

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2006-2007

8 NOVEMBRE 2006

Proposition de résolution relative à la prévention du cancer du sein

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES
PAR
M. VANKRUNKELSVEN

I. INTRODUCTION

La proposition de résolution relative à la prévention du cancer du sein a été déposée le 1^{er} juillet 2004. La commission des Affaires sociales a examiné la proposition en question en présence de M. Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2006-2007

8 NOVEMBER 2006

Voorstel van resolutie betreffende de preventie van borstkanker

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT DOOR
DE HEER VANKRUNKELSVEN

I. INLEIDING

Het voorstel van resolutie betreffende de preventie van borstkanker is ingediend op 1 juli 2004. De commissie voor de sociale aangelegenheden heeft dit voorstel besproken in aanwezigheid van de heer Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezond-

Composition de la commission / Samenstelling van de commissie :

Présidente / Voorzitter : Annemie Van de Casteele.

Membres / Leden :

SP.A-SPIRIT	Jacinta De Roeck, Christel Geerts, Fatma Pehlivan.
VLD	Jeannine Leduc, Annemie Van de Casteele, Patrik Vankrunkelsven.
PS	Sfia Bouarfa, Jean Cornil, Marie-José Laloy.
MR	Jihane Annane, Jacques Brotchi, Marc Wilmots.
CD&V	Wouter Beke, Mia De Schamphelaere.
Vlaams Belang	Frank Creyelman, Wim Verreycken.
CDH	Clotilde Nyssens.

Suppléants / Plaatsvervangers :

Mimount Bousakla, Bart Martens, Myriam Vanlerberghe, André Van Nieuwkerke.
Stéphanie Anseeuw, Margriet Hermans, Nele Lijnen, Stefaan Noreilde.
Pierre Galand, Joëlle Kapompolé, Philippe Mahoux, Olga Zrihen.
Marie-Hélène Crombé-Berton, Christine Defraigne, Alain Destexhe, François Roelants du Vivier.
Etienne Schoupe, Jan Steverlynck, Erika Thijs.
Yves Buysse, Nele Jansegers, Karim Van Overmeire.
Christian Brotcorne, Francis Delpérée.

Voir :

Documents du Sénat :

3-792 - 2003/2004 :

N° 1 : Proposition de résolution de M. Roelants du Vivier.

3-792 - 2005/2006 :

N° 2 : Amendements.

3-792 - 2006/2007 :

N° 3 : Amendements.

Zie :

Stukken van de Senaat :

3-792 - 2003/2004 :

Nr. 1 : Voorstel van resolutie van de heer Roelants du Vivier.

3-792 - 2005/2006 :

Nr. 2 : Amendementen.

3-792 - 2006/2007 :

Nr. 3 : Amendementen.

au cours de ses réunions des 8 juin 2005, 18 janvier 2006 et 8 novembre 2006.

Sur proposition de la commission, des spécialistes du terrain ont également été invités pour une audition. On trouvera en annexe le rapport de l'audition organisée le 8 mars 2006 en présence du Dr Luc Proot (chirurgie générale, pédiatrique et vasculaire, AZ Sint-Jan AV), du Dr Fabienne Liebens (vice-présidente de l'ASBL Europa Donna Belgium, Coalition européenne contre le cancer du sein), du Dr Birgit Carly (déléguée européenne auprès de l'ASBL Europa Donna Belgium, Coalition européenne contre le cancer du sein), du Dr Jean-Marie Nogaret (Institut Jules Bordet, Chirurgie mammaire et pelvienne), du Prof. Simon Van Belle (chef du service d'oncologie médicale de l'UZ Gent et président du Collège d'oncologie) et du prof. Dr Patrick Neven (chef de clinique adjoint, Multidisciplinair Borstcentrum, UZ Leuven).

II. EXPOSÉ INTRODUCTIF

M. Roelants du Vivier, auteur de la proposition de résolution, renvoie aux développements de celle-ci. La résolution entend demander au gouvernement d'intervenir plus activement contre le cancer du sein et d'entreprendre des actions afin d'organiser davantage de dépistages du cancer du sein, notamment chez les femmes âgées de 40 à 49 ans. Il convient également d'améliorer l'efficacité des méthodes de dépistage actuelles.

L'intervenant constate que certaines études remettent encore en cause l'utilité du dépistage systématique du cancer du sein dans la tranche d'âge des 40 à 49 ans. Le rapport « Dépistage du cancer du sein » du Centre fédéral d'expertise des soins de santé affirme qu'« aucune étude de bonne qualité n'a pu montrer un bénéfice significatif du dépistage dans la population des femmes de 40 à 49 ans ». Toujours selon ce rapport, l'Agence nationale (française) d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et le guide de pratique clinique canadien relatif à ce sujet concluent qu'en l'absence de données probantes, les données manquent pour recommander un test de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans.

Certains pays ont pourtant instauré un dépistage systématique à partir de cette tranche d'âge. De plus, le nombre de cancers du sein augmente fortement entre 40 et 49 ans. Grâce aux nouvelles techniques, il est d'ailleurs possible de réaliser des mammographies de qualité chez les femmes de cette tranche d'âge, bien que leur poitrine ait une densité différente.

À ce propos, l'auteur propose d'organiser en commission quelques auditions de spécialistes en la matière, afin de pouvoir débattre en connaissance de cause la résolution à l'examen.

heid, tijdens haar vergaderingen van 8 juni 2005, 18 januari 2006 en 8 november 2006.

Op voorstel van de commissie werden tevens specialisten van het terrein uitgenodigd voor een hoorzitting. Het verslag van de hoorzitting van 8 maart 2006 in aanwezigheid van dr. Luc Proot (algemene, kinder- en vaatheelkunde, AZ Sint-Jan AV), dr. Fabienne Liebens (ondervoorzitter, Europa Donna Belgium VZW, Europese Borstkanker Coalitie), dr. Birgit Carly (Europees afgevaardigde, Europa Donna Belgium VZW, Europese Borstkanker Coalitie), dr. Jean-Marie Nogaret (Jules Bordet Instituut, Kliniek voor borst- en pelvisheelkunde), prof. Simon Van Belle (diensthoofd medische oncologie, UZGent en voorzitter van het College voor oncologie) en prof. dr. Patrick Neven (adjunct-kliniekhoofd, Multidisciplinair Borstcentrum, UZ Leuven) vindt u als bijlage.

II. INLEIDENDE UITEENZETTING

De heer Roelants du Vivier, indiener van het voorstel van resolutie, verwijst naar de schriftelijke toelichting van het voorstel van resolutie. Het doel van de resolutie is de regering te verzoeken om op meer actieve wijze op te treden tegen borstkanker en acties te ondernemen opdat er meer borstkankerscreenings zouden worden georganiseerd, met name voor vrouwen van 40 tot 49 jaar. Ook de doeltreffendheid van de reeds bestaande opsporingsmethodes dient verhoogd te worden.

Hij stelt vast dat er in de literatuur nog steeds discussie is over het nut van de systematische opsporing van borstkanker in de leeftijdsgroep van 40 tot 49 jaar. Het rapport « Borstkankerscreening » van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg stelt dat « geen enkele studie van hoge kwaliteit kan aantonen dat borstkankerscreening van vrouwen van 40 tot 49 jaar voordelig is ». Nog steeds volgens het rapport concluderen, bij gebrek aan harde gegevens, het Franse Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) en de Canadese guidelines terzake dat er onvoldoende gegevens zijn om vrouwen van 40 tot 49 jaar een screeningstest aan te bevelen.

Sommige landen hebben echter een systematische opsporing vanaf die leeftijd ingevoerd. Bovendien stijgt het aantal borstkanker sterk tussen de leeftijd van 40 en 49 jaar. Door de nieuwe technieken is het overigens mogelijk de borsten van vrouwen in deze leeftijdsgroep goed te onderzoeken, ondanks hun andere densiteit.

Spreeker stelt voor om hierover in de commissie enkele hoorzittingen te organiseren met specialisten in deze aangelegenheid, die moeten toelaten dat het debat over deze resolutie met de nodige kennis van zaken zou gebeuren.

III. DISCUSSION

M. Vankrunkelsven souligne que la politique de prévention sanitaire est une compétence relevant des communautés. Par conséquent, il faudra recourir à un accord de coopération entre les autorités fédérales et les communautés. De plus, l'expérience personnelle de l'intervenant lui a appris que dans la pratique, 60 % seulement du groupe cible se soumet dans le meilleur des cas à une mammographie, bien que l'objectif soit de 80 %. Il estime, par conséquent, qu'il faut tout d'abord prendre des mesures pour atteindre réellement le groupe cible existant avant d'étendre celui-ci. Les chiffres obtenus par un certain nombre de communes sont excellents, mais ces bons résultats sont loin d'être généralisés. Dès lors, il reste encore beaucoup à faire dans le groupe déjà soumis au dépistage actuellement.

Si le groupe cible était élargi, il faudrait aussi augmenter la fréquence du dépistage par rapport à ce qui se fait actuellement. Une mammographie annuelle semble indiquée chez les femmes d'un âge moins avancé. En effet, le tissu des femmes entre 40 et 50 ans est beaucoup plus dense que celui de leurs aînées ce qui complique dès lors le dépistage de tumeurs éventuelles. Le risque de faux positif s'en trouve sensiblement accru.

En outre, la pertinence d'un dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 et 50 ans divise le monde scientifique. Au lieu de demander aux pouvoirs publics de prendre des mesures, il conviendrait de demander aux scientifiques d'émettre un avis unanime sur cette matière. Aussi l'intervenant propose-t-il d'écrire une lettre aux universités sollicitant leur avis sur ce point.

L'intervenant propose de supprimer le point 1 de la résolution et d'indiquer au point 2 qu'il faut suivre les évolutions technologiques et épidémiologiques dans la perspective d'un élargissement éventuel du groupe cible. De cette manière, il est demandé au gouvernement d'agir immédiatement sur la base de l'analyse scientifique. Au point 4, il faut surtout selon lui plaider en faveur d'une évaluation de l'accord en place et, le cas échéant de son amélioration.

Il constate que les conclusions du rapport du Centre fédéral d'expertise vont dans le sens de ne pas imposer un dépistage systématique à partir de 40 ans. Celui-ci ne présenterait pas de bénéfices, mais au contraire des inconvénients. L'auteur de la proposition évoque d'autres points de vue dans la littérature mais il faut être circonspect : parmi la multitude d'études publiées, beaucoup sont réalisées pour servir les intérêts d'industries qui ont tout à gagner d'une extension du dépistage. Or, on peut considérer que le Centre d'expertise a travaillé avec le maximum d'objectivité

III. BESPREKING

De heer Vankrunkelsven wijst erop dat het preventief beleid inzake gezondheid tot de bevoegdheid van de gemeenschappen behoort. Er zal dus moeten gewerkt worden met een samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid en de gemeenschappen. Uit eigen ervaring weet spreker bovendien dat, waar het streefdoel is dat 80 % van de beoogde doelgroep een mammografie laat uitvoeren, dit percentage in de praktijk in het beste geval slechts 60 % bedraagt. Hij meent dan ook dat, alvorens de doelgroep uit te breiden, eerst maatregelen moeten worden genomen opdat de bestaande doelgroep daadwerkelijk wordt bereikt. Een aantal gemeenten haalt uitstekende cijfers, maar in het merendeel van de gemeenten is dat niet het geval. Er is dus zeker nog heel wat werk voor de boeg in de groep die nu reeds wordt gescreend.

Wanneer de doelgroep zou worden uitgebreid, moet de screening ook frequenter gebeuren dan nu het geval is. Bij jongere vrouwen lijkt een jaarlijkse mammografie aangewezen omdat bij vrouwen tussen 40 en 50 jaar het weefsel veel dichter is dan bij oudere vrouwen en mogelijke gezwellen derhalve moeilijker kunnen worden opgespoord. Het gevaar op een valse positieve uitslag is dan ook veel groter.

Bovendien is de wetenschappelijke wereld verdeeld over de zin van borstkankerscreenings bij vrouwen tussen 40 en 50 jaar. Eerder dan aan de overheid vragen om stappen te zetten, lijkt het aangewezen om aan de wetenschappers te vragen om een eensgezind advies uit te brengen over deze materie. Hij stelt dan ook voor om aan de universiteiten een brief te schrijven, waarin hun mening wordt gevraagd over deze aangelegenheid.

Spreker stelt voor om punt 1 van de resolutie te schrappen en om in punt 2 aan te stippen de technologische en epidemiologische ontwikkelingen op te volgen met het oog op een eventuele uitbreiding van de doelgroep. Op deze wijze wordt de regering verzocht om onmiddellijk op te treden op basis van de wetenschappelijke analyse. In punt 4 moet er volgens spreker vooral voor worden gepleit om het bestaande akkoord te evalueren en desgevallend te verbeteren.

Hij stelt vast dat de conclusies van het verslag van het Federaal Kenniscentrum geen systematische opsporing vanaf 40 jaar voorstaan. De opsporing zou geen voordelen maar integendeel nadelen inhouden. De indiener van het voorstel haalt andere standpunten uit de literatuur aan, maar stelt dat er omzichtig mee moet worden omgegaan : heel wat van de studies zijn uitgevoerd om de belangen te dienen van bedrijven die er baat bij hebben dat de opsporing wordt uitgebreid. Men kan er wel van uitgaan dat het Kenniscentrum zo objectief mogelijk tewerk is gegaan en de gegevens

en rassemblant les résultats d'études importantes réalisées sur le sujet.

Il faut donc oser admettre que l'extension du dépistage systématique n'est pas recommandée pour le moment, même si, dans quelques années, avec l'évolution des technologies, on pourra peut-être défendre l'opinion inverse.

Par contre, le membre retient du rapport du Centre fédéral d'expertise qu'il ouvre la porte à un dépistage systématique au-delà de 70 ans, en tout cas pour les femmes qui sont en bonne santé et qui ont encore une espérance de vie d'au moins 10 à 15 ans. Il propose dès lors de formuler la proposition de résolution de manière plus générale pour inviter le gouvernement à envisager l'extension du dépistage à d'autres groupes d'âge, en fonction des données fournies par la littérature. Pour lui, cette extension devrait concerner les femmes de 70 à 74 ans.

Pour toutes ces raisons, M. Vankrunkelsven dépose plusieurs amendements dans le but d'ouvrir la porte à d'autres groupes cibles. Il souhaite retirer l'amendement n° 2 visant à supprimer le considérant M, mais désire maintenir l'amendement n° 3, qui tend à supprimer le considérant N, parce qu'il estime qu'il y a effectivement une différence anatomique et clinique entre les femmes d'un certain âge et les femmes plus âgées.

Mme Van de Castele remercie M. Roelants du Vivier d'avoir, en tant qu'homme, déposé une résolution sur la problématique du cancer du sein.

Elle rappelle que le souci d'un meilleur enregistrement des cancers a déjà été abordé lors de l'examen d'une proposition de résolution concernant les mélanomes. Sur le fond, les soins de santé préventifs relèvent de la compétence des communautés. La commission du Sénat peut néanmoins constater qu'il existe dans la pratique des différences considérables entre les deux communautés, et elle peut tirer la sonnette d'alarme. En ce qui concerne l'aspect scientifique de la problématique, l'intervenante soutient la demande d'une analyse approfondie avant de demander aux pouvoirs publics de faire certains efforts. Elle souligne que de plus en plus de femmes — principalement des femmes sans enfants — sont également confrontées au cancer du sein après l'âge de 69 ans et que sur ce plan, le groupe cible actuel est mal délimité.

La sénatrice est également d'avis que la prévention s'organise le mieux en première ligne car un médecin traitant connaît ses patientes, sait lesquelles courent le plus de risques et lesquelles ont besoin d'un suivi rapproché. La proposition de résolution est intéressante dans la mesure où elle attire l'attention sur la nécessité d'un suivi et l'importance de continuer à rassembler des données épidémiologiques. L'accent doit être mis aussi sur le soutien à la recherche fondamentale pour améliorer encore la prévention.

van belangrijke studies over het onderwerp heeft verzameld.

Men moet dus durven toegeven dat een uitgebreide systematische opsporing momenteel niet raadzaam is, al kan in de toekomst dankzij de technologische vooruitgang misschien het omgekeerde worden gesteld.

Het lid onthoudt uit het verslag van het Federaal Kenniscentrum dat systematische opsporing vanaf 70 jaar wel nuttig is, toch voor vrouwen die nog in goede gezondheid verkeren en een levensverwachting van 10 tot 15 jaar hebben. Hij stelt dan ook een meer algemene verwoording van het voorstel van resolutie voor, om de regering uit te nodigen de opsporing voor andere leeftijdsgroepen uit te breiden naar gelang van de gegevens uit de literatuur. Volgens hem moet die uitbreiding betrekking hebben op vrouwen tussen 70 en 74 jaar.

Om deze redenen dient de heer Vankrunkelsven een aantal amendementen in, die een opening moeten bieden naar andere doelgroepen. Amendement nr. 2, dat ertoe strekt considerans M te laten vervallen, wenst hij in te trekken, maar amendement nr. 3 dat er toe strekt considerans N te doen vervallen wenst hij te behouden omdat hij meent dat er wel degelijk een anatomisch en klinisch verschil is tussen de jongere en oudere vrouwen.

Mevrouw Van de Castele dankt de heer Roelants du Vivier omdat hij als man over de problematiek van de borstkanker een resolutie heeft ingediend.

Zij herinnert eraan dat een betere registratie van kankers reeds aan bod is gekomen naar aanleiding van de bespreking van een voorstel van resolutie inzake melanomen. Ten gronde, behoort de preventieve gezondheidszorg tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Wel kan de Senaatscommissie vaststellen dat er in de praktijk grote verschillen blijken te bestaan tussen beide gemeenschappen en aan de alarmbel trekken. Wat de wetenschappelijke kant van de zaak betreft, steunt spreekster de vraag naar een grondige analyse alvorens aan de overheid te vragen om bepaalde inspanningen te doen. Zij wijst erop dat meer en meer vrouwen — vooral vrouwen die geen kinderen hebben — ook na 69 jaar met borstkanker worden geconfronteerd en dat de afbakening van de huidige doelgroep ook op dit vlak ten onrechte is.

Het lid meent eveneens dat preventie het best in de eerstelijnszorg wordt georganiseerd: een behandelende arts kent zijn patiëntes, weet wie het meeste risico loopt en wie van nabij moet worden gevolgd. Het voorstel van resolutie is interessant omdat het er de aandacht op vestigt dat het volgen en verzamelen van epidemiologische gegevens nodig is. De nadruk moet dus liggen op steun voor fundamenteel onderzoek om tot betere preventie te komen.

Enfin, elle fait référence aux chiffres publiés récemment par la ministre Vervotte dans le cadre de l'enquête générale de santé des Flamands, d'où il ressort que des efforts supplémentaires en la matière devraient certainement encore contribuer à sauver des vies. Le législateur fédéral ne peut évidemment qu'inviter les communautés à accorder plus d'attention à la prévention. En ce qui concerne l'étude scientifique, le rapport du Centre d'expertise constitue déjà un signal intéressant.

M. Beke souscrit à la remarque selon laquelle la prévention constitue, dans une large mesure, une compétence communautaire; il souhaiterait pouvoir disposer d'une évaluation de la collaboration existante entre les autorités fédérales et les communautés dans ce domaine avant que soit créé un nouvel accord de coopération. Cela permettrait de voir dans quelle mesure les différences entre régions en matière de dépistage du cancer du sein seraient liées à la politique de prévention privilégiée par les différentes communautés.

L'intervenant souhaiterait en outre obtenir une vue d'ensemble du coût des différentes mesures, en ce qui concerne à la fois les dépenses et les économies envisageables dans le cadre de la politique de prévention. Il souhaiterait également qu'on puisse disposer d'un avis scientifique plus univoque avant de demander aux autorités d'assumer de nouvelles obligations.

M. Beke nuance les chiffres positifs qui sont évoqués en Flandre en soulignant que trop de communes enregistrent encore des résultats déplorable. Il se dit de plus en plus convaincu qu'une bonne politique de santé préventive n'est possible que si les prestataires de soins peuvent travailler correctement au niveau local et communal, de préférence avec le soutien financier des pouvoirs publics. Les chiffres montrent que les bons résultats sont obtenus dans les communes où existe déjà une telle coopération. L'intervenant insiste sur la nécessité d'une participation accrue des acteurs locaux que sont les médecins généralistes, les pharmaciens, les soignants et autres professionnels de la santé.

M. Germeaux évoque le voyage d'étude en Nouvelle-Zélande, pays où près de 70 % des femmes de 50 à 59 ans se soumettent à une mammographie et où l'on a été fort déçu de constater que ce pourcentage n'était que de 48 % chez les Maoris, un chiffre pourtant supérieur à la moyenne observée en Flandre. Il faut dès lors commencer par attirer l'attention du groupe cible actuel sur cette nécessité et tout mettre en œuvre pour optimiser les chiffres chez nous. La pratique nous enseigne que cela ne sera pas chose aisée et qu'une sensibilisation en la matière est absolument indispensable.

