, MM. André du BUS de WARNAFFE et Paul GALAND)

Considérant 4

Supprimer les mots « campagne de ».

JUSTIFICATION

Il s'agit de plus qu'une campagne.

N° 4 (de Mmes Fatiha SAÏDI, Françoise BERTIEAUX, MM. André du BUS de WARNAFFE et Paul GALAND)

Point A.1 du dispositif

Remplacer les mots « Procéder à une évaluation » **par les mots** *« Poursuivre l'évaluation ».*

JUSTIFICATION

L'évaluation est en cours; les auditions ont permis de le découvrir.

N° 5 (de Mmes Fatiha SAÏDI, Françoise BERTIEAUX, MM. André du BUS de WARNAFFE et Paul GALAND)

Point A.2 du dispositif

Remplacer les mots « Réaliser, de manière générale, une étude afin de vérifier si les outils mis en place correspondent aux » **par les mots** *« Organiser une vérification régulière de la correspondance des outils mis en place aux ».*

JUSTIFICATION

Les études sont en cours.

N° 6 (de Mme Françoise BERTIEAUX, MM. André du BUS de WARNAFFE et Paul GALAND)

Point A.3 du dispositif

Ajouter le mot *« mieux »* **entre les mots** « pour » **et** « tenir ».

VERANTWOORDING

Betere formulering.

JUSTIFICATION

Amélioration de formulation.

Nr. 7 (van mevrouw Fatiha SAÏDI, mevrouw Françoise BERTIEAUX, de heren André du BUS de WARNAFFE, Paul GALAND, mevrouw Brigitte DE PAUW en mevrouw Carla DEJONGHE)

Considerans 7

De woorden « niet of onvoldoende aan bod komen » **te vervangen door de woorden** *« nog niet voldoende aan bod komen ».*

VERANTWOORDING

Betere formulering.

N° 7 (de Mmes Fatiha SAÏDI, Françoise BERTIEAUX, MM. André du BUS de WARNAFFE, Paul GALAND, Mmes Brigitte DE PAUW et Carla DEJONGHE)

Considérant 7

Remplacer les mots « ne permet pas ou insuffisamment d'atteindre de manière significative » **par les mots** *« ne permet pas encore d'atteindre de manière suffisamment significative ».*

JUSTIFICATION

Amélioration de formulation.

Nr. 8 (van mevrouw Fatiha SAÏDI, mevrouw Françoise BERTIEAUX, de heren André du BUS de WARNAFFE, Paul GALAND, mevrouw Brigitte DE PAUW en mevrouw Carla DEJONGHE)

Punt B van het verzoekend gedeelte

En punt 7 toe te voegen, luidend :

« 7. Ervoor te zorgen dat de vzw Hippocrates een belangrijkere plaats krijgt binnen Brumammo ».

VERANTWOORDING

Zal tijdens de vergadering worden gegeven.

N° 8 (de Mmes Fatiha SAÏDI, Françoise BERTIEAUX, MM. André du BUS de WARNAFFE, Paul GALAND, Mmes Brigitte DE PAUW et Carla DEJONGHE)

Point B du dispositif

Rajouter un point 7, libellé comme suit :

« 7. Veiller à assurer une place plus significative à l'asbl Hippocrate au sein de Brumammo ».

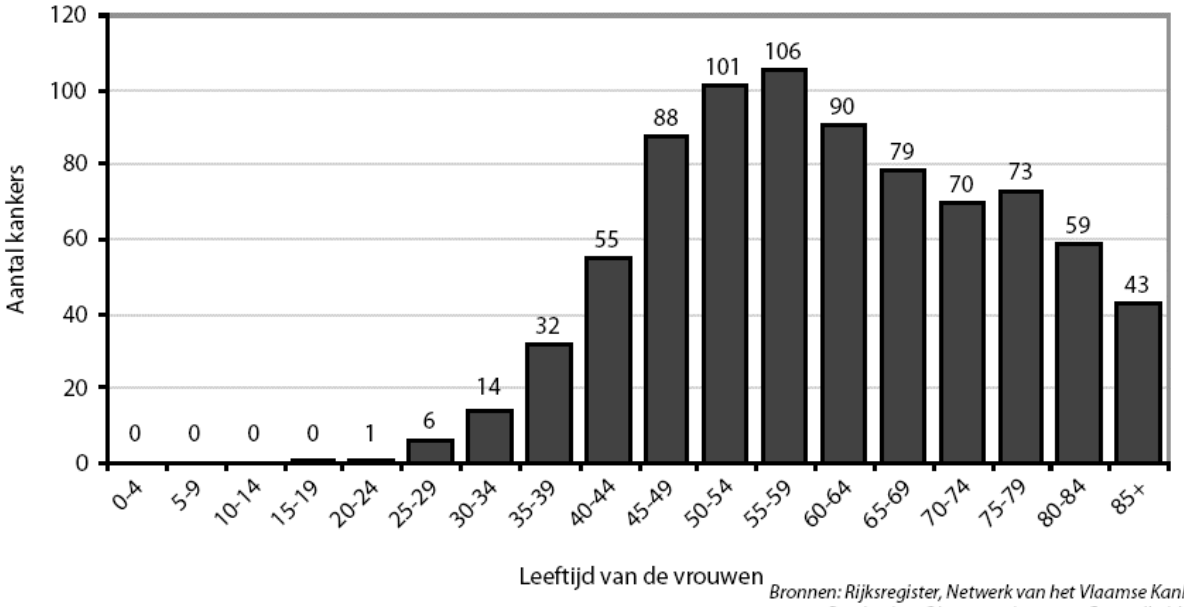
JUSTIFICATION

Sera donnée en séance.