Une femme qui procéderait régulièrement à une auto-palpation de ses seins, qui serait attentive à l'état

Zij verwijst ten slotte naar de cijfers die recent door minister Vervotte werden openbaar gemaakt naar aanleiding van de algemene gezondheidsenquête van de Vlamingen, en waaruit blijkt dat bijkomende inspanningen zeker nog kunnen leiden tot het redden van levens. Uiteraard kan de federale wetgever de gemeenschappen enkel vragen om meer aandacht aan preventie te besteden. Op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek is het rapport van het Kenniscentrum alvast een goed signaal.

De heer Beke sluit zich aan bij de opmerking dat preventie in grote mate een gemeenschapsbevoegdheid is en wenst een evaluatie van de bestaande samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen op dit vlak, alvorens een nieuw samenwerkingsverband te creëren. Dit zou kunnen aantonen in welke mate de verschillen in borstkankerscreening tussen de regio's te maken heeft met het beleid inzake preventie in de verschillende gemeenschappen.

Spreker wenst bovendien een zicht te krijgen van de kostprijs van de verschillende maatregelen, zowel wat de uitgaven betreft als wat de mogelijke besparing is van het preventiebeleid. Ook pleit hij voor een meer eenduidig wetenschappelijk advies alvorens aan de overheid te vragen nieuwe verplichtingen op zich te nemen.

De heer Beke nuanceert de goede cijfers die in Vlaanderen worden gehaald door er op te wijzen dat te veel gemeenten nog steeds erbarmelijk scoren. Hij is er steeds meer van overtuigd dat een goed preventief gezondheidsbeleid enkel kan worden gerealiseerd door een goede werking van de lokale gemeentelijke gezondheidsverstrekkers, hierin hopelijk financieel gestimuleerd door de overheid. De cijfers tonen aan dat de goede resultaten behaald worden in de gemeenten waar dergelijk samenwerking reeds bestaat. Hij dringt aan op een grotere betrokkenheid van de lokale actoren, zoals de huisartsen, de apothekers, de verzorgers en andere gezondheidswerkers.

De heer Germeaux verwijst naar de studiereis naar Nieuw-Zeeland, waar is gebleken dat bijna 70 % van de vrouwelijke bevolking tussen 50 en 59 jaar zich aanbiedt voor een mammografie en waar men zeer ontgoocheld is dat dit cijfer bij de Maori-bevolking slechts 48 % was. Dit cijfer ligt echter hoger dan het gemiddelde in Vlaanderen. Men moet hier dan ook eerst werk maken van het activeren van de bestaande doelgroep op dit vlak en trachten hier tot optimale cijfers te komen. De praktijk leert dat dit zeer moeilijk is en dat sensibilisering absoluut vereist is.

Een vrouw die regelmatig zelf haar borsten onderzoekt, aandacht besteedt aan de toestand van haar

de sa peau, qui ne fumerait pas et qui, tous les deux ans, subirait un examen du col de l'utérus, exclurait 98 % des risques de cancer. Pour cette raison, le membre est un adversaire de la médecine hyperspécialisée qui isolerait chaque type de cancer. Selon lui, la prévention doit relever de la première ligne, elle dépend étroitement de la sensibilisation du public et elle ne doit pas être régie par une loi.

Mme De Roeck plaide, elle aussi, en faveur d'une information et d'une sensibilisation accrues, points sur lesquels la pratique actuelle laisse à désirer. Elle partage l'avis d'un intervenant précédent qui a estimé qu'il serait souhaitable de réaliser une enquête scientifique sérieuse et d'engager le débat sur la proposition de résolution à la lumière des réponses obtenues.

Mme Bouarfa rappelle que, d'après certains scientifiques, le facteur « stress » joue un rôle majeur lors d'une mammographie et peut donner une image faussée de la réalité. Il y a aussi des femmes qui refusent de se soumettre au dépistage parce qu'elles ont peur, ce qui, à son tour, accroît sensiblement les risques d'apparition d'un cancer. On ne sait pas non plus très bien quel est l'impact des rayons X sur le développement de cancers. On pourrait éventuellement neutraliser leurs retombées négatives par le port de vêtements spéciaux. En outre, l'examen doit avoir lieu à un moment bien défini du cycle, ce qui le rend quand même fastidieux pour la femme.

Nombreuses aussi sont les femmes qui ne se soumettent pas aux dépistages du cancer du sein parce qu'elles préfèrent ne pas savoir si elles sont atteintes ou non et qu'il n'y a de toute façon qu'un cancer sur deux qui est guérissable. Il faut entamer un dialogue avec ce groupe.

Mme De Schamphelaere fait remarquer que la manière dont les considérants de la proposition de résolution ont été rédigés traduit en la mettant en exergue sa vision de la politique de la santé en tant que matière personnalisable. Elle est d'avis que la santé publique dans son intégralité est une matière qui relève de la compétence des communautés. En effet, on peut d'autant mieux organiser la prévention que l'on connaît les mesures à prendre au niveau de l'assurance maladie afin de traiter certains patients plus efficacement. Il faudrait que tout passe par une seule et même autorité, et comme, de l'avis de l'intervenante, il s'agit d'une matière personnalisable, ce sont les communautés qu'il faut doter de cette compétence.

M. Brotchi confirme que les radiographies comportent un risque pour les jeunes enfants mais qu'il n'y a pas de problèmes pour les adultes. Parfois, on constate qu'une radiothérapie a provoqué l'apparition d'une tumeur après dix ou quinze ans mais il n'existe aucune donnée permettant d'affirmer qu'une mammographie causerait des cancers du sein.

huid, niet rookt en om de twee jaar een onderzoek van de baarmoederhals laat uitvoeren, zou het risico op kanker voor 98 % uitsluiten. Daarom is het lid gekant tegen hypergespecialiseerde geneeskunde waarbij iedere soort kanker volstrekt apart wordt bekeken. Preventie maakt volgens hem deel uit van de eerstelijnszorg, hangt nauw samen met bewustmaking van het publiek en moet niet in een wet worden geregeld.

Mevrouw De Roeck pleit eveneens voor een doorgedreven informatie en sensibilisering. De huidige praktijk schiet tekort op dit vlak. Zij treedt een vorige spreker bij die heeft gepleit voor een gedegen wetenschappelijke bevraging en op basis van het antwoord het debat over het voorstel van resolutie aan te vatten.

Mevrouw Bouarfa herinnert eraan dat, volgens sommige wetenschappers, de stress-factor bij een mammografie een belangrijke rol speelt en een vertekend beeld kan geven. Andere vrouwen gaan niet naar een screening omdat ze angst hebben, wat dan weer de kans op het ontwikkelen van een kanker sterk verhoogt. De impact van X-stralen op de ontwikkeling van kankers is evenmin duidelijk. Eventueel kan men de negatieve invloed ervan weren door het dragen van bijzondere kleding. Bovendien dient het onderzoek plaats te vinden op een bepaald ogenblik in de cyclus, wat een en ander toch lastig maakt voor een vrouw.

Vele mensen blijven ook weg van borstkankerscreenings omdat ze verkiezen om niet te weten of ze al dan niet een kanker hebben ontwikkeld en hoe dan ook slechts één kanker op twee te genezen valt. Met deze groep moet een dialoog worden opgestart.

Mevrouw De Schamphelaere merkt op dat de wijze waarop de overwegingen bij het voorstel van resolutie zijn geredigeerd haar visie op het gezondheidsbeleid als een persoonsgebonden materie onderlijnt en benadrukt. Het geheel van de volksgezondheid dient volgens spreekster een aangelegenheid te zijn waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn. De preventie kan immers des te beter worden georganiseerd wanneer men beseft welke maatregelen in de ziekteverzekering nodig zijn om bepaalde patiënten beter te behandelen. Alles dient door dezelfde overheid te gebeuren en, vermits het volgens spreekster een persoonsgebonden materie betreft, dienen de gemeenschappen deze bevoegdheid te krijgen.

De heer Brotchi bevestigt dat het nemen van radiografieën een risico inhoudt voor kleine kinderen. Voor volwassenen zijn er geen problemen. Soms komt men tot de vaststelling dat een radiotherapie na 10 of 15 jaar een tumor veroorzaakt heeft, maar er zijn geen gegevens over het feit dat een mammografie zou aanleiding geven tot borstkanker.

S'il comprend que certaines femmes préfèrent ne pas savoir si elles sont malades ou pas, il tient quand même à souligner que lorsqu'un cancer du sein est détecté à temps par le biais d'un dépistage, les chances de survie augmentent considérablement et qu'il est même possible de sauver le sein atteint chez la femme concernée. Les chances de guérison sont de neuf sur dix.

C'est pourquoi M. Brotchi soutient la proposition de résolution, qui traduit, selon lui, une vision correcte de la santé publique. Enfin, il attire aussi l'attention sur les économies qui pourraient être réalisées du fait que de coûteux traitements contre le cancer pourraient être évités.

Mme Zrihen met l'accent sur la différence qu'il y a entre la prévention et le dépistage. La prévention doit viser toutes les femmes, quel que soit leur âge. Toutes doivent savoir qu'il y a certains facteurs de risque qui peuvent contribuer à l'apparition d'un cancer du sein. Le dépistage, en revanche, doit être davantage ciblé de manière à pouvoir atteindre certains groupes à risque. Il est tout aussi essentiel de garantir l'accessibilité du dépistage pour les femmes. Une femme a beau être consciente de la nécessité de se faire examiner, encore faut-il qu'elle ait une mobilité suffisante pour pouvoir se rendre dans un centre de dépistage.

Mme Van de Castele admet qu'il est important de mener un mode de vie sain, mais elle tient à souligner qu'il y a bien d'autres facteurs qui entrent en jeu, comme l'héritage génétique de chaque femme, par exemple. Il y a malheureusement de très nombreuses femmes qui vivent sainement mais qui sont atteintes malgré tout d'un cancer du sein, même à un âge précoce. Il est donc capital de poursuivre la recherche sur le cancer du sein.

En ce qui concerne le dépistage, il importe effectivement de faire intervenir les prestataires de soins de première ligne. Malheureusement, lorsque la campagne a été lancée, tous les prestataires de soins n'étaient pas convaincus qu'il soit utile de faire stationner par exemple un mammobile sur les places des villages de manière à atteindre davantage de femmes. Ils considéraient cela comme de la concurrence. Heureusement, de nos jours, tout le monde est persuadé que l'examen doit être accessible au plus grand nombre.

M. Roelants du Vivier estime, en tant que sénateur de communauté, que le Sénat doit aussi servir de lieu de rencontre entre les communautés. De manière générale, il importe de mettre en œuvre une politique de santé efficace aussi bien sur le plan tant curatif que sur le plan préventif. Il est souhaitable que l'autorité fédérale et les communautés collaborent efficacement dans ce domaine.

Il rappelle que l'État fédéral, les Communautés et les Régions ont signé un protocole d'accord pour la

Alhoewel hij begrip heeft voor het feit dat sommige vrouwen ervoor kiezen om niet te weten of ze al dan niet ziek zijn, onderstreept hij dat het tijdig opsporen via een borstkankerscreening de kans op overleven sterk vergroot en zelfs de aangetaste borst van de betrokken vrouw kan redden. Zij heeft 9 kansen op 10 om te genezen.

Daarom steunt de heer Brotchi het voorstel van resolutie, dat volgens hem getuigt van een goede visie op de volksgezondheid. Hij wijst ten slotte ook op het besparend effect, dat ontstaat doordat dure kankerbehandelingen kunnen worden vermeden.

Mevrouw Zrihen wijst op het verschil tussen preventie en opsporing. Preventie moet zich richten op alle vrouwen, ongeacht hun leeftijd. Zij moeten er allemaal op gewezen worden dat bepaalde risicofactoren kunnen bijdragen tot het ontstaan van borstkanker. De opsporing daarentegen moet meer doelgericht streven naar het bereiken van bepaalde risicogroepen. Even belangrijk is de bereikbaarheid van de opsporing voor de vrouwen. Zij zijn zich misschien wel bewust van het feit dat zij zich moeten laten onderzoeken, maar moeten ook nog mobiel genoeg zijn om zich naar een onderzoekscentrum te kunnen begeven.

Mevrouw Van de Castele is het ermee eens dat een gezonde levensstijl belangrijk is, maar er mag niet uit het oog worden verloren dat nog veel andere factoren meespelen, bijvoorbeeld de genetische erfenis van elke vrouw. Er zijn jammer genoeg zeer veel vrouwen die gezond leven, maar toch door borstkanker worden getroffen, zelfs op jonge leeftijd. Het is dus zeer belangrijk dat het onderzoek naar borstkanker wordt verder gezet.

Voor de opsporing is het inderdaad belangrijk dat de eerstelijns gezondheidsverstrekkers worden ingeschakeld. Jammer genoeg waren niet alle hulpverstrekkers in het begin van de campagne overtuigd van het nut om bijvoorbeeld een mammobile op de dorpspleinen te laten parkeren en op die manier meer vrouwen te bereiken. Zij zagen dit als concurrentie. Gelukkig is iedereen er nu van overtuigd dat de drempel naar het onderzoek zo laag mogelijk moet worden gehouden.

De heer Roelants du Vivier meent, als gemeenschapssenator, dat de Senaat ook als ontmoetingsplaats tussen de gemeenschappen dient te fungeren. Het is belangrijk om in het algemeen een goed gezondheidsbeleid te voeren, zowel op het curatieve als op het preventieve vlak. Een degelijke samenwerking tussen de federale overheid en de gemeenschappen is in dit dossier aangewezen.

Hij wijst erop dat de federale Staat, de gemeenschappen en de gewesten een protocolakkoord hebben

mise en place d'un dépistage systématique du cancer, organisé selon les critères européens. Le dépistage est gratuit pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, lorsqu'il est effectué dans des centres agréés répondant à des critères de qualité. Le rapport 2005 du Centre fédéral d'expertise des soins de santé porte sur l'actualisation des connaissances scientifiques en termes de dépistage systématique du cancer du sein chez les femmes qui n'ont aucune raison particulière de subir un tel examen. Le rapport a actualisé les données sur cinq points : les bénéfices et les effets négatifs du dépistage systématique, les conditions pour un dépistage optimal pour les femmes de 50 à 69 ans, l'opportunité d'un dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans, l'âge auquel stopper le dépistage, l'apport éventuel d'autres techniques pour le dépistage du cancer du sein.

Il trouve aussi qu'il faut procéder à une évaluation convenable de la pratique existante des mammographies avant de recommander un éventuel élargissement du groupe d'âge. Les chiffres de la Wallonie et de Bruxelles sont d'ailleurs encore inférieurs à ceux de la Flandre et il reste donc beaucoup à faire au sein des groupes cibles actuels. Améliorer l'efficacité des contrôles actuels doit bien sûr être une priorité. L'orateur souligne par ailleurs qu'il importe que la résolution soit votée, fût-ce sous une forme amendée. Il faut qu'une autorité, en l'occurrence le Sénat, souligne clairement l'utilité des dépistages du cancer du sein. Il faudra bien entendu vérifier l'impact budgétaire de l'élargissement du groupe cible.

Selon de nombreux spécialistes, le critère de la densité du sein n'est plus pertinent en raison de l'évolution des techniques. Aucune raison biologique ne justifie que les glandes changent entre 40 et 50 ans. Les femmes jeunes représentent 30 % de la population touchée par le cancer du sein.

En outre, le dépistage organisé à partir de 50 ans donne l'impression aux femmes qu'elles ne risquent rien avant cet âge. Plus tôt elles sont prises en charge, plus il y a de chances qu'elles continuent à effectuer ce dépistage systématique. D'après la littérature, un dépistage systématique dès 40 ans permettrait de réduire la mortalité de 20 % chez les femmes de 40 à 49 ans.

L'orateur cite un article paru dans un journal bruxellois, dans lequel une sénologue de l'Institut Bordet affirme qu'il faut se soumettre au dépistage à partir de 40 ans. Elle ajoute qu'elle « défie un spécialiste de distinguer des clichés d'une population de 40 ou de 50 ans. Il n'existe aucune raison biologique qui justifie que les glandes changent tout à coup. Par ailleurs, les femmes qui suivent une hormonothérapie de substitution densifient la glande,

gesloten over systematische opsporing volgens de Europese criteria. Opsporing is gratis voor vrouwen tussen 50 en 69 in erkende centra die voldoen aan de kwaliteitscriteria. Het verslag 2005 van het Federaal Kenniscentrum heeft betrekking op de actualisering van wetenschappelijke kennis inzake systematische opsporing van borstkanker bij vrouwen die geen enkele bijzondere reden hebben om een dergelijk onderzoek te ondergaan. Het verslag heeft actuele gegevens verstrekt over vijf punten : voor- en nadelen van systematische opsporing, voorwaarden voor optimale opsporing bij vrouwen tussen 50 en 69, opportuniteit van systematische opsporing bij vrouwen tussen 40 en 49, leeftijd waarop opsporing kan worden stopgezet en eventuele inbreng van andere technieken voor opsporing van borstkanker.

Hij is eveneens akkoord met een degelijke evaluatie van de bestaande praktijk inzake mammografieën alvorens een eventuele uitbreiding van de leeftijdsgroep aan te bevelen. De cijfers in Wallonië en Brussel liggen trouwens nog lager dan in Vlaanderen en er is dus nog veel werk voor de boeg in de huidige doelgroepen. De doeltreffendheid van de huidige controle verbeteren moet inderdaad een prioriteit zijn. Hij benadrukt vervolgens het belang van de goedkeuring van de, eventueel geamendeerde, resolutie. Het is belangrijk dat een overheid — *in casu* de Senaat — duidelijk onderstreept dat de borstkankerscreenings wel degelijk zin hebben. Vanzelfsprekend moet worden nagegaan welke de budgettaire impact is van de uitbreiding.

Volgens heel wat specialisten is het criterium van de dichtheid van het borstweefsel door de technische evolutie niet langer zinvol. Er is geen enkele biologische reden waarom klieren tussen 40 en 50 jaar zouden veranderen. Borstkanker treft in 30 % van de gevallen jonge vrouwen.

Opsporing vanaf 50 jaar wekt bovendien de indruk dat vrouwen tot die leeftijd niets te vrezen hebben. Hoe sneller zij begeleid worden, hoe groter de kans dat zij deze systematische opsporing zullen voortzetten. Volgens de literatuur zou systematische opsporing vanaf 40 jaar het sterftecijfer bij vrouwen tussen 40 en 49 jaar met 20 % verlagen.

Spreker citeert een artikel in een Brusselse krant waarin een specialist van het Bordet Instituut bevestigt dat opsporing nodig is vanaf 40 jaar. Zij voegt eraan toe dat zij « défie un spécialiste de distinguer des clichés d'une population de 40 ou de 50 ans. Il n'existe aucune raison biologique qui justifie que les glandes changent tout à coup. Par ailleurs, les femmes qui suivent une hormonothérapie de substitution densifient la glande, ce qui fait qu'elle reste blanche à la

ce qui fait qu'elle reste blanche à la mammographie et peut occulter une tumeur. Il n'y a pas de corrélation entre la palpation clinique et l'image radiologique. Si la mammographie constitue l'examen de base, l'échographie doit trouver sa place.»

Enfin, M. Roelants du Vivier dépose un amendement visant à actualiser le texte de la résolution. Ce ne sont en effet pas 5 000, mais bien 8 000 nouveaux cas de cancer du sein qui sont diagnostiqués chaque année. Cette augmentation est due bien sûr en partie à l'amélioration du dépistage.

M. Demotte, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, avoue qu'il ignore si des éléments scientifiques suffisants attestent une perte de densité du tissu mammaire entre 40 et 49 ans, mais d'après les sources dont il dispose, il y aurait, statistiquement, chez les femmes jeunes plus de problèmes qui seraient liés à la densité du tissu mammaire. En outre, chez ces femmes, l'usage des outils de diagnostic offrirait plus de risques qu'il n'apporte de bénéfices, ce que confirme le rapport du Centre fédéral d'expertise.

À ce stade, le ministre estime donc qu'il n'y a pas d'argument scientifique suffisant pour justifier un dépistage systématique chez les femmes de 40 à 49 ans. Cela ne veut évidemment pas dire qu'un dépistage ne doit pas être prescrit dans certains cas, sur la base de l'anamnèse de la patiente.

Le ministre estime qu'il est capital d'évaluer d'abord le programme actuel. Cette évaluation doit se faire en concertation avec les communautés. Un projet d'évaluation avait été prévu, mais comme il était très onéreux, on est en train de le réexaminer afin de mieux pouvoir en cerner le coût. Le ministre espère en savoir plus à ce sujet d'ici le mois de décembre. À son estime, il serait toutefois sage d'attendre une évaluation, de manière à être bien au courant des aspects positifs et négatifs du dépistage actuel avant de l'étendre à d'autres groupes de la population. C'est pourquoi il demande de différer le vote de la résolution.

Ce n'est que grâce à l'inscription au registre du cancer que l'on connaîtra l'impact précis du programme de dépistage sur le taux de survie des patientes; on y travaille actuellement d'arrache-pied pour rattraper les retards accumulés. L'intervenant espère que les données complètes seront bientôt disponibles et que l'on pourra ainsi faire une évaluation correcte.

*
* *

mammographie et peut occulter une tumeur. Il n'y a pas de corrélation entre la palpation clinique et l'image radiologique. Si la mammographie constitue l'examen de base, l'échographie doit trouver sa place.»