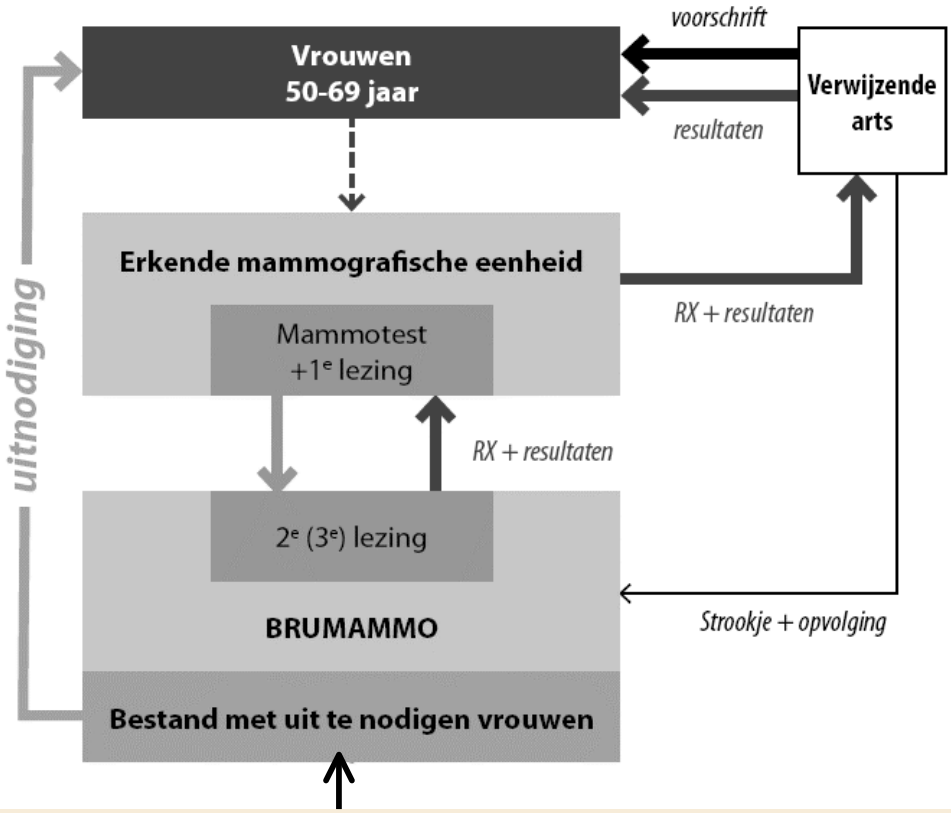
Bijlage 2

Evaluatierapport van het georganiseerde screeningsprogramma voor borstkanker in het Brussels Gewest (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn)

Schatting van het verwachte aantal borstkankers in 2005 in Brussel

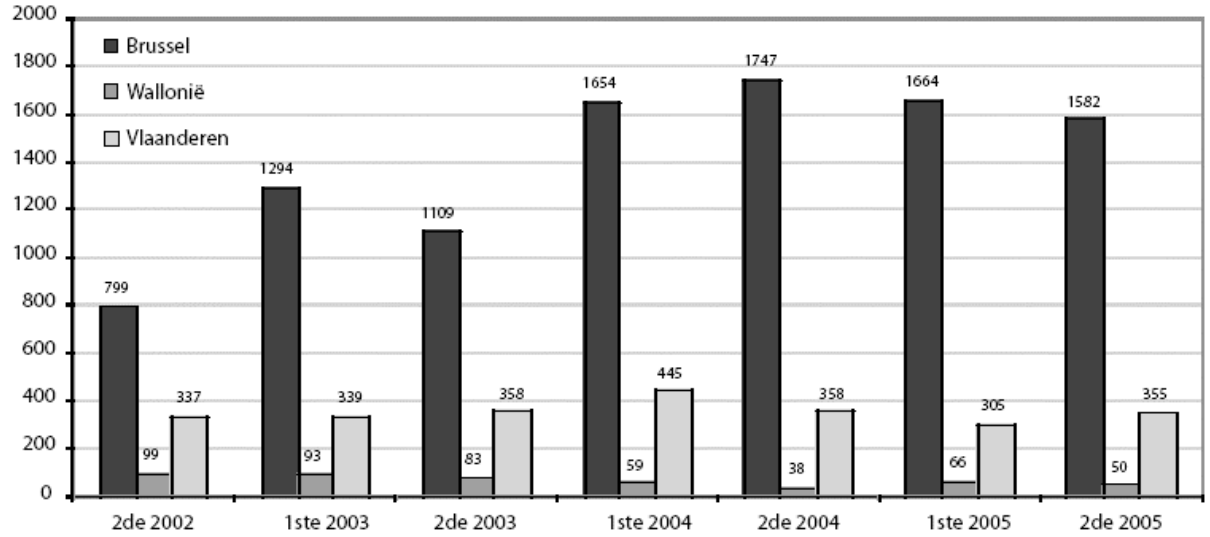


Bronnen: Rijksregister, Netwerk van het Vlaamse Kankerregister
Berekening: Observatorium voor Gezondheid en Welzijn



Verzekeringinstelling – KSZ – Observatorium voor Gezondheid en Welzijn

Figuur 6.2 **Aantal uitgevoerde mammotests in de Brusselse radiologie-eenheden sinds het begin van het programma, per semester, naargelang de woonregio**



Tabel 6.6 **Aandeel vrouwen dat een mammotest liet uitvoeren met een uitnodiging en/of een voorschrift**

	2003	2004	2005	p-waarde	Totaal
Uitnodiging	560 (24 %)	1501 (40 %)	1611 (55 %)		3672 (40 %)
Voorschrift*	1814 (76 %)	2285 (60 %)	1345 (45 %)	<0,001	5444 (60 %)
	2374	3786	2956		9116