Ten slotte dient de heer Roelants du Vivier een amendement in om de tekst van de resolutie te actualiseren. Er blijken immers jaarlijks geen 5 000, maar 8 000 nieuwe gevallen van borstkanker vastgesteld te worden. Deze verhoging is uiteraard gedeeltelijk ook het resultaat van een betere opsporing.

De heer Demotte, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid geeft toe dat hij niet weet of er genoeg wetenschappelijke elementen zijn om een verlies aan dichtheid van het borstweefsel tussen 40 en 49 jaar te bevestigen. Volgens zijn bronnen zouden er statistisch gezien bij jonge vrouwen wel meer problemen zijn die te maken hebben met de dichtheid van het borstweefsel. Bovendien zou het gebruik van diagnostische instrumenten bij vrouwen meer risico's inhouden dan het voordelen oplevert, wat door het verslag van het Federaal Kenniscentrum wordt bevestigd.

Momenteel is er volgens de minister dus geen afdoend wetenschappelijk argument voor een systematische opsporing bij vrouwen tussen 40 en 49 jaar. Dat betekent uiteraard niet dat er in sommige gevallen, op basis van de anamnese van de patiënt, geen opsporing kan worden voorgeschreven.

De minister meent dat het zeer belangrijk is eerst het huidige programma te evalueren. Dit moet gebeuren in overleg met de gemeenschappen. Er was een evaluatieproject voorzien, maar omdat dit zeer kostelijk wordt het opnieuw bekeken om de kostprijs beter te kunnen inschatten. De minister hoopt hierover in december meer nieuws te hebben. Hij acht het echter raadzaam een evaluatie af te wachten, en dus goed op de hoogte te zijn van de positieve en negatieve aspecten van de huidige screening, vooraleer deze uit te breiden naar andere groepen van de bevolking. Hij vraagt daarom te wachten met het stemmen over de resolutie.

De juiste impact van het screening-programma op het overleven van de patiënten zal pas duidelijk worden dankzij de registratie in het kankerregister, waar momenteel hard wordt gewerkt om de opgelopen achterstand in te halen. Hij hoopt dat de volledige gegevens weldra beschikbaar zijn om een correcte evaluatie mogelijk te maken.

*
* *

IV. VOTES

L'amendement n° 1 est adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

L'amendement n° 2 est retiré par son auteur.

L'amendement n° 3 est adopté par 8 voix et 2 abstentions.

Les amendements n^{os} 4 à 8 sont adoptés à l'unanimité des 10 membres présents.

L'ensemble de la proposition de résolution amendée relative à la prévention du cancer du sein a été adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

*
* *

Confiance a été faite au rapporteur pour la rédaction du présent rapport.

Le rapporteur,

Patrik VANKRUNKELSVEN.

La présidente,

Annemie VAN de CASTEELE.

IV. STEMMINGEN

Amendement nr. 1 wordt eenparig aangenomen door de 10 aanwezige leden.

Amendement nr. 2 wordt ingetrokken door de indiener.

Amendement nr. 3 wordt aangenomen met 8 stemmen tegen 2 onthoudingen.

De amendementen 4 tot 8 worden eenparig aangenomen door de 10 aanwezige leden.

Het geamendeerde voorstel van resolutie betreffende de preventie van borstkanker in zijn geheel wordt eenparig aangenomen door de 10 aanwezige leden.

*
* *

Vertrouwen werd geschonken aan de rapporteur voor het opstellen van dit verslag.

De rapporteur,

Patrik VANKRUNKELSVEN.

De voorzitter,

Annemie VAN de CASTEELE.

ANNEXE**Affaires sociales**

Mercredi 8 mars 2006

réunion à 10 h 15 — Salle K

Proposition de résolution relative à la prévention du cancer du sein (de M. François Roelants du Vivier, n° 3-792)

Proposition de loi visant à établir des normes de qualité pour les cliniques du sein (de M. François Roelants du Vivier, n° 3-1362)

Présidence de M. Cornil

Audition du :

— Dr Luc Proot, chirurgie générale, pédiatrique et vasculaire, AZ Sint-Jan AV;

— Dr Fabienne Liebens, vice-présidente, Europa Donna Belgium ASBL (Coalition européenne contre le cancer du sein);

— Dr Birgit Carly, *European delegate*, Europa Donna Belgium ASBL (Coalition européenne contre le cancer du sein);

— Dr Jean-Marie Nogaret, Institut Jules Bordet, Clinique chirurgie mammaire et pelvienne;

— Pr Simon Van Belle, chef de service oncologie médicale, UZGent, et président du Collège d'oncologie;

— Pr Dr Patrick Neven, chef de clinique adjoint, Multidisciplinair Borstcentrum, UZ Leuven.

M. Luc Proot. — Je voudrais mettre en évidence deux points particuliers : l'impact du dépistage et l'importance de la chirurgie dans le traitement du cancer du sein. Je précise que le terme chirurgie désigne toutes les disciplines chirurgicales concernées par la chirurgie mammaire.

Nous avons vérifié l'impact du dépistage sur la population constituée par les patientes qui ont été traitées ces trois dernières années au centre du sein de l'A.Z. Sint-Jan à Bruges.

Les chances de survie d'une patiente atteinte d'un cancer du sein dépendent du stade de la maladie au moment du diagnostic : plus le diagnostic est précoce, plus les chances de survie sont élevées. Sur le plan individuel, un dépistage précoce est donc des plus pertinents. De là est née l'idée qu'un dépistage systématique de patientes asymptomatiques est susceptible de réduire de manière drastique la mortalité consécutive à un cancer du sein dans une population déterminée.

Des études scientifiques l'ont démontré pour le groupe d'âge de 50 à 70 ans. On discute actuellement de l'opportunité d'étendre le dépistage au groupe d'âge de 40 à 49 ans.

Pour avoir un impact sur la mortalité au sein d'une population déterminée, le dépistage doit satisfaire à certaines conditions. Premièrement, la participation doit être suffisamment élevée, de 80 à 90 %. Selon la cellule fédérale pour l'évaluation du dépistage du cancer qui a procédé à une analyse des enquêtes sur la santé des années 1997 et 2001, le taux de participation en Flandre n'est que de 50 % contre 70 % à Bruxelles et 60 % en Wallonie. Nous sommes encore loin des 80 à 90 % que nous devrions atteindre pour obtenir à une réelle réduction de la mortalité consécutive à un cancer du sein.

BIJLAGE**Sociale Aangelegenheden**

Woensdag 8 maart 2006

vergadering om 10.15 uur — Zaal K

Voorstel van resolutie betreffende de preventie van borstkanker (van de heer François Roelants du Vivier, nr. 3-792)

Wetsvoorstel betreffende de invoering van kwaliteitsnormen voor de borstklinieken (van de heer François Roelants du Vivier, nr. 3-1362)

Voorzitter : de heer Cornil

Hoorzitting met :

— dr. Luc Proot, algemene, kinder- en vaatheelkunde, AZ Sint-Jan AV;

— dr. Fabienne Liebens, ondervoorzitter, Europa Donna Belgium VZW (Europese Borstkanker Coalitie);

— dr. Birgit Carly, Europees afgevaardigde, Europa Donna Belgium VZW (Europese Borstkanker Coalitie);

— dr. Jean-Marie Nogaret, Jules Bordet Instituut, Kliniek voor borst- en pelvisheelkunde;

— prof. Simon Van Belle, diensthoofd medische oncologie, UZGent, en voorzitter van het College voor oncologie;

— prof. dr. Patrick Neven, adjunct-kliniekhooft, Multidisciplinair Borstcentrum, UZ Leuven.

De heer Luc Proot. — Ik wil van deze gelegenheid gebruik maken om twee specifieke punten naar voren te brengen : een eerste in verband met de impact van screening en een tweede over het belang van de heekunde in de behandeling van borstkanker. Wanneer ik het over heekunde heb, heb ik het over alle heekundige disciplines die aan borstchirurgie doen.

Wij hebben nagegaan wat de impact van screening is geweest op de patiëntenpopulatie die de voorbije drie jaar in het borstcentrum van het A.Z. Sint-Jan te Brugge behandeld zijn.

De overlevingskans van een borstkankerpatiënte wordt bepaald door het stadium van de ziekte bij de diagnose : hoe vroeger de diagnose wordt gesteld, hoe groter de overlevingskans. Op individueel vlak is vroegtijdige opsporing dus uiterst zinnol. Hieruit is de idee gegroeid dat een systematische screening van asymptomatische patiënten de mortaliteit als gevolg van borstkanker binnen een bepaalde populatie drastisch kan doen dalen.

Wetenschappelijke studies hebben dat zeker bewezen voor de leeftijdsgroep van 50 tot 70 jaar. Nu is er discussie over het uitbreiden van de screening tot de leeftijdsgroep van 40 tot 49 jaar.

Opdat screening een impact heeft op de mortaliteit binnen een bepaalde populatie moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn. Ten eerste moet de opkomst voldoende hoog zijn, namelijk 80 tot 90 %. Uit een publicatie van de Federale Cel voor evaluatie van kankerscreening, die een analyse heeft gedaan van de gezondheidsenquêtes 1997 en 2001, blijkt dat vooral Vlaanderen slecht scoort met een opkomst van 50 %. Brussel scoort beter met een opkomst van 70 % en Wallonië zit daar tussenin met een opkomst van 60 %. We zijn evenwel nog ver van de 80 tot 90 % die we zouden moeten bereiken om een wezenlijke reductie te krijgen van de mortaliteit als gevolg van borstkanker.

Deuxièmement, l'intervalle entre les mammographies doit être suffisamment bref pour limiter le nombre de tumeurs dites d'intervalle. Pour le groupe d'âge de 50 à 70 ans, un intervalle de 24 mois est généralement admis. Pour le groupe d'âge de 40 à 50 ans, la littérature scientifique recommande un intervalle de maximum 18 mois.

Dans une première phase, l'impact du dépistage sur la population que nous avons vue dans notre centre du sein ne peut être évalué qu'indirectement. Une estimation effective de la réduction nécessite un délai de 20 à 30 ans. Nous avons vérifié s'il existe une différence, entre les patientes dépistées et les patientes non dépistées chez lesquelles un carcinome mammaire a été découvert, en ce qui concerne les facteurs pronostiques les plus importants, à savoir la taille de la tumeur (valeur T), la présence de ganglions de l'aisselle (valeur N) — lesquels ont une influence fortement négative sur la survie — et, dans une phase ultérieure, le risque de récurrence locale ou à distance.

Ces trois dernières années, nous avons vu 535 patientes.

Nos chiffres relatifs à la répartition en fonction de l'âge donnent des résultats qui diffèrent quelque peu de ceux mentionnés par les publications. Un constat important est que le plus important groupe de patientes — 53,83 % — se situe dans la catégorie d'âge de 50 à 70 ans. Le groupe des patientes de 40 à 49 ans est sensiblement plus réduit. Le nombre de patientes de la catégorie de 70 à 80 ans est plus limité, mais ne doit pas être sous-estimé.

Chez 62,15 % des patientes, le diagnostic a été posé dans un stade asymptomatique — donc à l'occasion d'un dépistage — et chez 37,85 % dans un stade symptomatique. 39,23 % de patientes se sont soumises à un dépistage à la suite d'un courrier d'invitation et 22,92 % se sont soumises à un dépistage dans un stade asymptomatique à la demande d'un médecin généraliste ou spécialiste.

Dans le groupe cible de 50 à 69 ans, 288 patientes ont été examinées. Chez les patientes dépistées dans un stade asymptomatique, on a découvert davantage de petites tumeurs et moins de tumeurs de plus de 2 cm. Chez 79,33 % de patientes asymptomatiques, les ganglions de l'aisselle n'étaient pas touchés. Chez les patientes symptomatiques, ce pourcentage était nettement inférieur, à savoir 57,80 %. Ces constatations sont d'une extrême importance.

Il est vrai que ces résultats sont préliminaires puisque l'étude est toujours en cours. Il ne fait toutefois aucun doute que le dépistage est utile, vu son impact sur les valeurs T et N. Cependant, il sera prématuré de tirer déjà des conclusions concernant les récurrences locales et les métastases.

Des mesures doivent être prises pour augmenter la participation au dépistage. Un courrier d'invitation ne motive pas suffisamment les femmes à se soumettre à une mammographie. Il devrait être accompagné d'une brochure explicative et illustrée qui mettrait l'accent sur l'importance du dépistage. De telles brochures sont disponibles chez les médecins généralistes mais un nombre insuffisant de patientes ayant reçu une invitation se rendent chez leur médecin généraliste pour demander une mammographie.

Il faut aussi encourager davantage les médecins généralistes à inciter leurs patientes à se soumettre au dépistage, par exemple au moyen de campagnes menées par les cercles locaux de médecins généralistes, en collaboration ou non avec des centres du sein.

Il est inacceptable que dans notre pays, tous les médecins ne disposent pas des informations relatives à la mammographie de dépistage et à la manière d'en faire la demande.

Dans l'hypothèse d'un dépistage étendu au groupe cible de 40 à 49 ans, il y a lieu de vérifier quel est l'intervalle optimal entre deux dépistages successifs. Les patientes de plus de 70 ans constituent

Ten tweede moet het interval tussen de mammografieën in voldoende kort zijn teneinde het aantal intervaltumoren te beperken. Voor de leeftijdsgroep van 50 tot 70 jaar wordt algemeen een interval van 24 maanden aanvaard. Voor de leeftijdsgroep van 40 tot 50 jaar stelt men in de wetenschappelijke literatuur een interval van maximum 18 maanden voorop.

De impact van screening op de populatie die we zagen in ons borstcentrum, kunnen we in een eerste fase enkel indirect meten. Om de reductie echt te kunnen meten moeten we immers 20 tot 30 jaar wachten. We gingen na of er een verschil bestaat tussen gescreende en niet gescreende patiënten waarbij een borstcarcinoom werd ontdekt, voor de belangrijkste prognostische factoren, namelijk de grootte van de tumor (T-waarde), de aanwezigheid van aangetaste okselklieren (N-waarde) — die een sterke negatieve invloed heeft op de overleving — en, in een latere fase, de kans op recidief in loco en op afstand.

In de voorbije drie jaar zagen we 535 patiënten.

Onze cijfers met betrekking tot de leeftijdsopdeling geven enigszins andere resultaten dan de publicaties hieromtrent. Een belangrijke vaststelling is echter dat de grootste groep patiënten, 53,83 %, terug te vinden is in de leeftijdscategorie van 50 tot 70 jaar. De groep patiënten tussen 40 en 49 jaar is duidelijk kleiner. Ook het aantal patiënten in de categorie van 70- tot 80-jarigen is kleiner, maar toch niet te onderschatten.

Bij 62,15 % van de patiënten werd de diagnose in een asymptomatisch stadium gesteld — dus naar aanleiding van een screening — en bij 37,85 % in een symptomatisch stadium. 39,23 % van de patiënten liet zich screenen na een uitnodiging per brief en 22,92 % liet zich in een asymptomatisch stadium screenen op vraag van een huisarts of specialist,

In de doelgroep van 50 tot 69 jaar werden 288 patiënten onderzocht. Bij de patiënten die in een asymptomatisch stadium werden gescreend, werden meer kleinere tumoren ontdekt en minder tumoren van meer dan 2 cm. Bij 79,33 % van de asymptomatische patiënten waren de okselklieren niet aangetast. Bij de symptomatische patiënten lag dat percentage beduidend lager, namelijk 57,80 %. Dat zijn zeer belangrijke vaststellingen.

Deze resultaten zijn weliswaar preliminair, want het onderzoek loopt nog verder. Er bestaat echter geen twijfel over dat screening zinvol is, gezien het effect ervan op de T- en N-waarden. Het is wel nog te vroeg om besluiten te trekken voor het recidief in loco en de metastasering.

Er moeten maatregelen worden genomen om de opkomst bij screening te vergroten. Een uitnodiging per brief motiveert de vrouwen niet voldoende om een mammografie te laten uitvoeren. Bij de brief moet een brochure met woord en beeld worden gevoegd die in lektaal wijst op het belang van de screening. Bij de huisartsen liggen die brochures wel, maar onvoldoende patiënten gaan met de uitnodigingsbrief naar hun huisarts om een mammografie aan te vragen.

Ook de huisartsen moeten veel beter worden gemotiveerd om hun patiënten aan te sporen zich te laten screenen. Dat kan via campagnes van de lokale huisartsenkringen, al dan niet in samenwerking met borstcentra.

Het is onaanvaardbaar dat niet alle artsen in ons land geïnformeerd worden over screeningsmammografie en hoe ze deze moeten aanvragen.

Als de screening wordt uitgebreid naar de doelgroep van 40 tot 49 jaar, moet worden nagegaan welke tijdsperiode tussen twee opeenvolgende screenings optimaal is. Patiënten ouder dan 70 zijn

un groupe important. Elles sont nombreuses à avoir subi des dépistages antérieurement. Psychologiquement, il leur est difficile d'accepter l'idée que soudainement, le dépistage n'est plus nécessaire.

La deuxième partie de mon exposé a pour objet l'importance de la chirurgie dans le traitement du cancer du sein et la nécessité d'un agrément en chirurgie oncologique.

Une équipe multidisciplinaire est la meilleure garantie d'une approche de qualité. Un centre du sein est la meilleure structure pour une organisation efficace de cette approche multidisciplinaire. Le fonctionnement efficace d'un centre du sein avec le maintien et le développement de la compétence suppose toutefois un nombre suffisant de patientes. Cela ne signifie pas que les patientes atteintes d'un cancer du sein ne peuvent pas être traitées dans d'autres cliniques. Simplement, un centre du sein doit représenter une sorte de label de qualité garantissant un bon traitement à la patiente.

L'article 4, 1^o, de la proposition de loi prévoit que dans un centre du sein, au moins 100 interventions chirurgicales doivent être effectuées par an suite à un premier diagnostic de cancer du sein. La société européenne de mastologie, EUSOMA, considère à juste titre qu'il faut au moins 150 nouveaux cas par an. Cette masse critique minimale est nécessaire pour maintenir à niveau les connaissances et mettre au point de nouvelles techniques, comme la technique des ganglions sentinelles.

L'article 4, 2^o, prévoit que chaque chirurgien du sein doit pratiquer au moins vingt interventions d'affection malignes par an. C'est insuffisant. Selon EUSOMA, il faut opérer au minimum 50 patientes par an. Le traitement primaire d'une patiente atteinte du cancer du sein, surtout dans un stade précoce, relève quasiment toujours de la responsabilité du chirurgien. Conjointement avec la radiothérapie, la qualité de l'intervention influencera énormément les chances de survie de la patiente et, dans le stade précoce de la maladie, surpassera l'impact de la chimiothérapie. C'est la raison pour laquelle nous sommes convaincus qu'il convient d'agréer des chirurgiens ayant une compétence particulière en chirurgie oncologique et plus spécialement en chirurgie mammaire.

À deux reprises, un arrêté ministériel définissant cette compétence particulière a été promulgué. Le 11 mars 2003, le ministre de la Santé de l'époque, Jef Tavernier, signait un arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en oncologie. Certains chirurgiens ont alors introduit une demande de d'agrément sur la base des dispositions transitoires.

La Société royale belge de chirurgie s'est réunie avec d'autres associations scientifiques en vue de définir les critères de la formation en chirurgie oncologique. Toutes les demandes d'agrément et toutes les propositions sont toujours au fond d'un tiroir, au ministère. C'est déplorable.

Enfin, je voudrais parler de l'article 4, 4^o, relatif à la consultation oncologique pluridisciplinaire. Il ne suffit pas de prévoir qu'une concertation multidisciplinaire hebdomadaire doit avoir lieu, il faut également fixer les critères auxquels celle-ci doit satisfaire. La question ne se limite pas à la présence de certaines personnes. Il est évident qu'outre le chirurgien, l'oncologue médical, le radiothérapeute et le pathologiste, le médecin généraliste et l'infirmier spécialisé sont également présents pour participer à la coordination de tous les aspects. Cependant, il convient aussi de fixer des critères pour l'équipement technique. Il faut considérer à la fois l'aspect imagerie médicale et l'aspect pathologie.

een belangrijke groep. Velen onder hen lieten zich voordien screenen. Psychologisch is het voor hen moeilijk aanvaardbaar dat screening nu plots niet meer nodig is.

Het tweede deel van mijn uiteenzetting handelt over het belang van de chirurg in de behandeling van borstkanker en de nood aan een erkenning in de oncologische heelkunde. Ik zal hierbij ingaan op het ingediende wetsvoorstel.

Een multidisciplinair team is de beste garantie voor een kwaliteitsvolle aanpak. Een borstcentrum is de beste structuur voor een efficiënte organisatie van deze multidisciplinaire aanpak. Een efficiënte werking van een borstcentrum met behoud en uitbreiding van competentie veronderstelt echter dat er voldoende patiënten zijn. Ik bedoel daarmee niet dat patiënten met borstkanker niet in andere klinieken mogen worden behandeld. Alleen moet een borstcentrum een soort van kwaliteitslabel zijn dat de patiënt een goede behandeling garandeert.

Artikel 4, 1^o, van het wetsvoorstel bepaalt dat in een borstcentrum jaarlijks minstens 100 nieuwe gevallen van borstkanker moeten worden geopereerd. De Europese organisatie van deze aandoeeningen EUSOMA vindt terecht dat minstens 150 nieuwe gevallen per jaar nodig zijn. Deze minimale kritische massa is noodzakelijk om de kennis op peil te houden en nieuwe technieken, zoals de sentinelkliertechniek, op punt te stellen.

Artikel 4, 2^o, bepaalt dat een borstchirurg minstens 20 kwaadaardige gevallen per jaar moet opereren. Dat is onvoldoende. Volgens EUSOMA zijn minstens 50 patiënten per jaar nodig. De primaire behandeling van een borstkankerpatiënt, zeker in een vroegtijdig stadium, is bijna altijd de verantwoordelijkheid van de chirurg. Samen met de radiotherapie zal de kwaliteit van de ingreep de overlevingskans van de patiënt enorm beïnvloeden en in de vroege stadia de impact van de chemotherapie overtreffen. Daarom zijn we ervan overtuigd dat chirurgen met een bijzondere bewaking in de oncologische heelkunde en in het bijzonder in de borstheelkunde moeten worden erkend.

Tot tweemaal toe werd een ministerieel besluit uitgevaardigd dat deze bijzondere bekwaamheid omschrijft. Op 11 maart 2003 ondertekende toenmalig minister van Volksgezondheid Jef Tavernier een ministerieel besluit tot vaststelling van de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten, houders van de bijzondere beroepstitel in de oncologie, evenals van stagemesters en stagediensten in de oncologie. Een aantal chirurgen heeft toen, gebruik makend van de overgangsbepalingen, een aanvraag voor erkenning ingediend.

Het Koninklijk Belgisch Genootschap voor Heelkunde heeft samen met andere wetenschappelijke verenigingen rond de tafel gezeten om criteria voor de opleiding in de oncologische heelkunde op te stellen. Alle erkenningsaanvragen en alle voorstellen liggen in het ministerie nog steeds in de lade. Dat vinden we zeer jammer.

Tot slot wil ik nog even ingaan op artikel 4, 4^o, over het multidisciplinair oncologisch consult. Er moet niet alleen bepaald worden dat er wekelijks een multidisciplinair overleg moet plaatshebben, maar er moet ook worden vastgelegd aan welke criteria zo'n overleg moet voldoen. Daarbij gaat het niet alleen om de aanwezigheid van bepaalde personen. Het is evident dat naast de chirurg, de medisch oncoloog, de radiotherapeut, de patholoog, ook de huisarts en de borstverpleegkundige aanwezig zijn voor de coördinatie van alle aspecten. Daarnaast moeten er echter ook criteria komen voor de technische uitrusting. Het moet mogelijk zijn de medische beeldvorming en de pathologie samen te bekijken.

Mme Fabienne Liebens. — Monsieur le président, mesdames, messieurs, je tiens tout d'abord à vous remercier de donner aujourd'hui la parole à Europa Donna Belgium.

Europa Donna Belgium veut vous transmettre deux messages principaux. Tout d'abord, devant l'importance du cancer du sein en tant que problème épidémiologique — près de 2 500 décès chaque année en Belgique, soit cinq à six par jour — des actions concrètes sont nécessaires. Ensuite, il ne faut pas oublier que derrière un certain nombre de chiffres, que vous entendrez aujourd'hui de ma bouche et de celle des autres intervenants, il y a des êtres humains, des femmes, des compagnons et des enfants qui, à l'occasion du diagnostic d'un cancer du sein, commencent un parcours souvent difficile.

Europa Donna Belgium est le forum national belge d'Europa Donna, la Coalition européenne contre le cancer du sein, qui est aujourd'hui active dans près de 40 pays sur le continent européen.

Nos bénévoles, issus des trois communautés linguistiques belges, mènent depuis 1998 des actions aux échelons national et international pour améliorer le parcours et la qualité de vie des femmes et des quelques hommes touchés chaque année par le cancer du sein en Belgique.

Pour illustrer mon propos, j'ai choisi de vous parler du vécu d'une femme qui est un cas plus ou moins fictif. Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour remercier quatre membres de notre conseil d'administration: Françoise Borin, ex-patiënte et médecin, Chantal Goossens, patiente et infirmière, Anita Van Herck, ex-patiënte et présidente de Naboram, une association d'aide aux femmes ayant subi une mastectomie dans la région d'Anvers et qui vient d'être élue bénévole de l'année en Flandre, Thérèse Mayer, ex-patiënte et vice-présidente de l'association Vivre comme avant.

Je tiens à les remercier, car c'est à partir de leurs témoignages que j'ai élaboré mon histoire fictive. Elle s'appelle Donna, elle a 52 ans, elle vit avec un compagnon, a deux enfants adolescents et un travail qui la passionne. Bref, socialement tout va bien pour elle. Un beau matin, elle constate un changement dans son sein. Elle découvre une petite zone rouge, le sein est un peu déformé et elle a une gêne sous le bras. Elle a reçu sa convocation pour le mammotest, mais n'a pas encore eu le temps d'y donner suite. Elle sait qu'il faut faire une mammographie. Elle va donc demander à son gynécologue, en qui elle a toute confiance, de lui prescrire cet examen.

Les chiffres et les données que vous entendrez au cours de cette matinée proviennent de nombreuses sources, notamment de la littérature scientifique. Il faut rappeler qu'en oncologie, le cancer du sein est celui qui a été le plus étudié dans la littérature médicale scientifique quant à l'impact de la qualité des traitements sur la survie.

Certaines données proviennent du rapport Eurocare 3. Il s'agit d'un important rapport de l'Union européenne publié en 2003, qui compare la survie par cancer en Europe. Il est basé sur la revue de plus de 60 registres dans 22 pays européens, mais malheureusement pas en Belgique.

Il y a aussi les recommandations de la Société européenne de mastologie, que vient d'évoquer le docteur Luc Proot, les recommandations de l'Organisation européenne de recherche contre le cancer et, en Belgique, le registre national. Hélas, nous ne disposons que des chiffres nationaux arrêtés en 1998. En Flandre, il existe des données pour 2000.

Je citerai également l'analyse des données des RCM (résumés cliniques minimum) — le Dr Carly vous en parlera tout à l'heure — et le récent rapport des Mutualités chrétiennes qui souligne certaines tendances. Enfin, je ferai référence à l'enquête nationale en psycho-oncologie, publiée en 2004 dans toutes les universités

Mevrouw Fabienne Liebens. — Europa Donna Belgium wil twee belangrijke boodschappen naar voren brengen.

Ten eerste zijn concrete acties nodig tegen borstkanker, dat een belangrijk epidemiologisch probleem is, met in België bijna 2 500 sterfgevallen per jaar, of vijf à zes per dag. Tevens mag niet worden vergeten dat achter de cijfers die ook hier vandaag weer zullen worden gegeven, mensen zitten, vrouwen, hun partners en kinderen, voor wie een vaak moeilijke weg begint wanneer borstkanker is vastgesteld.

Europa Donna Belgium is het Belgische nationale forum van Europa Donna, de Europese Borstkanker Coalitie, die momenteel in bijna 40 Europese landen actief is.

Onze vrijwilligers komen uit de drie taalgemeenschappen van ons land en ze voeren al sinds 1998 op nationaal en internationaal vlak actie om de af te leggen weg en de levenskwaliteit te verbeteren van de vrouwen en de enkele mannen die jaarlijks in België door borstkanker worden getroffen.

Bij wijze van voorbeeld zal ik de ervaringen meedelen van een min of meer fictieve patiënte. Ik maak van de gelegenheid gebruik om vier leden van onze raad van bestuur te bedanken: Françoise Borin, ex-patiënte en arts, Chantal Goossens, patiënte en verpleegkundige, Anita Van Herck, ex-patiënte en voorzitter van Naboram, een vereniging die in de regio Antwerpen ondersteuning biedt aan vrouwen die een borstoperatie hebben ondergaan, en die verkozen is tot Vlaamse vrijwilliger van het jaar, en Thérèse Mayer, ex-patiënte en ondervoorzitter van de vereniging Vivre comme avant.

Mijn dank gaat uit naar hen want hun ervaringen vormen de basis voor mijn fictief verhaal. Het gaat over Donna, een vrouw van 52 met een partner, twee adolescente kinderen en een boeiende baan. Kortom, op sociaal vlak gaat alles haar voor de wind. Op een ochtend stelt ze een verandering vast in haar borst. Ze ontdekt een kleine rode vlek, haar borst is een beetje vervormd en ze heeft een hinderlijk gevoel onder de arm. Ze heeft een uitnodiging voor een mammotest ontvangen, maar ze heeft nog geen tijd gehad. Ze weet dat ze een mammografie moet laten maken. Dus vraagt ze haar gynaecoloog, in wie ze het volste vertrouwen heeft, er een voor te schrijven.

De cijfergegevens die de commissie vanochtend zal horen, zijn afkomstig van verschillende bronnen, onder andere de wetenschappelijke literatuur. In de medisch wetenschappelijke literatuur over oncologie is borstkanker de meest bestudeerde aandoening wat de weerslag van de behandelingen op het overleven betreft.

Sommige gegevens komen uit het rapport Eurocare 3, een belangrijk rapport van de Europese Unie uit 2003 waarin per kanker de overlevingskansen werden vergeleken. Het is gebaseerd op meer dan 60 registers uit 22 Europese landen. België is daar jammer genoeg niet bij.

Er zijn ook de aanbevelingen van de Europese organisatie voor borstaandoeningen, EUSOMA, waarover dokter Luc Proot het al had, de aanbevelingen van de Europese Organisatie voor kankeronderzoek, en het Belgisch nationaal kankerregister. Helaas gaan de Belgische cijfers maar tot 1998. In Vlaanderen gaan de statistieken tot 2000.

Ik zal ook verwijzen naar de gegevensanalyse van de MKG (minimale klinische gegevens) — dokter Carly zal het daarover hebben — en het recente rapport van de CM waarin bepaalde tendensen worden toegelicht. Ten slotte zal ik verwijzen naar de nationale psycho-oncologie-enquête die alle universiteiten van ons

de notre pays et qui visait à déterminer les besoins des patients en psycho-oncologie en Belgique mais aussi l'état des conditions de travail et des formations des psycho-oncologues en Belgique.

Donna passe une mammographie dont vous pouvez voir les clichés. Dans la zone supérieure du sein droit se trouve une petite tache blanche. Mais Donna ne sait pas que si dix radiologues inexpérimentés lisent son cliché, trois trouveront qu'il est normal et sept noteront une anomalie dans son sein droit. Deux d'entre eux estimeront que cette dernière est bénigne, quatre qu'elle est indéterminée et un qu'elle est suggestive de cancer.

Heureusement pour Donna, elle est tombée, par le hasard des choses, sur l'un de ces cinq derniers radiologues. Il lui a conseillé une ponction afin de déterminer s'il s'agit d'un état cancéreux ou bénin. La ponction a été effectuée mais, malheureusement, elle n'a pas ramené suffisamment de cellules. Plusieurs semaines plus tard, on a donc proposé à Donna de subir une microbiopsie. Ce prélèvement un peu plus important, toujours pratiqué en ambulatoire, permet de prélever davantage de tissus et donc d'obtenir un diagnostic un peu plus précis.

Une fois réalisé, le prélèvement est transmis au pathologiste, femme ou homme de l'ombre, mal connu du grand public et qui joue pourtant un rôle essentiel. C'est lui, en effet, qui détermine s'il s'agit d'un cancer. Il apporte également certaines informations pronostiques essentielles pour que nous puissions décider du meilleur traitement.

Donna ne sait pas que si son prélèvement est examiné par un pathologiste qui n'a pas une grande expérience en maladies des seins, et par un expert, les deux diagnostics ne concorderont que dans 20 % des cas. L'avis de l'expert entraînera un changement dans l'attitude chirurgicale dans près de 10 % des cas et apportera des informations complémentaires presque une fois sur deux. Or, je vous rappelle que ces informations pronostiques sont essentielles pour décider du meilleur traitement.

Le diagnostic est tombé, malheureusement par téléphone : c'est un cancer du sein. Et le ciel est tombé sur la tête de Donna ! Elle n'a pas trop envie d'y réfléchir. Ce qui l'intéresse pour le moment, c'est de démarrer le traitement le plus efficace possible pour guérir de ce cancer. J'ouvre ici une petite parenthèse pour vous rappeler à quel point le traitement d'un cancer du sein est complexe. Aujourd'hui, on reconnaît deux axes principaux de traitement. Le premier est l'axe que nous qualifions, dans notre jargon médical, de loco-régional : on traite le sein grâce à de la chirurgie et à de la radiothérapie. Par ailleurs, on sait depuis une dizaine d'années que, très tôt dans son histoire, le cancer du sein est capable de provoquer des métastases dans la circulation sanguine bien avant qu'on ne les détecte grâce à la radiologie classique. Il est donc d'important d'associer à ce traitement loco-régional un traitement systémique afin de faire disparaître ces métastases. Ce dernier est basé sur de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie.

Ce que Donna ne sait pas non plus, c'est que si le gynécologue ou le chirurgien en qui elle a toute confiance a une grande expérience de la chirurgie du sein, elle verra son taux de survie à dix ans augmenter de près de 10 %.

Autrement dit, si elle se fait soigner dans un hôpital qui possède une expertise en maladies des seins, son risque de décès diminuera de 53 %.

Quel est l'état des connaissances quant à la situation de traitement en Belgique ? Il y a quelques jours, les Mutualités chrétiennes ont publié un rapport à ce sujet. Ce travail remarquable montre un certain nombre de tendances bien qu'il y ait énormément de biais dans l'évaluation des chiffres. Il indique qu'il existe une variabilité importante dans le traitement chirurgical

land in 2004 hebben opgesteld. Hierin worden niet alleen de noden van de patiënten inzake psycho-oncologie vastgelegd, maar ook de arbeidsomstandigheden en de opleiding van de psycho-oncologen in België.

Donna ondergaat een mammografie waarvan u de negatieven ziet. In het bovenste gedeelte van de rechterborst bevindt zich een kleine witte vlek. Wat Donna niet weet, is dat als tien onervaren radiologen die negatieven zien, drie van hen zullen besluiten dat alles normaal is en de zeven anderen een afwijking in de rechterborst zullen vaststellen. Twee van de zeven zullen menen dat het om een goedaardige afwijking gaat, vier zullen geen uitsluitel kunnen geven en één zal zeggen dat er waarschijnlijk sprake is van kanker.

Gelukkig is Donna bij een van de laatste vijf radiologen terechtgekomen. Hij raadt haar aan een punctie te laten doen zodat kan worden uitgemaakt of het om een kwaadaardig dan wel om een goedaardig gezwel gaat. De punctie wordt uitgevoerd, maar jammer genoeg worden niet voldoende cellen verzameld. Verscheidene weken later stelt men Donna voor een microbiopsie te ondergaan. Dankzij deze poliklinische ingreep kan meer weefsel worden weggenomen zodat een meer precieze diagnose kan worden gemaakt.

Na de ingreep gaat het weggenomen weefsel naar de patholoog. Die heeft een essentiële, maar bij het grote publiek minder bekende rol. Hij besluit immers of het om een kanker gaat. Hij geeft ook belangrijke prognostische informatie zodat de beste behandeling kan worden bepaald.

Donna weet niet dat als het weefsel wordt onderzocht door een patholoog die een beperkte ervaring met borstaandoeningen heeft, de diagnose slechts in 20 % van de gevallen zal overeenstemmen met de analyse van een expert. Het advies van de expert zal in bijna 10 % van de gevallen leiden tot een andere houding bij de chirurgen en in bijna de helft van de gevallen aanvullende informatie opleveren. Ik herhaal dat prognostische informatie essentieel is voor de behandeling.

De diagnose is gevallen, jammer genoeg per telefoon : het gaat om borstkanker. Donna's wereld stort in. Ze wil er niet echt over nadenken. Wat haar nu interesseert, is zo snel mogelijk beginnen met de meest efficiënte behandeling. De behandeling van borstkanker is zeer complex. Er worden momenteel twee hoofdmethodes gevolgd. De eerste is de locoregionale behandeling : een heelkundige ingreep en radiotherapie. Sinds tien jaar weten we trouwens dat borstkanker uitzaaiingen in de bloedsomloop kan veroorzaken, lang voor ze via de klassieke radiologie worden ontdekt. Het is dus belangrijk dat de locoregionale behandeling gepaard gaat met een systematische behandeling zodat de uitzaaiingen verdwijnen. Bij die laatste methode wordt gebruik gemaakt van chemotherapie en hormoontherapie.

Donna weet ook niet dat haar overlevingskans op tien jaar met bijna 10 % toeneemt als de gynaecoloog of de chirurg in wie ze alle vertrouwen heeft, veel ervaring heeft op het gebied van borstkanker.

Anders gezegd, als ze zich laat behandelen in een ziekenhuis met een expertise inzake borstaandoeningen, zal het risico op overlijden met 53 % afnemen.

Enkele dagen geleden publiceerde de CM een rapport met de stand van zaken van de behandeling in België. Het rapport vermeldt een aantal tendensen, ook al schort er heel wat aan de evaluatie van de cijfergegevens. Er wordt aangegeven dat er grote verschillen bestaan in de heelkundige behandeling van de Belgische vrouwen. Sinds tien jaar is de borstsparende behande-

des femmes belges. Depuis dix ans, le traitement conservateur est reconnu comme un standard sur le plan international. En Belgique, 49 % des femmes opérées au cours de la période étudiée ont eu une mastectomie totale.

Le rapport met en évidence le fait qu'il y a une énorme variabilité dans la chimiothérapie en fonction des stades. La chimiothérapie néoadjuvante en est un bon exemple. Il s'agit d'une chimiothérapie préopératoire dans le but de rendre opérable une tumeur qui ne l'est pas ou de diminuer la taille d'une tumeur pour administrer un traitement conservateur alors qu'il était question au départ de pratiquer une ablation totale. Ce traitement permet de constater *de visu* que le cancer du sein diminue de taille, ce qui est impossible dans le cas d'une chimiothérapie postopératoire. Les données montrent que 3 % des femmes belges ont bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante alors que 63 % des malades avaient des cancers au stade 2, 3 et 4 et qu'un grand nombre d'entre elles auraient pu bénéficier de ce traitement. Il y a par ailleurs une grande variabilité dans l'administration de la radiothérapie. Cette information a été largement commentée par les médias, qui ont relayé le chapitre du rapport consacré au traitement des femmes âgées. En Belgique, ces femmes ne bénéficient que trop rarement d'une radiothérapie.

J'en reviens à Donna. Elle a pu bénéficier d'une chimiothérapie néoadjuvante, la rougeur dans son sein a disparu, elle n'a plus mal au creux, sous le bras, elle a été opérée d'un traitement conservateur. Par la suite, elle s'est soumise à une radiothérapie et a subi sept cures de chimiothérapie. Le tout a duré un an. Ensuite, elle a suivi une hormonothérapie pendant cinq ans.

Quelle a été sa qualité de vie durant ce parcours du combattant ?

L'enquête nationale en psycho-oncologie, placée sous la direction du professeur Razavy, a analysé 38 types de difficultés chez les hommes et les femmes belges atteints d'un cancer, la majorité des patientes étant des femmes qui avaient un cancer du sein. Ces difficultés relevaient du domaine psychosocial, les plus parlantes étant l'anxiété, la dépression, les problèmes liés à l'image de soi.

Ce travail a étudié la communication avec le personnel soignant. La qualité de l'information délivrée, dans le contenu et dans la forme, peut clairement réduire la morbidité psychologique. L'enquête portait aussi sur les difficultés dans la relation de couple, les difficultés d'ordre sexuel, les difficultés physiques et, enfin, un certain nombre de difficultés groupées dans une rubrique « divers », relatives à l'accès à une aide sociale pour les transports, au remboursement de prothèses ou de perruques, etc. Plus de la moitié des patientes interrogées avaient plus de 16 difficultés.

Pour le dire autrement, prenons l'exemple de la dépression sévère. On estime qu'à l'heure actuelle, en Belgique, 7 à 8 % de la population globale souffrent de dépression qui nécessite un traitement. Un an après le début d'un traitement du cancer du sein, on enregistre, auprès de ces femmes, un chiffre de 25 %. Ce schéma est tout à fait superposable pour les proches, les compagnons et les enfants : plus de la moitié sont confrontés à plus de quinze difficultés.

Lorsqu'on défend le principe de la clinique du sein, on se heurte évidemment à un certain nombre de difficultés, tout d'abord dans l'application du concept de multidisciplinarité. L'arrêt royal de 2003, dont vous a parlé le docteur Proot, constitue une avancée importante, car il reconnaît deux grands principes : celui de la multidisciplinarité et celui de la qualité des soins. Mais ce n'est pas parce qu'un tel principe est inscrit dans un arrêt royal qu'il sera appliqué au quotidien.

Deuxième difficulté : définir les responsabilités. Dans certains hôpitaux, c'est un réel problème.

ling internationalement als standaard erkend. In België werd bij 49 % van de vrouwen die tijdens de duur van de studie werden geopereerd een volledige mastectomie uitgevoerd.