** Met inbegrip van de vrouwen die tegelijkertijd een uitnodiging en een voorschrift bijhadden (aantal niet bekend)*

Tabel 6.8	Factoren die door de vrouwen werden opgegeven als bijdragend tot hun beslissing om een mammotest te laten uitvoeren, per jaar			
Vermelde factor (niet exclusief)	Jaar dat de mammotest werd uitgevoerd			p-waarde
	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	
Uitnodiging	697 (34 %)	1212 (45 %)	1263 (52 %)	<0,001
Gynaecoloog	697 (34 %)	702 (26 %)	527 (22 %)	<0,001
Huisarts	501 (24 %)	609 (23 %)	511 (21 %)	0,05
Media	22 (1 %)	8 (0 %)	8 (0 %)	<0,001

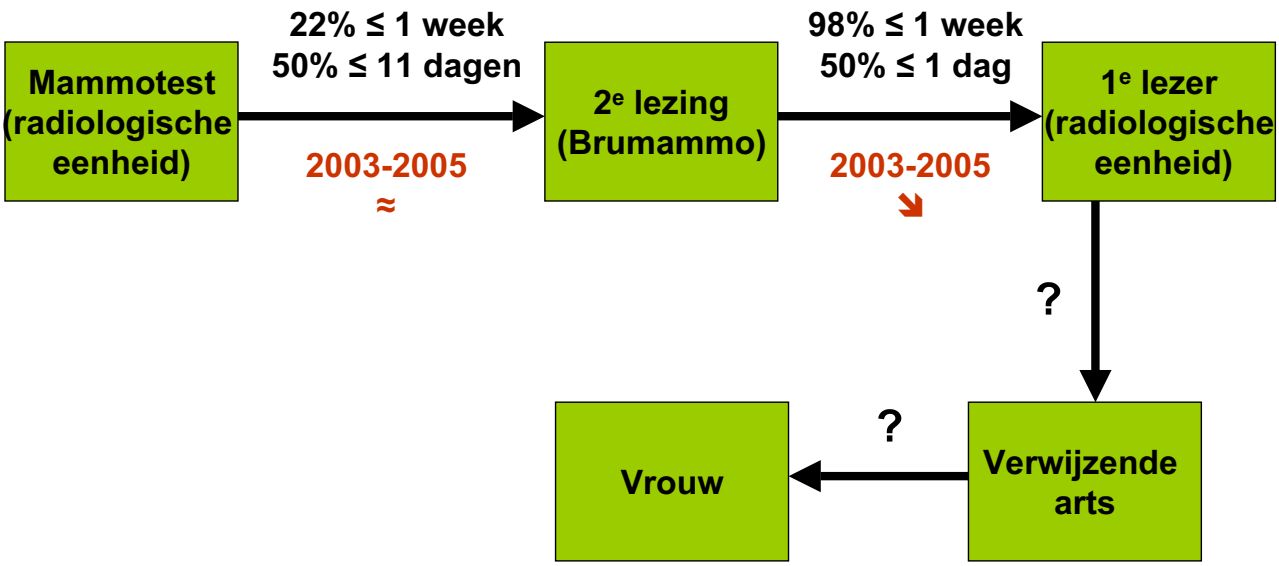
Meningen en praktijken van de gezondheidsprofessionelen werkzaam in het Brussels Gewest (eind 2005)

- **Consensus over het nut van de screening maar niet over de manier waarop ze dient georganiseerd te worden.**
- **Niet voldoende geïnformeerd over het programma.**
- **Wens om in grotere mate betrokken te worden.**
- **Ongelijke participatie.**
- **Georganiseerde screening = sociaal actieprogramma?**

Perceptie van het programma door de vrouwen

- Sleutelrol van de arts met betrekking tot de praktische informatie, de instemming met en de deelname aan het programma
- Diverse drempels tot deelname
- De arts dient het initiatief te nemen
- Onvoldoende informatie
- Uitnodiging wordt niet goed geïdentificeerd

Termijn tussen de mammotest en de verzending van het resultaat



Tabel 6.21 **Aandeel heroproepingen, 2003-2005**

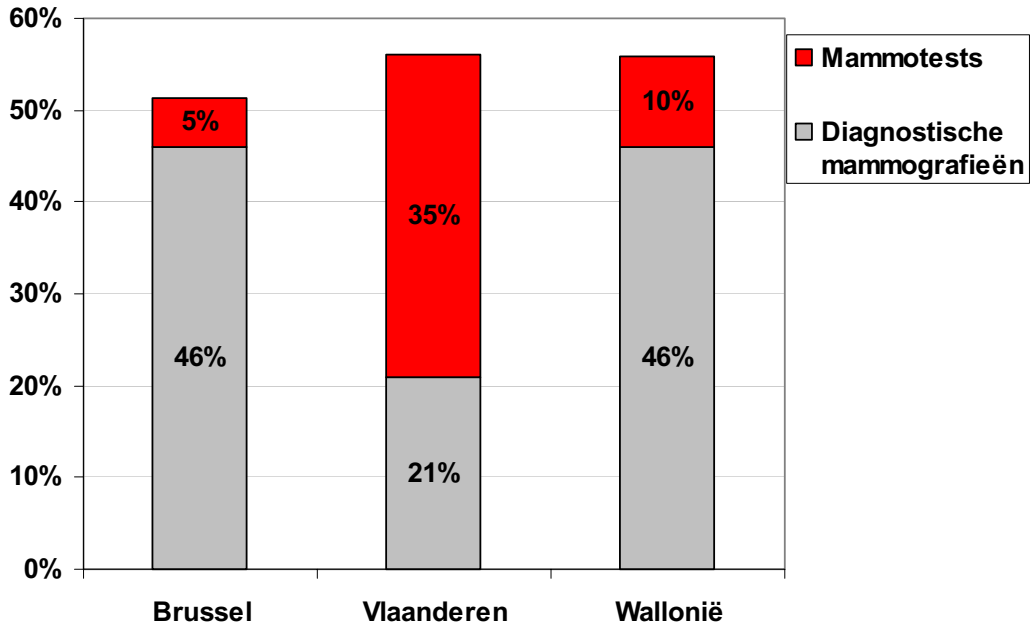
Reden van de heroproeping	2003 N=3284	2004 N=4312	2005 N=4037
Positieve mammografie	5,7 %	5,6 %	4,4 %
Echografie omwille van dens borstweefsel*	9,2 %	6,5 %	6,3 %
Mammotest niet interpreteerbaar	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Totaal	**15,0 %**	**12,2 %**	**10,8 %**