In het rapport wordt onderstreept dat de chemotherapie heel sterk verschilt naar gelang van het stadium van de kanker. De neo-adjuvante chemotherapie is een goed voorbeeld. Die preoperatieve chemotherapie heeft tot doel een niet operatieve tumor operatief te maken of een tumor te verkleinen zodat een borstsparende behandeling mogelijk wordt. Dankzij die behandeling kan *de visu* worden vastgesteld dat de borsttumor verkleint, wat onmogelijk is bij postoperatieve chemotherapie. Uit de gegevens blijkt dat 3 % van de Belgische vrouwen neo-adjuvante chemotherapie hebben gekregen. Nochtans had 63 % van de patiënten een kanker in stadium II, III of IV en had een groot deel van hen die behandeling kunnen krijgen. Er bestaan trouwens grote verschillen in de toediening van radiotherapie. Die informatie werd uitvoerig commentariseerd in de media, die het onderdeel van het rapport over de behandeling van oudere vrouwen hebben overgenomen. In België krijgt die leeftijdsgroep maar zelden radiotherapie.

Donna heeft neo-adjuvante chemotherapie gekregen. De rode vlek in haar borst is verdwenen, ze heeft geen pijn meer in de oksel en ze heeft een borstsparende operatie ondergaan. Vervolgens heeft ze radiotherapie en zeven chemokuren gehad. Dat heeft in totaal een jaar geduurd. Vervolgens heeft ze vijf jaar hormoontherapie gehad.

Wat was haar levenskwaliteit tijdens deze lijdensweg ?

De nationale psycho-oncologie-enquête onder leiding van professor Razavy heeft 38 types van moeilijkheden vastgesteld bij de Belgische mannen en vrouwen die door kanker werden getroffen. Het merendeel van de vrouwelijke patiënten waren vrouwen met borstkanker. Het ging vooral om psychosociale problemen, voornamelijk angst, depressie en problemen met het zelfbeeld.

Ook de communicatie met het verzorgend personeel werd bestudeerd. Goede informatie, zowel inhoudelijk als vormelijk, vermindert de psychologische morbiditeit. Het onderzoek had ook aandacht voor de problemen in de relatie met de partner, seksuele problemen, fysieke problemen en een hele reeks « diverse » problemen. Hierbij gaat het om hulp bij verplaatsingen, de terugbetaling van prothesen en pruiken enzovoort. Meer dan de helft van de ondervraagde patiënten werd met meer dan 16 problemen geconfronteerd.

Laten we de zware depressie als voorbeeld nemen. Men gaat ervan uit dat 7 tot 8 % van de Belgische bevolking lijdt aan een depressie die moet worden behandeld. Bij vrouwen bij wie een jaar eerder een behandeling voor borstkanker werd gestart gaat het om 25 %. Dat percentage geldt ook voor de naasten, de partners en de kinderen. Meer dan de helft wordt met meer dan 15 moeilijkheden geconfronteerd.

De verdedigers van de borstklinieken worden natuurlijk met verschillende problemen geconfronteerd. Ten eerste is er de toepassing van de multidisciplinariteit. Het koninklijk besluit van 2003, waarover dokter Proot het had, is reeds een belangrijke stap vooruit omdat twee grote principes worden erkend : de multidisciplinariteit en de zorgkwaliteit. Het is echter niet omdat een principe in een koninklijk besluit is vastgelegd dat het ook in de dagelijkse praktijk wordt toegepast.

Een tweede moeilijkheid is het bepalen van de verantwoordelijkheden. In sommige ziekenhuizen is dat echt een probleem.

Une question revient souvent : pourquoi le cancer du sein ? Le problème est suffisamment important — les chiffres que je vous ai présentés concernant la mortalité est également difficile. Le Collège d'oncologie aura une lourde tâche.

La négociation portant sur le nombre de cas minimal par chirurgien ou par gynécologue est également difficile. Le Collège d'oncologie aura une lourde tâche.

Par ailleurs, cette approche centrée sur la patiente a pour effet que ce sont les professionnels des soins qui vont vers elle et non plus l'inverse. C'est un grand changement. Or, qui dit « changement » dit aussi « peur du changement ». Il faudra en tenir compte lors des débats.

Les soignants que nous sommes sont confrontés à un défi : pouvoir définir, dans le futur, des instruments de mesure capables de mesurer la qualité, et non la quantité, du travail.

Les avantages de la clinique du sein sont toutefois évidents : les patients vont mieux, ils sont plus satisfaits, gain en temps et en argent, moins d'exams inutiles, moins d'opérations, notamment mutilantes. *Last but not least*, travailler selon cette approche intégrée est aussi une grande source de satisfaction au quotidien pour les professionnels de la santé que nous sommes.

Je voudrais, pour conclure, vous lire l'extrait d'un article relatif à notre association, publié voici quelque temps dans *Le Vijf/L'Express* : « Ne me secouez pas, je suis plein de larmes », lançait l'écrivain Henri Calet. À côté des larmes ou à leur place, des femmes ont décidé de montrer qu'en se bougeant, elles étaient aussi pleines d'idées et de détermination face au cancer du sein, ce drame qui remet fondamentalement leur vie en cause. De quoi secouer toute la médecine, avec ou sans larmes. »

Monsieur le président, madame la secrétaire, mesdames, messieurs, au nom d'Europa Donna Belgium, mais aussi au nom de toutes les « Donna » de Belgique et d'Europe, je vous remercie de vous mobiliser pour des actions.

Mme Birgit Carly. — Je peux aujourd'hui m'adresser à vous en tant que femme parce que je poursuis mon combat pour les droits des femmes. Lors du symposium sur les cliniques du sein organisé par Europa Donna Belgium en 2003, ni moi ni le docteur Liebens n'avons eu la permission de prendre la parole. C'était considéré comme « trop dangereux ». Nous avons alors demandé à des experts européens de parler des cliniques du sein. En mars 2006, je peux finalement m'adresser à vous en tant que médecin, chirurgien et même porte-parole de la *Belgian Section of Breast Surgeons* de la Société Royale Belge de Médecine. Nous avons donc accompli de grands progrès.

Je voudrais vous expliquer brièvement en quoi consistent précisément les cliniques du sein et pourquoi elles sont importantes. J'esquisserai également la situation en Europe et en Belgique.

Une clinique du sein est une clinique où diverses catégories de spécialistes collaborent et se concertent. C'est déjà un exploit en soi. Ces spécialistes ont suivi une formation complémentaire en pathologie du sein. Ils connaissent non seulement les dernières découvertes dans leur domaine mais aussi celles des autres traitements complémentaires administrés aux patientes atteintes d'un cancer du sein. Cela permettra, par exemple, à un chirurgien spécialisé dans les pathologies du sein de conseiller tout d'abord un traitement néoadjuvant à une patiente présentant une grosse tumeur afin de pouvoir effectuer une intervention peu invasive. Dès lors, un oncologue qui voit la patiente en premier peut par exemple suggérer qu'elle subisse une opération chirurgicale.

En Belgique, seul le dépistage est organisé et contrôlé. Or, un dépistage n'a pas beaucoup de sens s'il n'existe aucun contrôle de la qualité des phases ultérieures du traitement du cancer du sein. En Belgique, si le dépistage révèle la présence d'un nodule dans le

Een vaak terugkerende vraag is : waarom borstkanker ? Het probleem is ernstig genoeg — dat blijkt uit de sterftecijfers — opdat concrete maatregelen worden genomen.

Ook de onderhandeling over het aantal minimumgevallen per chirurg of per gynaecoloog is moeilijk. Het college voor oncologie wacht een moeilijke taak.

De patiëntgerichte aanpak heeft trouwens tot gevolg dat de professionele zorgverstrekkers naar de patiënten toe gaan en niet omgekeerd. Dat is een grote verandering. Wie « verandering » zegt, zegt ook « angst voor verandering ». Daarmee zal tijdens de debatten rekening moeten worden gehouden.

Wij staan als zorgverstrekkers voor de uitdaging om in de toekomst meetinstrumenten vast te leggen om de kwaliteit en niet de kwantiteit van het werk te meten.

Een borstkliniek heeft duidelijk voordelen : de patiënten stellen het beter, ze zijn meer tevreden, er wordt tijd en geld gewonnen, er zijn minder nutteloze onderzoeken en minder verminkende operaties. *Last but not least* is die geïntegreerde aanpak ook voor de zorgverstrekkers een grote bron van tevredenheid.

Tot besluit wil ik nog een uittreksel voorlezen uit een artikel in *Le Vijf/L'Express* over onze vereniging : « Ne me secouez pas, je suis plein de larmes » zei de schrijver Henri Calet. Deze vrouwen hebben besloten te tonen dat ze niet enkel tranen, maar ook ideeën en wilskracht hebben om te vechten tegen borstkanker, dat drama dat hun leven compleet overhoop haalt. Dat zou heel de geneeskunde doorheen moeten schudden, met of zonder tranen.

Mijnheer de voorzitter, mevrouw de secretaris, dames en heren, namens Europa Donna Belgium en namens alle « Donna's » in België en Europa dank ik u voor uw inzet en uw actiebereidheid.

Mevrouw Birgit Carly. — Vandaag mag ik u toespreken als vrouw, want ik blijf vechten voor de rechten van de vrouw. Op het symposium over borstklinieken dat Europa Donna Belgium in 2003 organiseerde, mochten dokter Liebens noch ikzelf als arts het woord voeren. Dat was « te gevaarlijk ». We hebben toen Europese experts gevraagd om te spreken over borstklinieken. In maart 2006 sta ik hier dan toch, als arts, als chirurg en zelfs als woordvoerder van de Belgian section of Breast Surgeons van het Koninklijk Belgisch Genootschap van heilkunde. We hebben dus al grote stappen vooruit gedaan.

In mijn uiteenzetting wil ik kort schetsen wat borstklinieken precies zijn en waarom ze belangrijk zijn. Ik zal ook ingaan op de situatie in Europa en in België.

Een borstkliniek is een ziekenhuis waar de diverse categorieën deskundigen aanwezig zijn, samenwerken en met elkaar overleggen. Dat is al een hele prestatie op zich. Een borstkliniek heeft specialisten die naast hun specialistenopleiding een bijkomende opleiding voor borstpathologie hebben gevolgd. Verder is elke specialist niet alleen perfect op de hoogte van de laatste snufjes in zijn domein, maar ook van de andere, aanvullende behandelingen van borstkankerpatiënten. Daardoor zal bijvoorbeeld een chirurg met specialisatie in borstpathologie een patiënt met een grote borsttumor eerst een neo-adjuvante behandeling aanraden om een borstsparende heilkundige ingreep te kunnen doen. Een oncoloog die als eerste de patiënt ziet, kan daardoor bijvoorbeeld opperen dat zij vooral chirurgie nodig heeft.

In België wordt alleen de screening georganiseerd en gecontroleerd. Maar die screening heeft niet veel zin als er geen kwaliteitscontrole bestaat voor de latere fasen van de borstkankerbehandeling. Als een vrouw bij de screening een knobbeltje

sein d'une femme, on enlèvera ce nodule mais on ne procédera pas à un *staging* correct fondé sur des étapes diagnostiques correctes. Cela n'est plus justifié à l'heure actuelle. Il faut instaurer un contrôle et élaborer des directives.

Le traitement n'est pas davantage soumis à un contrôle de qualité en Belgique. Quant à l'accompagnement psychosocial, il est inexistant. La réinsertion de la femme dans la société est, elle aussi, importante et peut être encouragée par la clinique du sein. Les groupes de soutien y ont également leur place.

Les cliniques du sein ne sont pas une idée en l'air lancée par quelques suffragettes ou quelques politiciens avides de voix. Elles reposent sur des faits historiques importants. Dans les années nonante, des études ont démontré que les femmes traitées dans un centre multidisciplinaire, par des chirurgiens ayant une connaissance spécifique de la pathologie du sein ont de meilleures chances de survie et une meilleure qualité de vie que les femmes opérées par des chirurgiens généralistes. C'est une donnée importante. Les premiers résultats ont été publiés lors de la *First European Breast Cancer Conference*.

Cette conférence a notamment conclu que ces meilleures chances de survie nécessitent l'élaboration de directives sur les normes que doivent respecter les cliniques du sein, dont le grand défenseur était feu Emmanuel vander Schueren, professeur et radiothérapeute à Louvain.

Les *guidelines* ont été publiées en mars 2000 dans l'*European Journal of Cancer*.

En septembre 2000 a eu lieu à Bruxelles la *Second European Breast Cancer Conference* sous la présidence du professeur Piccart. Lors de cette conférence, les spécialistes européens en pathologie mammaire ont demandé aux politiques européens de créer dans leur pays des cliniques du sein répondant aux normes d'EUSOMA.

Une étude d'*Eurocare* révèle qu'en Europe les chances de survie des femmes atteintes d'un cancer du sein varient d'un pays à l'autre. On a constaté une différence de 15 %, et ce chiffre concerne uniquement les quinze « anciens » États membres de l'Union. Des différences existent également en Belgique. Dans une même ville, toutes les femmes n'ont pas les mêmes chances de survie. Cela dépend en grande partie de l'endroit où elles sont traitées, ce qui est terrible. En Europe, on communique le diagnostic d'un cancer du sein à une femme toutes les 2,5 minutes et une femme meurt d'un cancer du sein toutes les 6,5 minutes.

Sur la base des données de l'*European Breast Cancer Conference* et d'*Eurocare*, une résolution appelant à la création de cliniques du sein reconnues a été adoptée le 5 juin 2003 au parlement européen.

L'objectif est de réduire de 25 % la mortalité due au cancer du sein en Europe et d'amener à 5 % la différence de mortalité entre les États membres.

Dans les *guidelines* d'EUSOMA, on demande de créer par 250 000 habitants une clinique du sein qui répond à des critères stricts. Dans chaque clinique du sein, il doit y avoir au moins 150 opérations de cancers primaires du sein par année et au moins 50 par chirurgien du sein ou oncologue. Il importe de disposer d'une équipe médicale et paramédicale hautement spécialisée. Une approche pluridisciplinaire et une évaluation régulière de chaque traitement sont nécessaires. Le plus haut standard thérapeutique doit être proposé aux femmes, où qu'elles habitent. On doit faire de la recherche dans les centres. L'évaluation des résultats est très importante. En Belgique, un nouveau registre national du cancer a été créé. Nous espérons que cela sera profitable à la qualité des

in haar borst blijkt te hebben dat nader onderzoek vergt, zal in België dat knobbeltje vaak gewoon weggenomen worden, maar wordt er geen correcte *staging* gedaan op basis van correcte diagnostische stappen. Dat is vandaag niet langer verantwoord. Er moet controle zijn en er moeten richtlijnen worden uitgewerkt.

Ook voor de behandeling bestaat in België geen enkele kwaliteitscontrole. Voor de psychosociale begeleiding kunnen we daar niet eens over spreken, omdat die begeleiding zelf nog niet bestaat. Ook de herintegratie van de vrouw in de maatschappij is belangrijk en kan gestimuleerd worden vanuit de borstkliniek. Zelfhulpgroepen vinden daar eveneens een plaats.

Borstklinieken zijn niet zomaar een losse idee van enkele suffragettes of van enkele op stemmen beluste politici. Ze zijn gebaseerd op belangrijke historische feiten. In de jaren negentig zijn studies gepubliceerd die aantonen dat vrouwen behandeld door chirurgen met specifieke kennis van de borstpathologie in een multidisciplinair centrum een betere overlevingskans en een betere levenskwaliteit hebben dan vrouwen geopereerd door algemene chirurgen. Dat is een belangrijk gegeven. De eerste resultaten werden bekendgemaakt tijdens de *First European Breast Cancer Conference*, georganiseerd door EUSOMA, EORTC en Europa Donna.

Een van de conclusies van die conferentie was dat er met het oog op die betere overlevingskansen *guidelines* moeten worden opgesteld inzake de normen voor borstklinieken. Een van de grote pleitbezorgers daarvan was wijlen Emmanuel vander Schueren, professor en radiotherapeut te Leuven.

De *guidelines* werden in maart 2000 gepubliceerd in de *European Journal of Cancer*.

In september 2000 had in Brussel de *Second European Breast Cancer Conference* plaats, onder voorzitterschap van professor Piccart. Op die conferentie vroegen de Europese specialisten in borstpathologie aan de Europese politici om in hun landen borstklinieken op te richten die beantwoorden aan de normen van EUSOMA.

Uit een studie van *Eurocare* blijkt dat de overlevingskans voor vrouwen met borstkanker in Europa varieert van land tot land. Er werd een verschil vastgesteld van 15 %, en dat cijfer heeft alleen betrekking op de vijftien « oude » lidstaten van de Unie. Ook in België zijn er verschillen. Zelfs in eenzelfde stad heeft niet iedere vrouw dezelfde kans op overleven. Veel hangt immers af van de plaats waar ze wordt behandeld, wat verschrikkelijk is. Om de 2,5 minuten wordt in Europa aan een vrouw de diagnose van borstkanker meegedeeld. Om de 6,5 minuten sterft in Europa een vrouw aan borstkanker.

Op basis van de gegevens van de *European Breast Cancer Conference* en van *Eurocare* werd op 5 juni 2003 in het Europees Parlement een resolutie aangenomen die opriep tot het oprichten van erkende borstklinieken.

Het is de bedoeling de mortaliteit ten gevolge van borstkanker in Europa te doen dalen met 25 % en het mortaliteitsverschil tussen de lidstaten op 5 % te brengen.

In de *guidelines* van EUSOMA wordt gevraagd om per 250 000 inwoners een borstkliniek op te richten die voldoet aan strikte criteria. In elke borstkliniek moeten per jaar op zijn minst 150 primaire borstkankers worden geopereerd en ten minste 50 per borstchirurg of oncoloog. Het is belangrijk te beschikken over een hoog gespecialiseerd medisch en paramedisch team. Een multidisciplinaire aanpak en regelmatige evaluatie van elke behandeling zijn noodzakelijk. De vrouwen moet de hoogste therapeutische standaard worden aangeboden, waar ze ook wonen. In de centra moet research worden verricht. De evaluatie van de resultaten is heel belangrijk. In België werd een nieuw nationaal kankerregister opgericht. We hopen dat dit de kwaliteit van de zorgverstrekkende

soins. Un accompagnement psychosocial doit être proposé. En Belgique, on parle beaucoup de chiffres, mais une clinique du sein représente beaucoup plus que des chiffres.

La Belgique est l'un des pays les plus touchés au monde. En 2006, 8 000 nouveaux cas de cancer du sein seront vraisemblablement constatés chez des femmes.

En 2003, un arrêté royal a été pris concernant des programmes de soins oncologiques. À ce moment, tant *Europa Donna* que les chirurgiens et gynécologues ont demandé que des cliniques du sein soient créées, mais c'était alors impossible. On admettait la nécessité de programmes spécialisés pour des tumeurs avec une approche pluridisciplinaire complexe, mais ils ne sont toujours pas là.

La députée Magda De Meyer est la première à avoir écouté les femmes; elle a déposé une proposition de résolution qui a été adoptée à la Chambre en 2005. Je regrette cependant que la résolution ne contienne pas de chiffre. Il y avait donc uniquement un accord sur le principe, mais pas sur les chiffres. Ceux-ci étaient manifestement trop effrayants.

La proposition de M. Roelants du Vivier est aujourd'hui à l'examen.

Didier Vander Steichel, directeur scientifique de la Fondation contre le cancer, a établi, sur la base de données du résumé clinique minimum, un premier tableau de la situation en Belgique. Dans 14 % des hôpitaux, le nombre annuel de patientes atteintes d'un cancer du sein qui sont opérées est de plus de 150, contre moins de 50 patientes dans 41 % des hôpitaux. Ces chiffres ne disent rien si l'on ignore le nombre de chirurgiens et de gynécologues pratiquant la chirurgie du sein dans ces hôpitaux. Dans certains hôpitaux, certains chirurgiens et gynécologues n'opèrent en moyenne que 10 patientes par an, ce qui ne correspond absolument pas aux critères d'EUSOMA. L'Inami répugne aujourd'hui à publier ces chiffres.

Il doit pourtant être possible de réunir les médecins autour d'une table. C'est ce qu'ont fait dix chirurgiens et dix gynécologues de la région gantoise. Ils ont décidé de ramener à quatre le nombre de ceux d'entre eux qui traiteraient la pathologie du sein, les autres s'occupant des autres pathologies. Cette décision est donc également favorable pour le traitement de ces autres pathologies.

Nous ne demandons pas des hôpitaux mastodontes mais des hôpitaux garantissant un traitement correct et une approche humaine. Les petites cliniques ne doivent pas disparaître, surtout dans les régions reculées de notre pays. Là aussi, il doit être possible de réunir une vingtaine de médecins issus de plusieurs hôpitaux autour d'une table afin qu'ils en désignent 4 parmi eux qui seront spécialement chargés de la pathologie du sein.

M. Rutgers, l'ancien président de l'EORTC, a tiré la conclusion suivante lors du symposium d'Europa Donna 2003 : Le diagnostic et le traitement du cancer du sein en dehors d'une équipe multidisciplinaire travaillant dans une unité spécialisée sont obsolètes. Ils peuvent être considérés comme une « *bad clinical practice* » et porteront préjudice à de nombreuses femmes.

Personnellement, je me réfère à l'étude de Kingsmore, publiée dans le *British Journal of Cancer*. Il faut des centres spécialisés avec du personnel spécialisé. En Belgique, tous les chirurgiens et gynécologues peuvent opérer pour une pathologie du sein, même sans avoir reçu de formation. Cela soulève des questions. Dans un bon centre, les chances de *staging* correct des ganglions axillaires sont cinq fois plus grandes et celles d'une chirurgie axillaire correcte neuf fois plus grandes. Le risque de récurrence locale est inférieur de 57 % et les chances de survie supérieures de 20 %.

ten goede zal komen. Er moet psychosociale begeleiding worden geboden. In België wordt veel gesproken over cijfers, maar een borstkliniek houdt veel meer in dan cijfers.

België is één van de meest getroffen landen van de wereld. In 2006 zullen waarschijnlijk 8 000 nieuwe gevallen van borstkanker bij vrouwen worden vastgesteld.

In 2003 werd een koninklijk besluit uitgevaardigd omtrent programma's voor oncologische zorg. Op dat ogenblik hebben zowel *Europa Donna* als de chirurgen en gynaecologen gevraagd om borstklinieken op te richten, maar dat was toen onmogelijk. Men was het er wel over eens dat gespecialiseerde zorgprogramma's voor tumoren met complexe multidisciplinaire benadering noodzakelijk zijn. Ze zijn er echter nog altijd niet.

Volksvertegenwoordiger Magda De Meyer heeft als eerste naar de vrouwen geluisterd en een voorstel van resolutie ingediend dat in 2005 in de Kamer werd aangenomen. Ik betreur echter dat de resolutie geen cijfers bevat. Er was dus alleen een akkoord over het beginsel, maar niet over de cijfers. Blijkbaar schrikten die te veel af.

Nu ligt het voorstel van de heer Roelants du Vivier ter tafel.

De heer Didier Vander Steichel, wetenschappelijk directeur van de Stichting tegen kanker, heeft op basis van minimale klinische gegevens een eerste tabel gemaakt van de situatie in België. In 14 % van de ziekenhuizen worden per jaar meer dan 150 borstkankerpatiënten geopereerd, in 41 % minder dan 50 patiënten. Deze cijfers op zich betekenen niets als we niet weten hoeveel chirurgen en gynaecologen in die ziekenhuizen de borstchirurgie uitoefenen. In bepaalde ziekenhuizen waar talrijke operaties gebeuren, zijn er tot 30 chirurgen en gynaecologen die ingrepen doen, zodat ze soms elk gemiddeld maar 10 patiënten per jaar opereren. Dat beantwoordt helemaal niet aan de EUSOMA-criteria. Momenteel staat het RIZIV er weigerachtig tegenover om die cijfers bekend te maken.

Toch moet het mogelijk zijn om dokters rond de tafel te krijgen. In het Gentse zijn tien gynaecologen en tien chirurgen van een groot ziekenhuis rond de tafel gaan zitten. Ze hebben afgesproken om nog maar met vier de borstpathologie te behandelen; de anderen nemen de overige pathologieën voor hun rekening. Dat komt dus ook de andere pathologieën ten goede.

Wij vragen zeker geen mastodontziekenhuizen, wel ziekenhuizen die een correcte behandeling en een menselijke benadering kunnen garanderen. De kleinere ziekenhuizen, zeker in de uithoeken van ons land, moeten niet verdwijnen. Ook daar moet het mogelijk zijn dat een twintigtal artsen van verschillende ziekenhuizen rond de tafel gaan zitten en afspreken dat vier ervan zich specifiek met borstpathologie zullen bezighouden.

De heer Rutgers, voormalig voorzitter van de EORTC, trok op het symposium van Europa Donna 2003 volgend besluit : « De diagnose en behandeling van vrouwen met borstkanker buiten het kader van een gespecialiseerd multidisciplinair team en werkend in een speciale eenheid is obsoleet, mag beschouwd worden als « *bad clinical practice* » en zal veel vrouwen met borstkanker schaden. »

Voor mijn eigen besluit verwijs ik naar de studie van Kingsmore, verschenen in de *British Journal of cancer* van 2004. Gespecialiseerde centra met gespecialiseerd personeel zijn nodig. In België kunnen alle chirurgen en gynaecologen borstpathologie opereren. Sommigen onder hen hebben daarvoor nooit een opleiding gehad. Dat doet vragen rijzen. In een goed centrum is er, volgens de studie, die acht jaar duurde, vijf maal meer kans op correcte *staging* van de okselklieren en negen maal meer kans op correcte okselheekunde. Er is 57 % minder kans op lokaal herval en 20 % meer kans op overleving.

En mai 2005, le *New England Journal of Medicine* a publié un article sur l'Herseptine, un médicament qui améliorerait considérablement le traitement du cancer de sein. Le ministre souhaite autoriser le remboursement de ce médicament coûteux au début de 2006, sans attendre que le médicament ait prouvé qu'il garantit de meilleures chances de survie. Nous savons depuis dix ans déjà que les cliniques du sein garantissent de meilleures chances de survie. Or, en 2006, il n'y a toujours pas de normes les concernant. Ces dernières pourraient toutefois sauver la vie de certaines femmes.

M. Jean-Marie Nogaret. — D'abord, je vous remercie d'avoir invité ceux qui, chaque jour, prennent en charge des patientes mais aussi des patients — 60 à 70 hommes par an — qui présentent un cancer du sein.

Je voudrais aborder deux aspects importants : les cliniques du sein et le dépistage.

J'espère que nous avons clairement démontré ici l'importance des cliniques du sein qui peuvent augmenter jusqu'à 30 % les chances de survie des patients. Pour nous, cette idée est assez élémentaire puisque l'Institut Bordet a toujours fonctionné de cette façon depuis sa fondation en 1939, comme d'ailleurs tous les grands centres contre le cancer, dans le monde. Depuis plus de vingt ans, nous avons créé une véritable clinique qui répond à toutes les normes EUSOMA.

Permettez-moi de faire quelques remarques sur le texte de loi. Un élément me choque à la première page où il est dit que 7 400 femmes ont présenté un cancer du sein en 2002 et que 2 700 d'entre elles sont décédées. Cette donnée doit absolument être modifiée. D'abord, ce chiffre est probablement légèrement surestimé car de nombreuses femmes sont reprises deux fois dans les statistiques parce que la biopsie a été faite dans un institut et le traitement dans un autre. Bien entendu, le chiffre des décès est inexact. Si 2 700 femmes sont bien décédées d'un cancer du sein durant cette année, il faut savoir que certains de ces cancers avaient été diagnostiqués plusieurs années auparavant, à des stades souvent beaucoup plus évolués qu'aujourd'hui. Cette erreur doit absolument être corrigée en disant que les diagnostics posés actuellement ont de bien meilleurs pronostics que ceux d'il y a dix ou quinze ans. Heureusement, le stade des lésions au moment du diagnostic et les traitements évoluent favorablement.

J'en viens au nombre des interventions pour le sein. Il est dit, en page 3, que 20 000 femmes ont été traitées de manière chirurgicale, pour lésion du sein et que l'on compte, en Belgique, environ 6 000 nouveaux cas par an. Cela signifie qu'un nombre considérable de femmes subissent des interventions chirurgicales pour des lésions bénignes qui, en principe, ne doivent pas être retirées. Il faudra soulever ce problème car on dispose actuellement d'une série de moyens de diagnostic à utiliser avant une intervention chirurgicale, moyens qui permettront d'opérer moins de lésions bénignes du sein.

Par ailleurs — et le docteur Carly a soulevé le problème — on parle de 121 hôpitaux, avec une moyenne de 12 à 17 cas par hôpital. Or, l'hôpital du Gasthuisberg et l'Institut Bordet comptent ensemble environ 1 500 cas. Si l'on retire ce chiffre du nombre total, on arrive à une moyenne largement inférieure à 12 ou 17 dans certains hôpitaux.

Pour ce qui est du nombre de patients pris en charge dans chacune de ces cliniques, je pense que les normes Eusoma ont été pensées pour avoir une masse critique minimale. Or, la proposition de loi réduit ce chiffre à 100 voire à 20 par médecin, c'est-à-dire moins de deux par mois. Si notre pays veut rester crédible et que ses cliniques soient reconnues au niveau européen, notamment pour servir de centres de formation et pour pouvoir participer à des protocoles d'études, il faut maintenir les critères européens. Ce n'est pas le nombre qui devait diminuer mais le nombre de cliniques du sein doit être adapté en fonction de la superficie du pays. Bien entendu, l'Allemagne ou la France auront plus de

Vorig jaar mei is er in de *New England Journal of medicine* een artikel verschenen over Herseptine, een geneesmiddel dat grote verbetering zou brengen bij borstkanker. Begin 2006 wil minister Demotte dat dure geneesmiddel terugbetalen. Wij staan daar achter, maar het geneesmiddel heeft nog niet aangetoond dat het een grotere overlevingskans garandeert. Al tien jaar weten we dat borstklinieken dat wel doen. In 2006 bestaat er echter nog steeds geen normering. Die normen zouden nochtans vrouwenlevens kunnen redden.

De heer Jean-Marie Nogaret. — Eerst en vooral dank ik u dat u de personen hebt uitgenodigd die dagelijks zorgen voor de vrouwelijke, maar ook de mannelijke patiënten — 60 à 70 mannen per jaar — die aan borstkanker lijden.

Ik zou twee belangrijke aspecten willen aansnijden : de borstklinieken en de borstkankerscreening.

Hopelijk hebben wij het belang van de borstklinieken duidelijk kunnen aantonen; ze kunnen de overlevingskansen van de patiënten met 30 % verhogen. Voor ons gaat het om een vrij elementaire idee, want zoals alle grote kankerinstellingen in de wereld heeft het Bordet-instituut sinds zijn oprichting in 1939 altijd op die manier gewerkt. Al twintig jaar lang werken wij aan de uitbouw van een echte kliniek die beantwoordt aan de EUSOMA-normen.

Ik zou enkele opmerkingen willen maken over de wettekst. Het ergert me dat op de eerste bladzijde wordt gezegd dat 7 400 vrouwen in 2002 aan borstkanker leden en dat 2 700 van hen overleden zijn. Dat gegeven moet absoluut worden aangepast. Vooreerst wordt dat cijfer waarschijnlijk licht overschat want heel wat vrouwen komen tweemaal in de statistieken voor omdat ze de biopsie in één ziekenhuis lieten nemen en ze in een ander ziekenhuis worden behandeld. Het sterftecijfer is uiteraard niet correct. In dat jaar mogen er dan 2 700 vrouwen gestorven zijn aan borstkanker, u moet toch weten dat de diagnose van sommige van die kankers al verschillende jaren daarvoor is gesteld en vaak in een verder gevorderd stadium dan we vandaag doen. Die fout moet absoluut worden rechtgezet. De prognoses voor de diagnoses die vandaag worden gesteld, zijn heel wat gunstiger dan tien of vijftien jaar geleden en de behandelingen kennen een positieve ontwikkeling.

Ik kom bij het aantal ingrepen voor de borst. Op bladzijde 3 staat dat 20 000 vrouwen een chirurgische ingreep ondergingen voor laesies aan de borst en dat men in België jaarlijks ongeveer 6 000 nieuwe gevallen telt. Dat betekent dat een aanzienlijk aantal vrouwen chirurgisch worden behandeld voor goedaardige laesies die niet moeten worden verwijderd. Dat probleem moet worden aangehaald, want vandaag beschikken we over methoden om de diagnose nog vóór de chirurgische ingreep te stellen zodat er minder goedaardige laesies aan de borst worden geopereerd.

Er is overigens sprake — dokter Carly heeft dat aangehaald — van 121 ziekenhuizen met een gemiddelde van 12 à 17 gevallen. Het ziekenhuis Gasthuisberg en het Bordetinstituut tellen samen ongeveer 1 500 gevallen. Als we dat cijfer aftrekken van het totale aantal, dan ligt het gemiddelde in sommige ziekenhuizen een stuk lager dan 12 à 17 gevallen.

De EUSOMA-normen voor het aantal patiënten per ziekenhuis gaan mijns inziens uit van een minimale kritische massa. Het wetsvoorstel verlaagt dat cijfer echter tot 100 of eventueel tot 20 patiënten per arts, wat neerkomt op minder dan twee patiënten per maand. Wil ons land geloofwaardig blijven en willen onze ziekenhuizen Europese erkenning genieten, met name als opleidingscentra en voor de deelname aan studieprotocollen, dan moeten de Europese criteria gehandhaafd blijven. Hun aantal moest niet verminderen, maar het aantal borstklinieken moet worden aangepast aan de dimensies van het land. Natuurlijk zullen er in Duitsland of Frankrijk meer klinieken zijn dan in België.

cliniques que la Belgique. En fonction des chiffres, il me semble qu'une vingtaine ou une trentaine de cliniques du sein en Belgique permettrait de couvrir la totalité des besoins.

J'aborde à présent la question du dépistage qui fait actuellement l'objet d'une polémique assez malheureuse. On oppose en effet le mammothest et le dépistage complet. Il ne faut exclure ni l'un ni l'autre mais bien préciser que ce sont deux dépistages différents. Le mammothest permet certainement d'amener au dépistage des femmes qui n'y seraient jamais allées mais il faut tout de même souligner que la qualité n'est pas tout à fait la même que pour un dépistage complet. Je suis très heureux que la proposition de loi ramène le premier dépistage à 40 ans, car la tranche d'âge de 50 à 69 ans comprend seulement 50 % des femmes atteintes d'un cancer du sein. Le dépistage actuel exclut donc la moitié des femmes.

De 25 à 30 % des femmes atteintes d'un cancer sont âgées de moins de 50 ans. Il importe donc d'inclure les quadragénaires dans le dépistage.

Par ailleurs, je trouve un peu choquant d'exclure du dépistage les femmes âgées de plus de 69 ans. Il m'arrive assez souvent de voir en consultation des femmes de plus de 70 ans présentant de grosses lésions mais persuadées qu'elles ne peuvent présenter de cancer du sein puisque le dépistage n'est plus organisé après 69 ans. Cette limite d'âge a donc un effet très pernicieux. Il faudrait permettre aux femmes de plus de 69 ans de bénéficier du dépistage, d'autant que beaucoup ont encore, à cette âge, une excellente espérance de vie.

Il faut également attirer l'attention sur le type de dépistage réalisé. Le mammothest ne consiste qu'en deux clichés réalisés par un technicien et est loin d'être optimal. À mes yeux et à ceux de nombreux cancérologues, un dépistage optimal comprend une anamnèse, un examen clinique, une mammographie et une échographie.

Je me permettrai de citer deux exemples. J'ai demandé à une de mes *data managers* de passer en revue, pour l'année 2005, les cas de petites lésions traités à l'Institut Bordet, qui proviennent de l'ensemble du pays. Nous avons traité, en 2005, 419 patientes présentant de petites lésions, dont 49 n'ont été visualisées qu'à l'échographie. Cela veut dire que si l'on n'avait pratiqué qu'une mammographie, on serait passé à côté de 10 % des cas. Une autre patiente m'a permis de relater son cas. Il s'agit d'une dame de 52 ans qui a réalisé un mammothest au mois de novembre 2005. Le résultat du mammothest a été négatif et on a recommandé à cette dame de revenir deux ans plus tard. Trois semaines plus tard, cette dame a palpé une masse dans un sein et a fait effectuer une mise au point dans un centre spécialisé. Quand elle s'est présentée chez nous, elle avait une tumeur de 6 centimètres de diamètre. Cette dame a donc été faussement rassurée et aurait pu attendre plusieurs mois ou plusieurs années avant de se soumettre à un nouveau contrôle.

En conclusion, s'il ne faut pas rejeter le mammothest, il faut préciser qu'il ne s'agit pas d'un dépistage complet et que le dépistage complet, même s'il engendre un petit supplément de prix, offre davantage de garanties. De plus, il faut commencer le dépistage à 40 ans et ne pas systématiquement exclure toutes les patientes après 70 ans.

M. Simon Van Belle. — Je tiens tout d'abord à remercier la commission de donner l'occasion aux personnes confrontées quotidiennement au cancer de venir témoigner ici et d'expliquer de quelles frustrations elles souffrent parfois.

Mes collègues ont déjà suffisamment souligné l'importance de cliniques du sein de qualité, bénéficiant d'une bonne infrastructure, et le fait que le dépistage du cancer du sein est un droit fondamental de chaque femme. La fixation d'une limite d'âge me pose problème. N'oublions pas que 25 % de tous les cancers chez

Afhankelijk van de cijfers zouden we in België met twintig of dertig borstklinieken alle noden kunnen lenigen.

Nu kom ik bij de kwestie van de screening, waarover momenteel een vrij ongelukkige polemiek wordt gevoerd. Daarbij stelt men de mammografie en de volledige screening tegenover elkaar. Men mag noch de ene, noch de andere uitsluiten, maar men moet preciseren dat het om twee vormen van screening gaat. Dankzij de mammografie laten vrouwen zich screenen die dat anders nooit hadden gedaan, maar er dient toch te worden beklemtoond dat de kwaliteit van dat onderzoek niet dezelfde is als die van een volledige screening. Het verheugt me dat het wetsvoorstel de leeftijd voor de eerste screening verlaagt tot 40 jaar, want de leeftijdscategorie tussen 50 en 69 jaar behelst slechts 50 % van de vrouwen die aan kanker lijden. De huidige screening sluit dus de helft van de vrouwen uit.

Ongeveer 25 à 30 % van de vrouwen die aan kanker lijden, is jonger dan 50 jaar. Het is dus belangrijk om de screening uit te breiden tot de veertigers.

Het ergert me overigens dat vrouwen ouder dan 69 van de screening worden uitgesloten. Tijdens mijn raadpleging maak ik vaak mee dat vrouwen ouder dan 70 jaar zware laesies vertonen, maar in de waan verkeren dat ze geen kanker meer kunnen ontwikkelen, aangezien er na 69 jaar niet meer wordt gescreend. Die leeftijdsgrens heeft dus een averechts effect. Men zou vrouwen ouder dan 69 jaar tot de screening moeten toelaten, want velen van hen hebben nog een uitstekende levensverwachting.

We mogen ook niet uit het oog verliezen dat er op verschillende manieren wordt gescreend. Voor een mammografie neemt een technicus maar twee negatieven en dat onderzoek is allesbehalve optimaal. Voor mij en voor vele oncologen bestaat een optimale screening uit een vraaggesprek, een klinisch onderzoek, een mammografie en een echografie.

Ik zou twee voorbeelden willen geven. Aan één van mijn *data managers* heb ik een overzicht gevraagd van alle kleine laesies uit heel het land die in het Bordetinstituut werden behandeld. In 2005 hebben wij 419 patiënten met kleine laesies behandeld waarvan er 49 alleen op de echografie zichtbaar waren. Mochten we alleen een mammografie hebben genomen, dan zouden 10 % van de gevallen aan ons voorbij zijn gegaan. Een andere patiënte heeft mij toegelaten haar geval te vertellen. Een ander geval is dat van een dame van 52 jaar die in november 2005 een mammografie heeft laten uitvoeren. Het resultaat was negatief en zij kreeg de aanbeveling om twee jaar later terug te komen. Drie weken later voelt de vrouw een knobbeltje in haar borst en ze laat zich onderzoeken in een gespecialiseerd centrum. Toen ze ons opnieuw raadpleegde, had ze een gezwell van 6 centimeter diameter. Die dame werd dus ten onrechte gerustgesteld en had net zo goed verschillende maanden of jaren kunnen wachten alvorens zich opnieuw te laten onderzoeken.

Ik kom dus tot het besluit dat men de mammografie niet mag afwijzen, maar dat men wel moet preciseren dat een mammografie niet overeenstemt met een volledige screening. Een volledige screening mag dan iets duurder uitvallen, hij biedt meer waarborgen. Bovendien moet men vanaf 40 jaar beginnen screenen en alle patiënten ouder dan 70 jaar niet stelselmatig uitsluiten.

De heer Simon Van Belle. — Eerst wil ik de commissie danken voor deze gelegenheid die ze biedt aan de mensen die dagelijks met kanker te maken hebben, om hier te komen getuigen en uit te leggen met welke frustraties ze soms zitten.

Mijn collega's hebben al voldoende gewezen op het belang van kwalitatieve, goed onderbouwde borstklinieken en op het feit dat borstkankerscreening een basisrecht is voor elke vrouw. Ik heb het nog altijd moeilijk met het vaststellen van leeftijdsgrenzen. We mogen niet vergeten dat 25 % van alle kankers bij vrouwen nog na

la femme surviennent après l'âge de 70 ans et que ces femmes ont encore une espérance de vie moyenne de 15 ans. Le plus simple est donc de considérer le dépistage comme un droit fondamental de toute femme. Cela coûtera cher mais rapportera beaucoup à long terme et épargnera surtout beaucoup de souffrance.