** We beschikken over geen enkele informatie met betrekking tot het aantal vrouwen onder hen die een positieve echografie vertoonden.*

Retrospectieve enquête naar de opvolging van de vrouwen die een positieve mammotest hadden

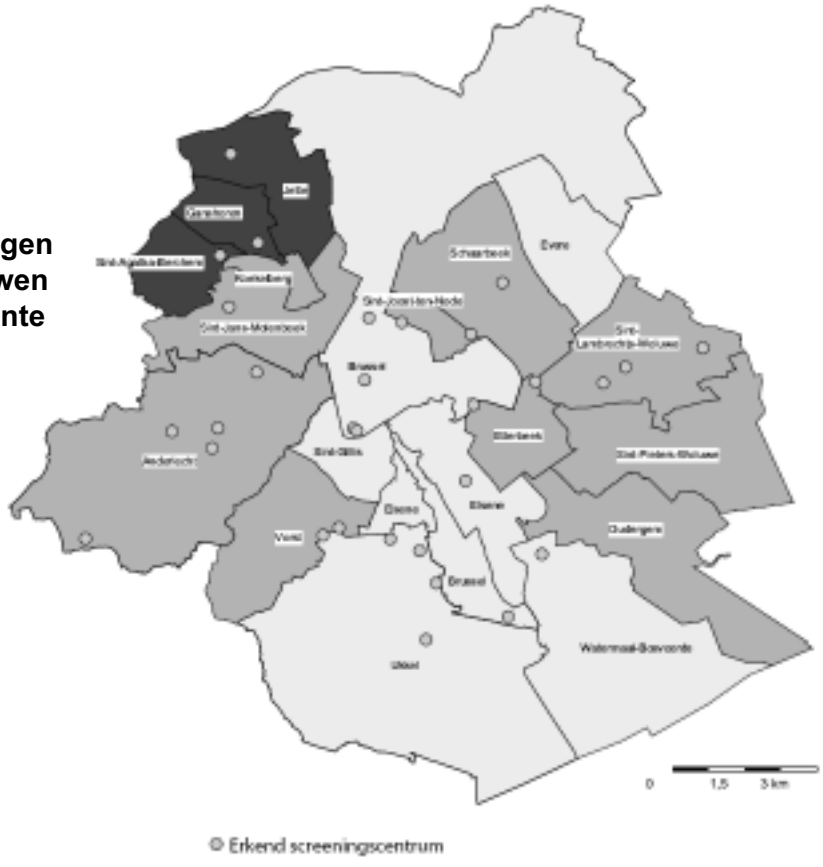
- **207 vrouwen met een positieve mammotest onder de Brusselse uitgenodigden in 2004**
- **Resultaat van de onderzoeken gekend voor 75% (155 vrouwen): 25 kankers opgespoord**
- **Extrapolatie naar alle vrouwen die een mammotest ondergingen: 9 kankers op 1000 mammotests (detectiegraad)**
- **14% (28 vrouwen) = uit het zicht verloren**

Aandeel van de mammotests in de totale dekking door mammografie (2003-2004, IMA)



Dekkingsgraad van de mammotest (2003-2004)

Aandel vrouwen die een mammotest ondergingen op het totaal van de vrouwen van 50-69 jaar per gemeente



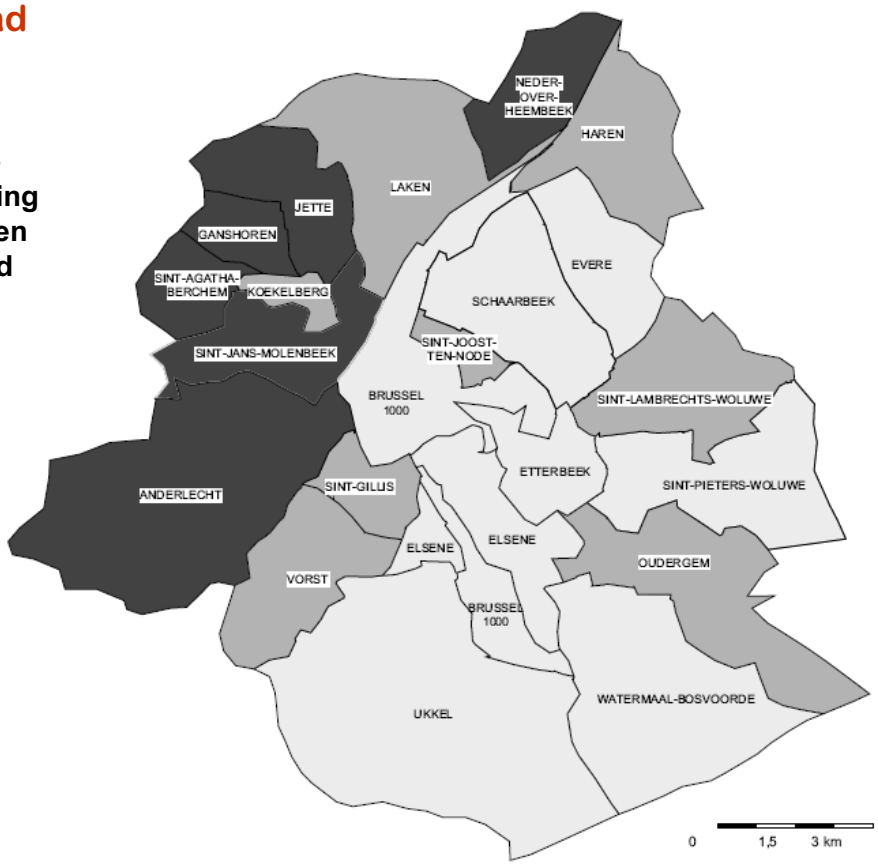
Regio= 5,4%

7,0 - 9,5 %
5,0 - 7,0 %
2,8 - 5,0 %

Participatiegraad per gemeente (2003-2004)

Aantal deelnemende vrouwen in verhouding tot het aantal vrouwen dat werd uitgenodigd

Gewest = 9%



11,0 - 15,4 %
9,0 - 11,0 %
4,2 - 9,0 %

De uitdaging voor het Brusselse programma = bereiken van de vrouwen die geen enkele mammografie laten uitvoeren (50% van de doelgroep)

Pistes:

- **Een betere kennis van de attitude van de Brusselse vrouwen aangaande het programma**
- **Betrekken van de gezondheidsprofessionelen bij de reflectie en de organisatie, rekening houdend met de specificiteit van de Brusselse context**

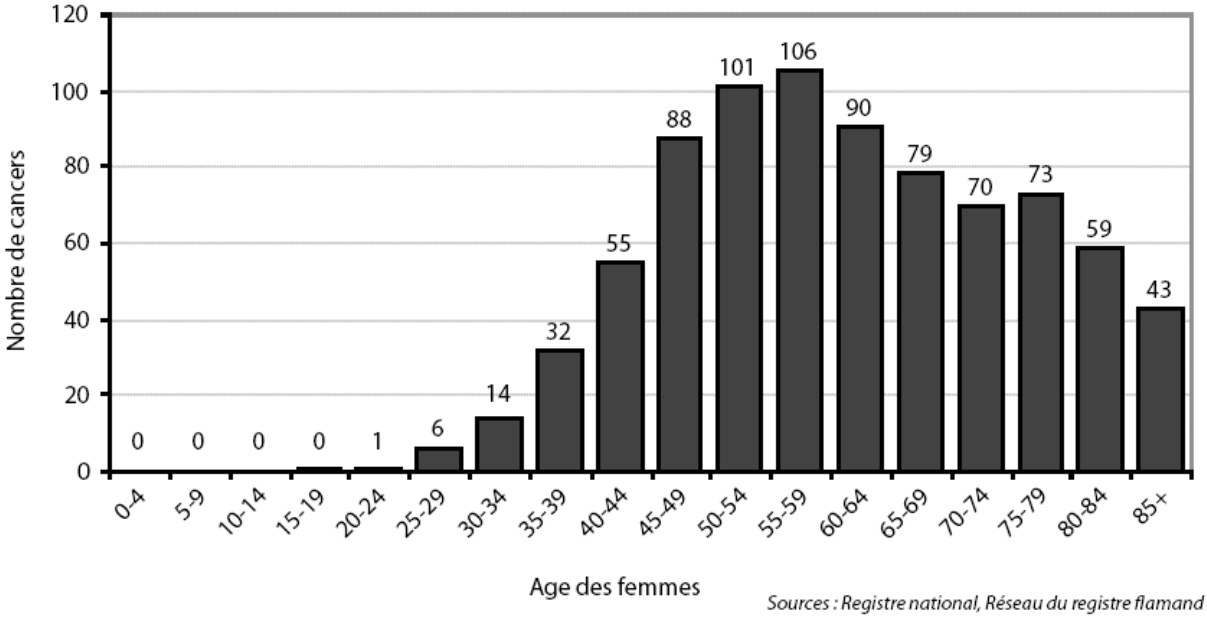
Maar ook…

- **Verzamelen en analyseren van de opvolgingsgegevens**
- **Regelmatige evaluatie van het programma**

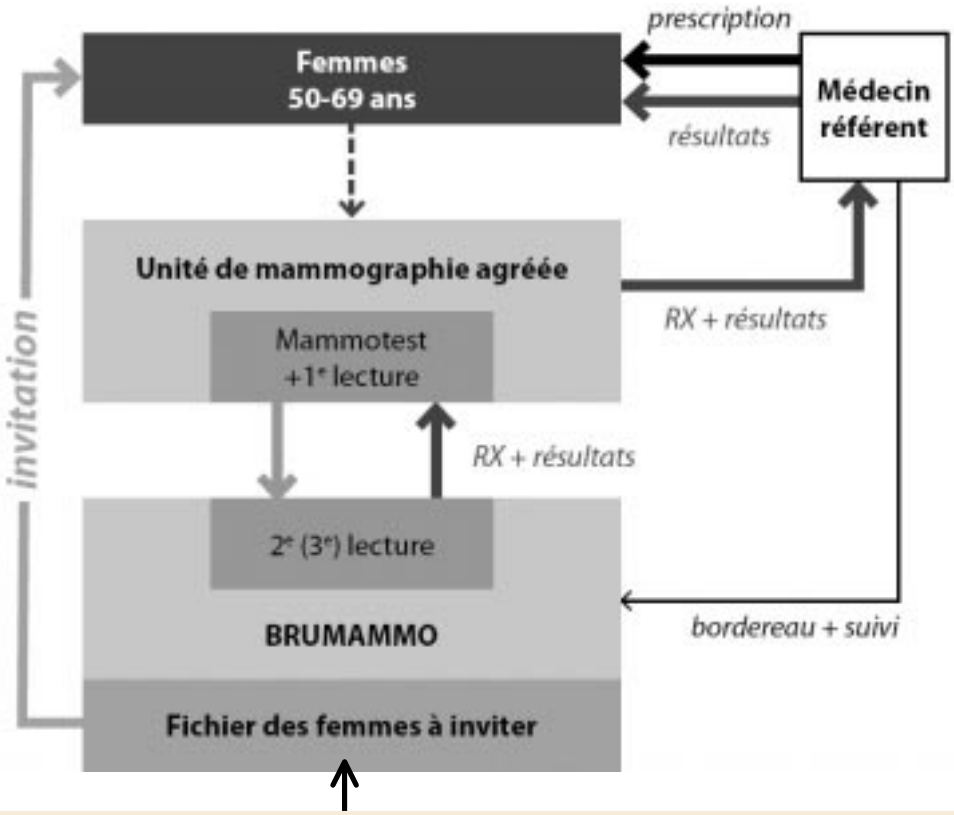
Annexe 2

Rapport d'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en Région bruxelloise (Observatoire de la Santé et du Social)