On a déjà beaucoup discuté du nombre annuel d'opérations par clinique et par chirurgien. Ces règles ont été fixées au niveau européen, non pas dans un souci protectionniste mais pour offrir une garantie minimale d'un traitement de qualité. Un pays civilisé comme la Belgique n'atteint pas ces seuils. Nous estimons que de 60 à 75 % des patientes ne sont pas traitées au bon endroit. Si nous convertissons cette estimation en vies perdues, nous arrivons à un nombre annuel de décès oscillant entre 600 et 900.

Il ne faut pas jeter la pierre aux femmes qui ne savent pas où il vaut mieux s'adresser.

Ce sont les responsables politiques qui doivent garantir à ces femmes un traitement de qualité. Ils peuvent imposer des critères minimums. Finalement, en imposant les critères appropriés, on sauverait le même nombre de vies comme si on arrêta toute la circulation en Belgique. Nous comptons à peu près deux mille morts sur la route par an. Or, l'installation de critères exacts permettrait de sauver près de mille vies humaines et d'améliorer la qualité de vie des patientes survivantes. L'argent actuellement englouti dans un traitement inapproprié pourrait aussi être affecté au financement de tous les médicaments coûteux assurant une meilleure survie.

Voilà en résumé ce que nous préconisons: il faut opérer des choix fondamentaux. Ou bien nous instaurons un label de qualité dans les cliniques du sein pour permettre aux femmes de choisir l'endroit où elles seront traitées, ou bien nous contentons un peu tout le monde mais au détriment des patientes et des personnes qui s'en occupent quotidiennement. Ce dernier choix peut rapporter des électeurs localement mais, globalement, il en fera perdre car il coûtera la vie à de nombreuses femmes.

M. Patrick Neven. — Je suis attaché, en tant que gynécologue, au *Multidisciplinair Borstcentrum* du Gasthuisberg à Louvain. Après une formation de cinq ans, je me suis spécialisé en chirurgie mammaire et en traitements postopératoires spécifiques. J'ai ensuite suivi une formation de deux ans dans une clinique du sein à l'étranger. Comme il n'y avait pas de clinique du sein dans notre pays, je n'ai pas trouvé immédiatement un travail correspondant à ma formation. Je me suis alors consacré pendant huit ans à l'oncologie gynécologique et à la chirurgie mammaire en milieu hospitalier.

Des cliniques du sein ont progressivement vu le jour dans notre pays également. Cette tendance doit absolument se poursuivre.

Auparavant, le centre universitaire n'intervenait que sur demande du médecin généraliste. À présent, le centre donne souvent un deuxième ou un troisième avis, ce qui modifie souvent le diagnostic. On met alors en œuvre des thérapies plus adaptées qui améliorent les chances de survie. Nous voyons encore souvent des patientes confrontées à un diagnostic inattendu et à des patientes présentant une tumeur soi-disant non hormonodépendante qui, en fin de compte, se révèle hormonodépendante, ce qui nécessite un traitement différent.

Les cliniques du sein agréées trouvent que le médecin généraliste joue un rôle capital dans le renvoi vers un centre

de l'âge de 70 ans et que ces femmes ont encore une espérance de vie moyenne de 15 ans. Le plus simple est donc de considérer le dépistage comme un droit fondamental de toute femme. Cela coûtera cher mais rapportera beaucoup à long terme et épargnera surtout beaucoup de souffrance.

Er is al veel gediscussieerd over het aantal gevallen dat per borstkliniek en per chirurg jaarlijks moet worden geopereerd. Deze regels zijn op Europees niveau vastgelegd. Ze zijn niet zomaar uit protectionisme opgesteld, maar vormen een minimale garantie voor een goede behandeling. In een beschaafd land als België bereiken we deze drempels niet. We schatten dat 60 tot 75 % van de patiënten niet op de juiste plaats terecht komt. Als we dat omrekenen in verloren vrouwenlevens komen we aan 600 tot 900 doden per jaar.

We moeten de steen niet werpen naar de vrouwen die op het moment dat ze iets ontdekken, zo snel mogelijk naar die plaats gaan waar ze verwachten goed geholpen te worden. Op het moment dat ze met zoiets geconfronteerd worden, kunnen ze niet beslissen waar ze het best naartoe gaan.

De politici moeten deze vrouwen de waarborg op een goede behandeling bieden. Zij kunnen zeer minimale criteria opleggen. Uiteindelijk redden we door het opleggen van de juiste normen ongeveer evenveel levens als wanneer we in België al het verkeer zouden stilleggen. We hebben ongeveer tweeduizend verkeersdoden per jaar. Welnu, door het inbouwen van de juiste criteria kunnen we jaarlijks iets minder dan duizend mensenlevens redden. Elke minister van Mobiliteit zou tevreden zijn om dat te bereiken. Bovendien wordt de levenskwaliteit van de overlevende patiënten ook een stuk beter. We zouden waarschijnlijk ook alle dure geneesmiddelen die een nog betere overleving mogelijk maken, kunnen betalen met het geld dat nu door een verkeerde behandeling verloren gaat.

Dat is zowat de samenvatting van waar we voor staan: we moeten basiskeuzes maken. Ofwel voeren we een kwaliteitslabel voor borstklinieken in, zodat vrouwen kunnen kiezen waar ze behandeld worden en zeker zijn waar ze op een goede behandeling kunnen rekenen. Ofwel stellen we iedereen een beetje tevreden, maar dan ten koste van de patiënten zelf en van de mensen die er dagelijks mee bezig zijn. Dat laatste kan plaatselijk wat meer kiezers opleveren, maar globaal zullen we evenveel kiezers verliezen langs de kant van de vrouwen die er hun leven bij inschieten.

De heer Patrick Neven. — Ik ben als gynaecoloog verbonden aan het Multidisciplinair Borstcentrum van Gasthuisberg te Leuven. Na een vijfjarige opleiding heb ik me gespecialiseerd in borstchirurgie en borstbehandeling na borstoperaties. Dan volgde ik twee jaar opleiding in een borstkliniek in het buitenland. Omdat er in ons land geen borstklinieken waren, vond ik eerst geen werk in overeenstemming met mijn opleiding. Ik heb me dan gedurende acht jaar in een ziekenhuis toegelegd op de gynaecologische oncologie, inclusief borstchirurgie.

Stilaan zijn er ook in ons land borstklinieken opgericht. Dat is een trend die zich zeker moet doorzetten.

Vroeger trad het universitaire centrum pas op na een doorverwijzing door de huisarts. Nu geeft het centrum ook dikwijls een tweede of derde opinie waardoor de diagnose vaak verandert. Dan worden meer aangepaste therapieën aangewend die de overlevingskansen verhogen. Geregeld zien we nog patiënten die met een onverwachte diagnose worden geconfronteerd en patiënten die zogezegd een hormoonafhankelijke tumor hebben terwijl die uiteindelijk wel hormoonafhankelijk blijkt te zijn, wat een andere therapie vereist.

De erkende borstklinieken vinden dat de huisarts een cruciale rol speelt in het doorverwijzen en dringen aan op een specifieke

spécialisé et elles soulignent la nécessité d'une réglementation spécifique. Elles demandent en outre que l'on s'attache davantage à la posture étant donné que 30% des patientes traitées rechutent. Un bon accompagnement *a posteriori* est indispensable.

Je sais par expérience que deux ans après l'opération, de nombreuses patientes n'ont toujours pas repris le travail car elles ne trouvent pas un accord satisfaisant avec le médecin du travail et l'INAMI. Cet aspect doit être mieux pris en compte.

Bien que chaque patiente ait droit à un dépistage, l'analyse des coûts et bénéfices est plus avantageuse au-delà de 50 ans. Avant cet âge, le dépistage du cancer du sein est plus malaisé.

Les cliniques du sein doivent aussi s'attacher plus particulièrement aux patientes présentant un risque accru de cancer du sein, ce qui requiert une spécialisation. Chaque semaine, nous organisons une concertation avec des spécialistes en génétique humaine, ce qui nous permet de mieux cibler les patientes qui tireront un bénéfice d'un dépistage précoce.

M. François Roelants du Vivier (MR). — Concernant l'âge du dépistage de masse, j'ai été heureusement surpris — car je m'attendais à beaucoup de résistance — d'entendre émettre le souhait que le dépistage soit élargi non seulement aux femmes âgées de 40 à 50 ans mais aussi aux femmes âgées de plus de 70 ans.

Un des arguments que j'avais utilisés pour la tranche d'âge 40-50 ans est qu'en limitant le dépistage à la tranche d'âge actuellement retenue, on envoie une sorte de message subliminal aux patientes se trouvant à un âge inférieur et supérieur à cette tranche d'âge leur faisant croire qu'elles sont hors de cause. Je pensais que, singulièrement pour les femmes plus jeunes, cela était particulièrement grave parce qu'elles se pensaient à l'abri de cette maladie davantage encore que les femmes plus âgées.

Si le corps médical souhaite élargir le dépistage de masse, c'est un progrès que nous devons pouvoir concrétiser. Il faut cependant reconnaître, comme le dit le Dr Nogaret, qu'un mammotest ne fait pas le printemps et n'est qu'un moyen de sensibiliser le public concerné et de le convaincre d'aller plus loin dans le dépistage et de ne pas se contenter de ce qui est offert par la collectivité.

Plusieurs intervenants ont jugé ma proposition trop peu ambitieuse à propos des critères pour les cliniques du sein. Je me réjouis de ces remarques dans la mesure où les intervenants peuvent imaginer les résistances qui existent à l'intérieur de leur profession à l'égard d'un critère, quel qu'il soit. J'ai reçu de certains de leurs confrères des lettres peu agréables, m'accusant de faire de l'idéologie, de promouvoir une médecine décidée d'en haut et ne donnant pas le libre choix à chacun. Vu cette résistance, j'ai sans doute été un peu timide en parlant de 100 et de 20 et non de 150 et de 50. Si le corps médical souhaite que l'on aille plus loin, je serai le premier à m'en réjouir. Dans notre pays, le compromis est érigé en règle générale. Sans doute faudra-t-il à un moment trouver un chiffre sur lequel chacun pourra s'accorder. La base de ces normes est indiscutable vu qu'il s'agit de recommandations de l'EUSOMA.

Plusieurs intervenants ont insisté sur l'importance du suivi des patientes. Une fois l'opération terminée, par exemple une amputation, il arrive que certains chirurgiens disent à leur patiente qu'elle est guérie. Or, les choses continuent et l'on est loin d'être dans la phase ultime de la convalescence, d'où l'importance d'une structure qui, comme une clinique du sein, permet de suivre pendant des années la patiente ou, le cas échéant, le patient pour cette affection particulière.

Je reste convaincu qu'il faut poursuivre sans désespérer pour obtenir la mise en place de ces cliniques du sein. Lors d'une première discussion, le ministre de la Santé publique avait déclaré

regeling. Daarenboven vragen ze ook meer aandacht voor de nabehandeling aangezien 30% van de behandelde patiënten hervalt. Een goede begeleiding achteraf is onontbeerlijk.

Uit ervaring weet ik dat veel patiënten twee jaar na de operatie het werk nog steeds niet hebben hervat omdat het niet tot een goed akkoord komt met de arbeidsgeneesheer en het RIZIV. Ook dat aspect moet meer aandacht krijgen.

Hoewel elke patiënte recht heeft op een screening, valt de kosten-batenanalyse gunstiger uit bij patiënten van over de 50. Voor die leeftijd is borstkanker moeilijker op te sporen.

In de borstklinieken moeten we ook meer aandacht schenken aan patiënten met een hoger risico op borstkanker, wat specialisatie veronderstelt. Wekelijks organiseren we overleg met specialisten van menselijke erfelijkheid waardoor we beter kunnen definiëren welke patiënten baat hebben bij een vroegtijdige screening.

De heer François Roelants du Vivier (MR). — Ik was aangenaam verrast — ik had meer weerstand verwacht — dat de specialisten die wij hebben uitgenodigd, gewonnen zijn voor een uitbreiding van de massascreening tot vrouwen tussen 40 en 50 jaar en tot vrouwen ouder dan 70 jaar. Ik had daartegen immers veel weerstand verwacht.

Met de keuze van de huidige doelgroep geven we aan vrouwen die jonger of ouder zijn eigenlijk het onterechte signaal dat ze geen gevaar lopen. Dat was één van de argumenten die ik had aangehaald. Voor jongere vrouwen was dat bijzonder erg, want nog meer dan oudere waanden ze zich buiten schot.

De massascreening uitbreiden is een stap voorwaarts. Als het medisch corps dat wenst te doen, dan moet daaraan concreet gevolg worden gegeven. Met dokter Nogaret moeten we echter erkennen dat één mammografie de lente niet maakt. Het is slechts een middel om het publiek te sensibiliseren en het ervan te overtuigen geen genoegen te nemen met het onderzoek dat de overheid aanbiedt, maar verder te gaan en zelf een uitgebreid onderzoek te laten uitvoeren.

Verskillende sprekers vonden mijn voorstel van criteria voor de borstklinieken niet ambitieus genoeg. Die opmerkingen verheugen me, want de sprekers beseffen maar al te goed hoe sterk hun collega's zich kunnen verzetten tegen criteria van welke aard dan ook. Sommige van hun confraters hebben mij weinig aangename brieven gestuurd, waarin ze me beschuldigen van ideologisch weerwerk, als zou ik een top-down geneeskunde voorstaan en de vrije keuze willen belemmeren. Gelet op dat verzet heb ik wat schuchter 100 en 20 voorgesteld in plaats van 150 en 50. Als het medisch corps verder wil gaan, dan ben ik de eerste om dat toe te juichen. In ons land wordt het compromis tot algemene regel verheven. We moeten wellicht een cijfer vinden waarover iedereen het eens kan zijn. De grondslag voor die normen staat niet ter discussie aangezien ze door de EUSOMA worden aanbevolen.

Verskillende sprekers hebben gewezen op het belang van de follow-up van de patiënten. Na een operatie, een amputatie bijvoorbeeld, verklaren sommige heekundigen hun patiënte genezen. Het ultieme herstel volgt echter niet onmiddellijk na de operatie. Daarom is een structuur zoals een borstkliniek waar de patiënte zich in voorkomend geval voor die bijzondere aandoening nog jaren kan laten volgen, zo belangrijk.

Ik blijf ervan overtuigd dat we moeten blijven ijveren voor de oprichting van borstklinieken. Bij de eerste discussie heeft de minister van Volksgezondheid verklaard dat hij niet tegen de tekst

qu'il n'était pas opposé au texte de la proposition mais qu'il était prématuré de prendre position. Il souhaitait que l'on affine la proposition afin de savoir dans quelle mesure il était nécessaire d'établir des normes. Le ministre rejoignait les propos tenus aujourd'hui par certains intervenants : s'il y a des normes, pourquoi ne pas se conformer strictement aux normes européennes ?

Le gouvernement a la volonté d'aller de l'avant. Nous devons profiter de l'opportunité pour progresser et réussir. Les déclarations des différents intervenants renforcent à la fois ma préoccupation et ma volonté d'avancer. Je souligne d'ailleurs l'importance de ce qui a été dit à propos du dépistage à partir de 40 ans et au-delà de 70 ans.

M. Patrik Vankrunkelsven (VLD). — En matière de dépistage, le mieux est parfois l'ennemi du bien. Selon le rapport du centre de référence, il n'y a actuellement aucune raison de considérer qu'en procédant à une échographie en plus de la radiographie, on augmente les chances de survie.

C'est entre 50 et 70 ans que le dépistage augmente plus les chances de survie. Entre 70 et 75 ans, il augmente les chances de survie des femmes en bonne condition physique. Pour les femmes de moins de 50 ans, il présente cependant des effets négatifs. Les seuils de détection étant bien plus bas, on observe de nombreux faux positifs et faux négatifs, ce qui engendre un faux sentiment de sécurité.

Avant de prendre des décisions politiques à ce sujet, nous devons continuer à suivre l'évolution internationale. Les progrès importants enregistrés dans notre pays sont une conséquence du contrôle de qualité en radiologie. L'interprétation des radios peut être extrêmement divergente. En Flandre, des progrès énormes ont été enregistrés à partir du moment où les clichés ont été contrôlés par un deuxième radiologue et où les centres ont été soumis à un contrôle qualitatif.

Avant d'élargir les marges, il faut faire en sorte d'atteindre toutes les femmes entre 50 et 70 ans. Il se trouve que je suis bourgmestre de la commune flamande qui obtient le meilleur score à cet égard : nous atteignons plus de 60 % des femmes du groupe cible. Certaines communes obtiennent à peine 10 à 15 pour cent.

Avant de nous aventurer en terrain inconnu, nous devons nous concentrer sur la catégorie d'âge pour laquelle la littérature internationale montre des résultats. Il a par ailleurs été démontré que le dépistage n'est utile que s'il concerne un grand nombre de femmes. Chez certaines femmes, le dépistage est trop fréquent, chez d'autres pas assez. Nous devons investir notre énergie et nos moyens là où les résultats sont avérés.

Les chiffres sur les cliniques du sein sont impressionnants et portent à réfléchir. Il faudrait d'ailleurs également créer des centres spécialisés en chirurgie vasculaire et en traitement d'autres cancers. *The Journal of Medicine* fait état d'une recherche, notamment aux États-Unis, d'où il ressort que les centres bénéficiant d'une longue expérience obtiennent de meilleurs scores que les autres hôpitaux.

Sans vouloir dénigrer l'importance des cliniques du sein, je me demande dès lors si nous ne devrions pas envisager une spécialisation plus poussée de la médecine spécialisée et une approche multidisciplinaire. La littérature scientifique montre que la spécialisation et l'approche multidisciplinaire améliorent significativement les chances de survie pour 20 à 30 affections.

Mme Christel Geerts (SPA-SPIRIT). — Les chiffres présentés par les orateurs m'impressionnent. Il est bon que nous ayons une idée non seulement de l'aspect strictement médical mais aussi des autres aspects du traitement et des problèmes rencontrés par les patientes. C'est une incitation à aller de l'avant.

van het voorstel gekant was, maar dat het voorbarig was om een standpunt in te nemen. Hij vond het wenselijk om het voorstel te verfijnen om te weten of er wel normen moeten worden opgesteld. Vandaag sloot de minister zich bij sommige sprekers aan : waarom zouden we ons niet strikt aan de Europese normen houden ?

De regering wil voortgang maken. Wij moeten de gelegenheid te baat nemen om vooruitgang en succes te boeken. De betogen van de verschillende sprekers sterken me in mijn bezorgdheid en mijn gedrevenheid om voortgang te maken. Ik onderstreep trouwens wat werd gezegd over de screening onder de 40 en boven de 70 jaar.

De heer Patrik Vankrunkelsven (VLD). — Wat de screening betreft, is meer niet altijd beter. Volgens het rapport van het kenniscentrum bestaat er op het ogenblik geen enkele reden om aan te nemen dat echografie bovenop radiologie meer overlevingskansen biedt.

Tussen 50 en 70 jaar biedt screening meer overleving. Tussen 70 en 75 biedt het meer overleving voor vrouwen met een goede lichamelijke conditie. Voor vrouwen onder de 50 zijn er echter nogal wat negatieve effecten. De detectiegrenzen zijn veel beperkter : er zijn heel wat vals positieve en vals negatieve resultaten wat resulteert in een vals veiligheidsgevoel.

Voordat we daarover politieke beslissingen nemen, moet de internationale evolutie verder worden opgevolgd. De grote vooruitgang die in ons land kon worden geboekt, is een gevolg van de kwaliteitscontrole op de radiologie. De interpretatie van de foto's kan zeer sterk verschillen. In Vlaanderen werd enorme vooruitgang geboekt vanaf het ogenblik dat de screeningsfoto's door een tweede radioloog werden gecontroleerd, dat centra aan een kwalitatieve controle werden onderworpen.

Vooraleer we de marges verbreden, moet we ervoor zorgen dat we alle vrouwen tussen 50 en 70 jaar bereiken. Toevallig ben ik burgemeester van een gemeente die op dat vlak het beste scoorde in Vlaanderen : we bereikten meer dan 60 % van de vrouwen van de doelgroep. Sommige gemeenten bereiken nauwelijks 10 tot 15 %.

Voor we op onbekend terrein treden, moeten we ons concentreren op die leeftijdscategorie waarvoor de internationale literatuur aantoonde dat resultaten worden bereikt. Bovendien is ook aangetoond dat screening pas zinvol wordt als ze betrekking heeft op een groot aantal vrouwen. Sommige vrouwen worden immers te veel gescreend en andere vrouwen te weinig. We moeten onze energie en middelen investeren in wat bewezen is.

De cijfers over de borstklinieken zijn indrukwekkend en stemmen tot nadenken. Overigens zouden gespecialiseerde centra ook welkom zijn voor vaatchirurgie en de oncologie van andere organen. In *The Journal of Medicine* werd melding gemaakt van onderzoek, onder meer in de VS, waaruit bleek dat centra met veel ervaring veel beter scoren dan andere ziekenhuizen.

Zonder afbreuk te willen doen aan het belang van borstklinieken, vraag ik me dan ook af of we niet moeten nadenken over de oriëntering van de gespecialiseerde geneeskunde naar meer specialisatie en naar een multidisciplinaire aanpak. Op basis van wetenschappelijke literatuur kan voor 20 tot 30 aandoeningen worden aangetoond dat specialisatie en een multidisciplinaire aanpak significant betere overlevingskansen bieden.