Estimation du nombre attendu de cancers du sein à Bruxelles



Sources : Registre national, Réseau du registre flamand du cancer.
Calcul : Observatoire de la Santé et du Social



Organismes assureurs – BCSS – Observatoire de la Santé et du Social

Figure 6.2 **Nombre de mammotests réalisés dans les unités de radiologie bruxelloises depuis le début du programme par semestre, selon la région de résidence**

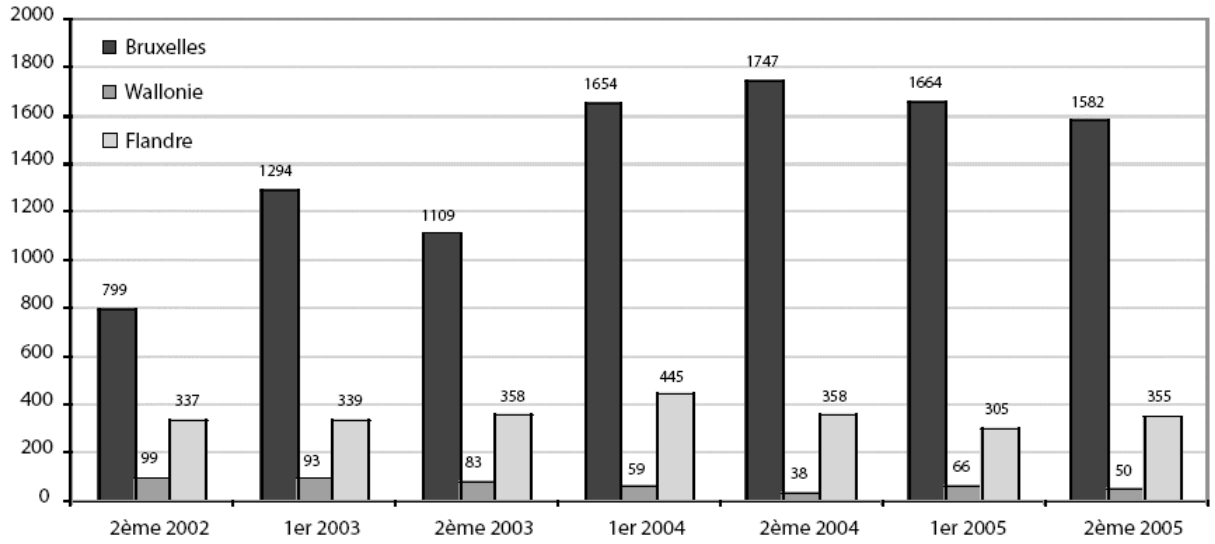


Tableau 6.6 **Proportion des femmes réalisant un mammotest avec prescription et invitation**

	2003	2004	2005	p-valeur	Total
Invitation	560 (24 %)	1501 (40 %)	1611 (55 %)		3672 (40 %)
Prescription*	1814 (76 %)	2285 (60 %)	1345 (45 %)	<0,001	5444 (60 %)
	2374	3786	2956		9116

**Inclut les femmes qui avaient à la fois une invitation et une prescription (nombre non connu)*

Tableau 6.8	Facteur cité par la femme comme ayant contribué à sa décision de réaliser un mammotest, selon l'année			
Facteur mentionné (non exclusif)	Année de réalisation du mammotest			p-valeur
	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	
Invitation	697 (34 %)	1212 (45 %)	1263 (52 %)	<0,001
Gynécologue	697 (34 %)	702 (26 %)	527 (22 %)	<0,001
Généraliste	501 (24 %)	609 (23 %)	511 (21 %)	0,05
Média	22 (1 %)	8 (0 %)	8 (0 %)	0,001

Opinions et pratiques de professionnels de santé travaillant en région bruxelloise (fin 2005)

- **Consensus sur l'utilité du dépistage mais non sur la manière de l'organiser**
- **Déficit d'information sur le programme**
- **Souhait d'une plus grande implication**
- **Participation inégale**
- **Dépistage organisé = programme d'action sociale?**

Perception du programme par les femmes

- Rôle clé du médecin en terme d'information pratique, d'adhésion et de participation au programme
- Divers freins à la participation
- Le médecin a le devoir d'initiative
- Déficit d'information
- Mauvaise identification de l'invitation

Délai entre le mammotest et envoi du résultat

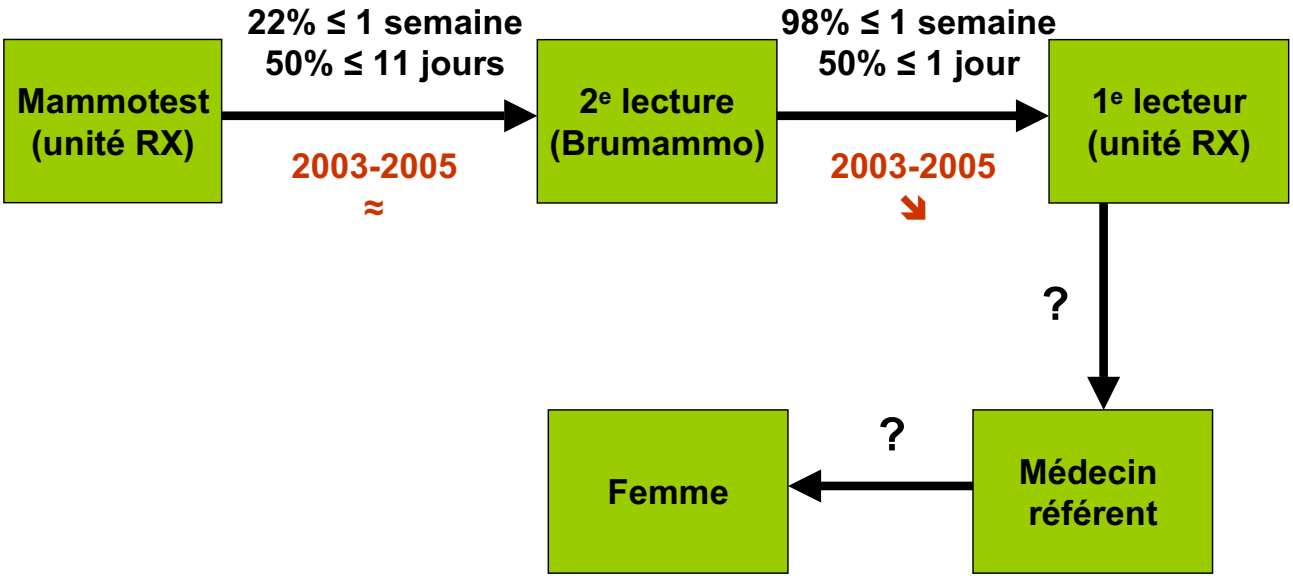


Tableau 6.21 **Taux de rappel, 2003-2005**

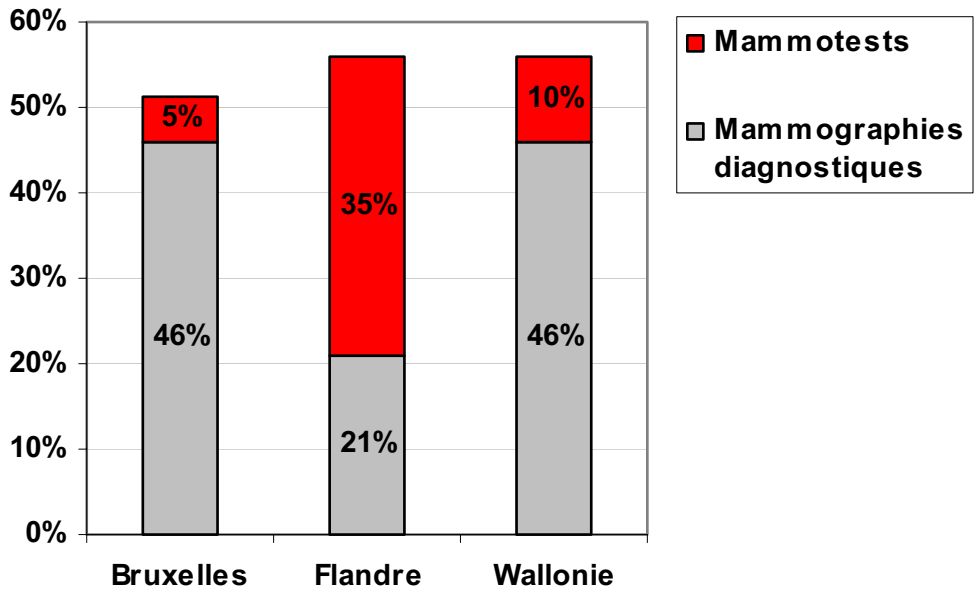
Raison du rappel	2003 N=3284	2004 N=4312	2005 N=4037
Examen mammographique positif	5,7 %	5,6 %	4,4 %
Echographie pour sein denses*	9,2 %	6,5 %	6,3 %
Mammotest ininterprétable	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Total	**15,0 %**	**12,2 %**	**10,8 %**

** Nous n'avons aucune information sur le nombre de femmes parmi elles présentant une échographie positive*

Enquête rétrospective sur devenir des femme ayant un mammotest +

- **207 femmes avec mammotest positif parmi les bruxelloises invitées en 2004**
- **Résultat des investigations connu pour 75% (155 femmes): 25 cancers dépistés**
- **Extrapolation à l'ensemble des femmes ayant bénéficié d'un mammotest: 9 cancers pour 1000 mammotests (taux de détection)**
- **14% (28 femmes) = perdues de vue**

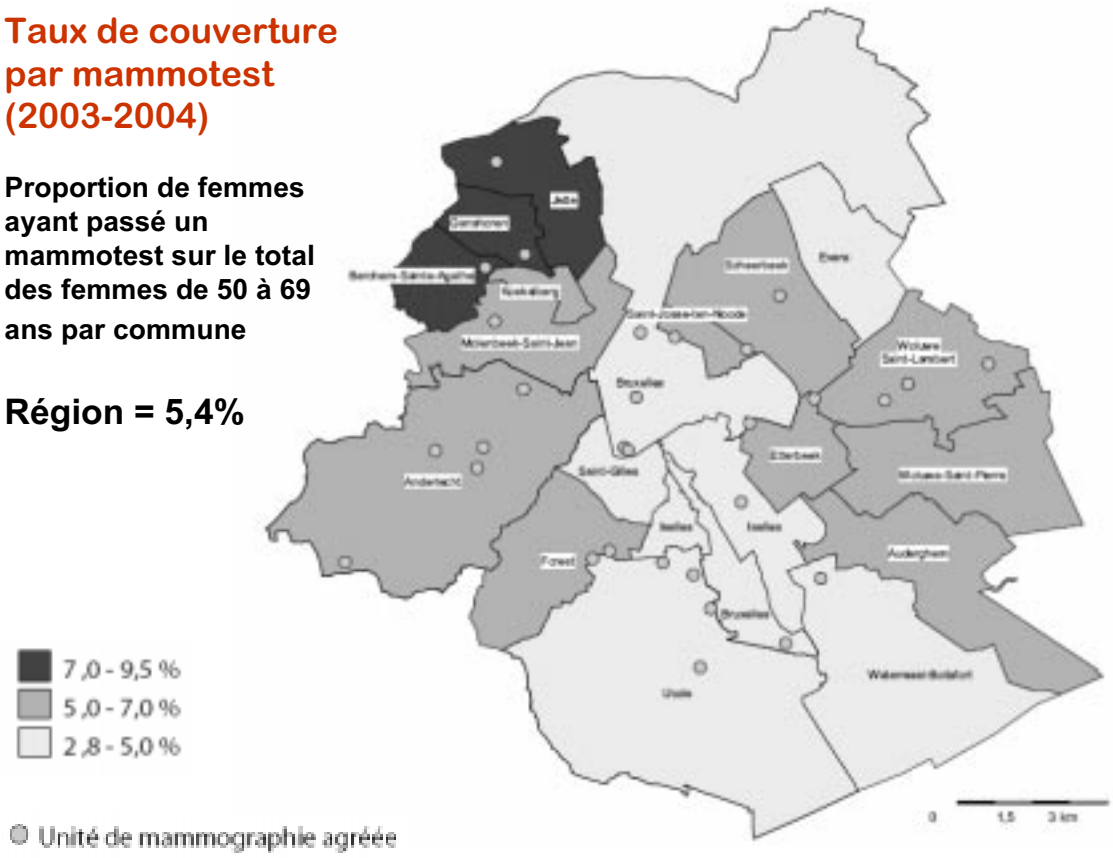
Part des mammotests dans la couverture totale par mammographie (2003-2004, AIM)



Taux de couverture par mammotest (2003-2004)

Proportion de femmes ayant passé un mammotest sur le total des femmes de 50 à 69 ans par commune

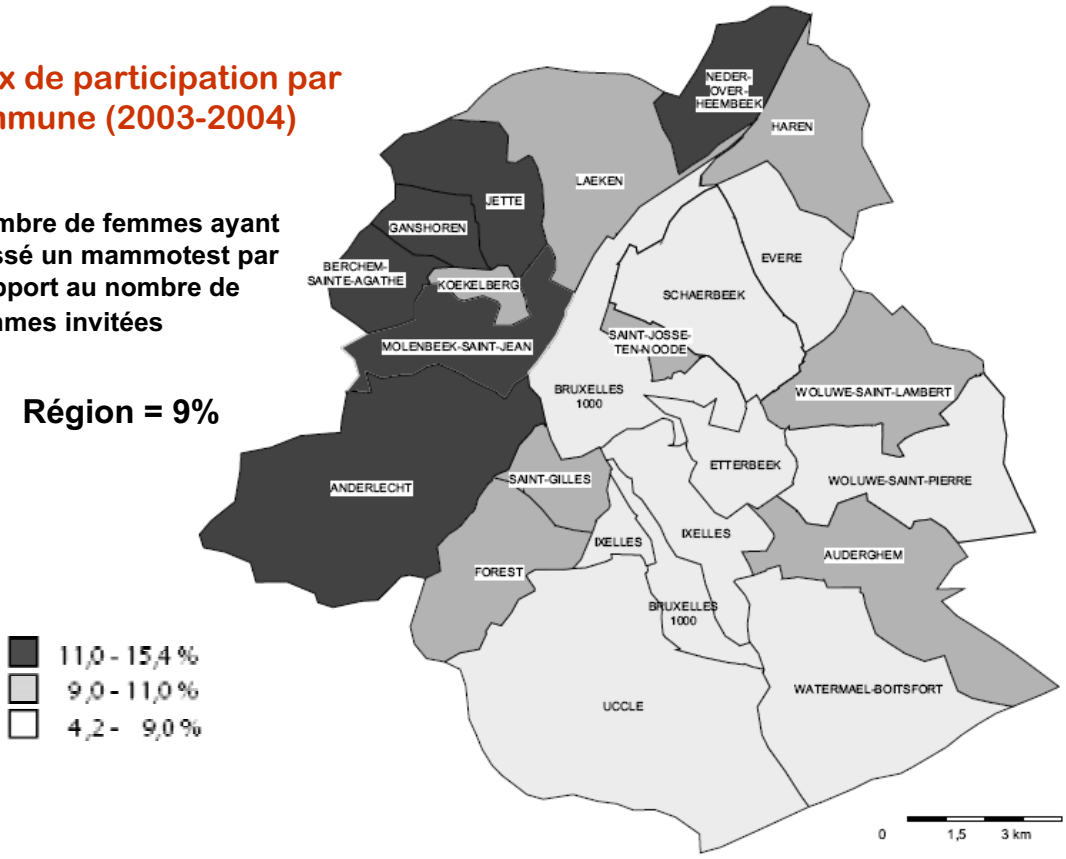
Région = 5,4%



Taux de participation par commune (2003-2004)

Nombre de femmes ayant Passé un mammotest par Rapport au nombre de femmes invitées

Région = 9%



Le défi du programme bruxellois = atteindre les femmes n'effectuant aucune mammographie (50% de la population cible)

Pistes:

- **Mieux connaître l'attitude des femmes bruxelloises par rapport au programme**
- **Impliquer les professionnels de santé dans la réflexion et l'organisation, en tenant compte de la spécificité du contexte bruxellois**

Mais aussi…

- **Récolter et analyser les données de suivi**
- **Evaluer régulièrement le programme**

0407/1693
I.P.M. COLOR PRINTING
☎ 02/218.68.00