Mevrouw Christel Geerts (SPA-SPIRIT). — Ik ben behoorlijk onder de indruk van de veelzeggende cijfers die de sprekers ons hebben meegedeeld. Het is goed dat we een beeld krijgen dat het enge medische model overstijgt met veel aandacht voor de andere aspecten van de verzorging en de problemen die patiënten ervaren. Voor ons is dit zeker een goede aanzet om, hopelijk snel, voort te werken.

Selon Luc Proot, les patientes de plus de 70 ans constituent un groupe cible non négligeable. Selon les informations non scientifiques dont je dispose, ce groupe éprouve même de grosses difficultés dans les programmes de soins oncologiques et les conditions générales des soins sont un peu négligées. M. Proot peut-il confirmer ces informations ?

M. Wouter Beke (CD&V). — Je voudrais commencer par poser une question générale à propos du dépistage. Par le biais du conseil de santé locale, j'ai moi-même une certaine expérience en matière de dépistage et je constate à ce sujet l'importance énorme de l'effort Mattheus. Le dépistage organisé au niveau local, en collaboration avec les prestataires de soins, les généralistes, les infirmiers, les services sociaux, les associations, etc — qu'il s'agisse de cancer du sein, du diabète ou d'autres affections — touche essentiellement une population qui se sent intuitivement concernée, de l'une ou l'autre manière, et qui, par exemple, prend elle-même contact avec son médecin généraliste, et non les groupes qui doivent encore être touchés. Il s'agit là d'un problème important. Au cours du débat que nous avons eu en commission en novembre sur le dépistage du diabète, nous sommes finalement parvenus à une conclusion similaire. Indépendamment de l'aspect scientifique et médical, nous devrions examiner la manière de toucher davantage de personnes peu scolarisées, d'allochtones, etc.

Deuxième question : dans quelle catégorie d'âge le cancer du sein est-il la principale cause de décès ?

M. Patrick Neven. — Les femmes entre 35 et 55 ans.

M. Wouter Beke (CD&V). — Troisième question : ne devrions-nous pas mettre en place un dépistage global afin d'éviter que des gens doivent consulter le médecin trois ou quatre fois, à chaque fois pour une autre affection ?

Une approche intégrée ne serait-elle pas préférable à une approche scindée ? Une approche intégrée nous permettrait d'investir plus efficacement d'éventuels moyens supplémentaires et d'augmenter les chances de succès.

M. Luc Proot. — Je voudrais d'abord répondre aux questions à propos de la résistance du corps médical. Je suis convaincu qu'elle existe, même si les chiffres montrent très clairement que les femmes traitées dans des centres spécialisés ont des chances de survie supérieures. C'est ce qui doit motiver en premier lieu la nouvelle proposition de loi.

La raison pour laquelle je soutiens la proposition d'instaurer des normes de qualité pour les cliniques du sein est que la pratique quotidienne montre que pour bon nombre de patientes, le respect des normes fait la différence. Pour l'examen du ganglion sentinelle, le ganglion axillaire en contact direct avec la tumeur, on a besoin de trois spécialistes bien soudés, à savoir un radiologue, un isotopiste et un technicien bien équipé. Peu de centres travaillent de la sorte. Cette nouvelle technique de dépistage doit d'abord être mise au point et pour cela, on a besoin d'au moins 50 à 100 patientes. Dans un petit centre, il est impossible d'atteindre la « masse critique », décrite dans l'un des critères.

En matière de dépistage, je partage l'opinion de M. Vankrunkelsven. Nous devons optimiser au maximum le dépistage entre 50 et 70 ans. La participation à ce dépistage est une condition *sine qua non* pour faire diminuer la mortalité. Je suis convaincu que le généraliste occupe ici une fonction charnière. Les chiffres que je viens d'avancer montrent en effet que plus de 20 % des femmes se font dépister sur demande de leur médecin généraliste. Cela s'explique par le fait que les femmes se rendent chez leur médecin munies de leur lettre d'invitation en demandant ce qu'elles doivent faire. Le médecin prescrit généralement une mammographie ou une échographie parce que pour l'une ou l'autre

Uit de uiteenzetting van Luc Proot bleek dat patiënten ouder dan 70 een niet onbelangrijke doelgroep vormen. Volgens mijn informatie, die absoluut niet wetenschappelijk is en die ik gewoon heb van mensen uit de praktijk, ervaart deze doelgroep zelfs in de oncologische zorgprogramma's bijzonder grote problemen en worden de randvoorwaarden voor de zorg een beetje genegeerd. Kan de heer Proot dat vanuit zijn ervaring bevestigen ?

De heer Wouter Beke (CD&V). — Om te beginnen heb ik een algemene vraag over screening. Via de lokale gezondheidsraad heb ikzelf enige ervaring met screeningonderzoek en stel vast dat het mattheuseffect daarbij sterk speelt. Screenings op lokaal niveau, in samenwerking met zorgverstrekkers, huisartsen, verpleegkundigen, sociale diensten, verenigingen, noem maar op — of het nu om borstkanker gaat, diabetes of andere aandoeningen — bereiken vooral die mensen die zich eigenlijk al intuïtief op een of andere manier aangesproken voelen en bijvoorbeeld zelf contact opnemen met hun huisarts, en niet die groepen die nog aangesproken moeten worden. Ik vind dat een belangrijk probleem. Tijdens ons commissiedebat in november over diabetesonderzoek kwamen we eigenlijk tot hetzelfde besluit. Los van het wetenschappelijke en geneeskundige aspect vind ik het belangrijk na te denken over de vraag hoe we laaggeschoolden, allochtonen enzovoort structureel beter kunnen bereiken.

Tweede vraag : in welke leeftijdscategorie is borstkanker de belangrijkste doodsoorzaak ?

De heer Patrick Neven. — Voor vrouwen tussen 35 en 55 jaar is het de belangrijkste doodsoorzaak.

De heer Wouter Beke (CD&V). — Derde vraag : moeten we niet komen tot een globale gezondheidsscreening om te vermijden dat mensen drie of vier keer naar de dokter moeten, telkens voor een andere aandoening.

Is één geïntegreerde benadering niet zinvoller dan een gesplitste aanpak. Met een geïntegreerde aanpak kunnen we de bestaande of eventueel bijkomende middelen toch efficiënter inzetten en lijken de kansen op succes me groter.

De heer Luc Proot. — Ik wil eerst antwoorden op de vragen over de weerstand bij het medisch korps. Ik ben ervan overtuigd dat die bestaat, ook al tonen de cijfers heel duidelijk dat een behandeling in gespecialiseerde centra vrouwen duidelijk een hogere overlevingskans biedt. Dit gegeven moet het belangrijkste motief zijn voor het nieuwe wetsvoorstel.

De reden waarom ik het voorstel tot invoering van kwaliteitsnormen voor borstklinieken steun is ook dat de dagelijkse praktijk toont dat het respect voor de normen voor vele patiënten het verschil maakt. Het gaat echt om grote aantallen. Voor het onderzoek van de sentinelklier, de okselklier die rechtstreeks in contact staat met de tumor, heb je drie specialisten nodig die goed op elkaar zijn ingespeeld, namelijk een radioloog, een isotopist en goed uitgerust technicus. Weinig centra werken op die manier. Voor je die nieuwe opsporingstechniek invoert, moet ze wel op punt staan en daarvoor heb je minstens 50 à 100 patiënten nodig. In een klein centrum is het onmogelijk om die « kritische massa » te bereiken, die in een van de criteria wordt beschreven.

Inzake de screening ben ik het eens met wat de heer Vankrunkelsven heeft gezegd. We moeten de screening van 50 tot 70 jaar maximaal optimaliseren. De deelname aan die screening is een noodzakelijke voorwaarde om de mortaliteit te doen dalen. Ik ben ervan overtuigd dat de huisarts daarin een scharnierfunctie heeft. Uit de cijfers die ik daarnet naar voren heb gebracht, blijkt immers dat meer dan 20 % via de huisartsen tot de screening komt. De reden is dat de vrouwen met de uitnodigingsbrief tot bij de huisarts gaan en vragen wat ze moeten doen. De huisarts beveelt dikwijls een mamma- of echografie aan, omdat hij of zij om de een of andere reden weinig vertrouwen heeft in de massascreenings.

raison, il ne se fie guère au dépistage de masse. Quant à savoir si cela est justifié, c'est une autre affaire. Le médecin a en effet une voix décisive et nous devons convaincre le médecin de collaborer au dépistage.

En ce qui concerne le suivi, nous nous sommes précisément basés sur le rôle central des médecins généralistes. Nous avons donné une formation aux médecins généralistes qui ont promis de suivre les directives. Chaque année, ces médecins sont invités à discuter de l'évolution de leurs patientes. Ils ont également directement accès au Centre du sein si un problème devait survenir dans l'année. Notre expérience montre que cette collaboration se déroule bien si elle est bien organisée.

Le groupe cible de 60 à 80 ans et plus est certes un groupe important mais la question qui se pose est de savoir si un dépistage systématique y est justifié. Je voudrais surtout souligner qu'il est extrêmement difficile de faire comprendre à une femme qui, jusqu'à soixante ans, s'est soumise à un dépistage régulier qu'elle ne répond désormais plus aux critères. Elle pourrait alors se sentir abandonnée mais elle demandera généralement à son médecin généraliste de pouvoir subir un examen annuel ou bisannuel. Je voudrais simplement faire remarquer qu'en dehors des dépistages officiels, il existe bien d'autres examens mammaires dans les différentes catégories d'âges.

M. Beke craint que ce ne soient surtout les femmes peu qualifiées et les allochtones que nous n'atteignons pas. Je souligne que ces femmes vont souvent davantage chez le médecin généraliste que la femme moyenne.

Il est exact qu'il est préférable de procéder à un dépistage intégré de différentes affections. Je laisse provisoirement de côté la question de savoir comment cela doit se passer précisément. Cela doit être étudié davantage. Si nous pouvions combiner le dépistage de différentes affections, nous pourrions effectivement faire des économies. Si l'examen intégré est possible chez les nouveau-nés, il doit aussi l'être chez les adultes.

Mme Fabienne Liebens. — Je formulerai deux remarques. Tout d'abord, en ce qui concerne le dépistage avant 50 ans, je rejoins ce qu'a dit un parlementaire, à savoir que l'Institut scientifique de santé publique a publié, fin 2005, un consensus belge à ce sujet. Il est clair qu'à l'heure actuelle, en-dessous de 50 ans, les risques et les dangers d'un dépistage dépassent largement les bénéfices, et ce, en raison d'une mauvaise fiabilité de l'examen mammographique.

Ensuite, j'ai oublié de vous parler du deuxième volet de l'enquête psycho-oncologique belge 2004, qui est très important. Le premier volet consistait à définir les besoins des patients atteints de cancer. Le deuxième essayait d'établir un état des lieux de la psycho-oncologie belge. Très brièvement, 82 hommes et femmes travaillant en tant que psycho-oncologues ont été interrogés dans toutes les universités belges. Ils travaillent pour 95 % à temps partiel, ce qui correspond à peu près, pour les 7 000 nouveaux cas annuels en Belgique, à trente équivalents temps plein. Or, il faudrait cinq à dix fois plus de psycho-oncologues.

Le rapport a aussi pointé que la grande majorité d'entre eux était dans un état psychologique extrêmement difficile, formulait une demande extrêmement pressante de reconnaissance, de formation et de soutien pour eux-mêmes. 98 % d'entre eux ne se sentent pas intégrés dans les équipes et les cliniques du sein.

Je pense que ces chiffres sont aussi très interpellants et je voulais vous les communiquer.

Mme Birgit Carly. — Je ne suis pas spécialiste en dépistage mais je crois qu'il est dangereux aujourd'hui d'étendre le dépistage aux personnes de moins de 50 ans et de plus de 70 ans. Tant que le

Of dat terecht is, is een andere zaak, feit is dat de huisarts een beslissende stem heeft en dat we de arts dus moeten overtuigen om aan de screenings mee te werken.

Voor de follow-up hebben we precies gesteund op de centrale rol van de huisartsen. We hebben die huisartsen die beloofd hebben de richtlijnen te volgen, een opleiding gegeven. Jaarlijks worden die huisartsen uitgenodigd om de evolutie van de patiënten te bespreken. Ze hebben ook onmiddellijk toegang tot het Borstcentrum indien zich tijdens het jaar een probleem voordoet. Onze ervaring is dat die samenwerking goed verloopt als ze goed is georganiseerd.

De doelgroep van 60 tot 80 jaar en ouder is zeker een belangrijke groep, maar een andere vraag is of die *ipso facto* moet worden gescreend. Ik wil er vooral op wijzen dat het enorm moeilijk is om aan een vrouw die tot zestig jaar geregeld werd gescreend, duidelijk te maken dat ze nu niet meer aan de criteria beantwoordt. Zo iemand voelt zich dan in de steek gelaten maar meestal zal ze de huisarts wel vragen om het tweejaarlijks of jaarlijks onderzoek te mogen ondergaan. Ik wil maar zeggen, er bestaan buiten de officiële screenings nog heel wat andere borstsonderzoekingen in de verschillende leeftijdscategorieën.

De heer Beke vreest dat we vooral de laaggeschoolde en allochtone vrouwen niet bereiken. Ik wijs erop dat die vrouwen vaak meer naar de huisarts gaan dan de doorsnee vrouw.

Het klopt dat de screening van verschillende aandoeningen best geïntegreerd wordt. Hoe dat precies moet gebeuren laat ik voorlopig in het midden. Dat vraagt nog verdere studie. Als we de opsporing van diverse aandoeningen zouden kunnen combineren, dan zouden we inderdaad kunnen besparen. Als het geïntegreerd onderzoek mogelijk is bij pasgeborenen, moet het ook kunnen bij volwassenen.

Mevrouw Fabienne Liebens. — Ik zou twee opmerkingen willen maken. Een senator heeft verklaard dat het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid einde 2005 heeft bekendgemaakt dat er over de screening vóór 50 jaar een consensus bestaat in België. Ik val hem daarin volkomen bij. Op dit ogenblik wegen de voordelen van een mammografisch onderzoek voor vrouwen onder de 50 duidelijk niet op tegen de nadelen en de risico's van dat weinig betrouwbare onderzoek.

Verder ben ik vergeten terug te komen op het tweede hoofdstuk van het Belgische psycho-oncologische onderzoek 2004. In het eerste hoofdstuk worden de noden van de kankerpatiënten gedefinieerd. In het tweede hoofdstuk wordt een poging gedaan om een stand van zaken in de Belgische psycho-oncologie op te maken. Tweeëntachtig psycho-oncologen aan alle Belgische universiteiten werden ondervraagd. In 95 % van de gevallen werken ze deeltijds, wat voor 7 000 nieuwe kankergevallen per jaar in België neerkomt op 30 voltijdse equivalenten, terwijl er vijf tot tien keer meer psycho-oncologen nodig zijn.

In het verslag werd ook aangestipt dat de grote meerderheid van de psycho-oncologen zich in een uiterst moeilijke psychologische situatie bevonden en heel sterk aandrongen op erkenning, opleiding en ondersteuning. Achtennegentig procent van hen heeft het gevoel niet echt deel uit te maken van de équipes in de borstklinieken.

Die cijfers kunnen ons niet onverschillig laten. Ik wilde ze u dan ook niet onthouden.

Mevrouw Birgit Carly. — Ik ben geen screeningspecialist, maar vandaag de screening uitbreiden naar vrouwen jonger dan 50 en ouder dan 70 jaar lijkt me gevaarlijk. Zolang de controle op de

contrôle de qualité du diagnostic et du traitement n'est pas certain, ce dépistage risque de poser des problèmes.

M. Vankrunkelsven a souligné à juste titre les conséquences positives du contrôle de qualité. Avant d'étendre le dépistage, nous devons d'abord développer la qualité du contrôle du diagnostic et du traitement.

M. Roelants du Vivier a fait remarquer que certains médecins sont réticents à l'égard de cliniques du sein. Nous essayons de changer cette mentalité. Nous organisons à cet effet des colloques scientifiques où nous réunissons tous les groupements de chirurgiens et de gynécologues et où nous montrons l'importance des cliniques du sein et de critères de qualité.

Je suis favorable à la proposition d'associer d'autres pathologies au dépistage, mais nous devons d'abord enregistrer davantage encore de progrès dans le domaine du cancer du sein. Il est simple de commencer modestement. Lorsque nous serons suffisamment loin en matière de dépistage du cancer du sein, le reste suivra automatiquement. Il est exact que tout cela va un peu trop lentement.

M. Simon Van Belle. — Chaque femme a droit à un dépistage. Les catégories d'âge pour l'examen sont fixées de manière un peu trop stricte. Dans les catégories qui ne sont pas prises en compte, il y a certainement des femmes qui auraient intérêt à subir un dépistage approfondi. Par ailleurs, il est regrettable que des femmes ayant subi un dépistage pendant 20 ans soient tout à coup écartées. Il faut parfois aussi aller plus loin que le seul dépistage mammographique.

La remarque sur l'importance de la qualité est fondée. Améliorer la qualité sur un point a déjà un effet énorme. Si nous pouvions généraliser cette règle dans les soins de santé, nous ferions beaucoup d'économies, moins de dépenses inutiles, et nous travaillerions de manière plus efficace.

Il a fallu neuf ans pour obtenir des programmes de soins, et encore sous une forme atténuée. La conséquence est que nous avons maintenant deux fois plus de programmes de soins complets que de programmes de soins de base. C'est la pyramide à l'envers. Il est cependant difficile de contrôler si la qualité décrite est réellement disponible. Il s'agit d'une loi fédérale, mais le contrôle en la matière est une compétence des communautés. Nous ne pouvons même pas contrôler si le programme de soins compte les spécialistes exigés, encore moins si les appareils sont présents et si l'on se tient à la règle de la consultation oncologique pluridisciplinaire. Nous ne pouvons pas contrôler s'il s'agit uniquement d'un moyen de recevoir de l'argent. Le contrôle des cliniques du sein devrait effectivement pouvoir être réalisé.

Il existe bien des règles de qualité pour un bon dépistage, à savoir celles de l'Organisation mondiale de la santé. En Belgique, nous avons la possibilité de faire un dépistage efficace. On doit cependant arrêter de se chamailler pour savoir qui doit le faire. Je fais référence aux pressions et au lobbying omniprésents. On oublie parfois qu'il s'agit de vies humaines ou on admet difficilement que quelqu'un choisit le meilleur endroit pour se faire soigner.

M. Patrick Neven. — Sur la base de l'examen de 200 000 femmes, il est prouvé que le dépistage réduit la mortalité due au cancer du sein. En dessous de 50 ans, environ 2 000 femmes doivent être examinées chaque année pour avoir un décès en moins après quatorze ans. Au-dessus de 50 ans, seulement la moitié doit être examinée pour avoir un décès en moins. Je suis donc d'accord pour donner la priorité au dépistage dans le groupe d'âge de 50 à 70 ans.

Pour les cliniques du sein, il importe de définir le rôle du médecin généraliste, non seulement pour le renvoi vers de tels

kwaliteit van de diagnose en van de behandeling geen zekerheid biedt, zou die screening wel eens problemen kunnen doen rijzen.

De heer Vankrunkelsven heeft terecht gewezen op de gunstige gevolgen van de kwaliteitscontrole. Voor we de screening uitbreiden moeten we eerst de controle van de diagnostiek en de behandeling kwalitatief uitbreiden.

De heer Roelants du Vivier merkt op dat sommige artsen weigerachtig staan tegenover borstklinieken. We proberen die mentaliteit te veranderen. Zo organiseren we wetenschappelijke symposia waar we alle groeperingen van chirurgen en gynaecologen samenbrengen en aantonen dat borstklinieken en kwaliteitscriteria belangrijk zijn.

Het voorstel om andere pathologieën bij de screening te betrekken spreekt me wel aan, maar we moeten eerst nog meer vooruitgang boeken op het gebied van borstkanker. Het is eenvoudiger om klein te beginnen. Als we met de borstkankerscreening ver genoeg staan; zal de rest automatisch volgen. Het klopt dat het allemaal wat te traag gaat.

De heer Simon Van Belle. — Als ik zeg dat iedere vrouw recht heeft op een screening, dan meen ik dat ook. De leeftijden voor onderzoek worden iets te strikt vastgelegd. Binnen de leeftijds-categorieën die niet in aanmerking komen zijn er ongetwijfeld vrouwen die baat zouden hebben bij een uitgebreide screening. Anderzijds is het jammer dat vrouwen die twintig jaar lang een screening hebben ondergaan, plotseling worden geweerd. Het moet soms ook verder gaan dan alleen een mammografische screening.

De opmerking over het belang van de kwaliteit is terecht. Op één punt de kwaliteit verbeteren geeft al een enorm effect. Mochten we die regel veralgemenen in de gezondheidszorg, zouden we veel besparen, minder nutteloze uitgaven doen en efficiënter werken.

Het heeft negen jaar geduurd om zorgprogramma's te verkrijgen en dan nog in een afgezwakte vorm. Het gevolg is dat we nu twee keer meer volledige zorgprogramma's hebben dan basiszorgprogramma's. Dat is de omgekeerde piramide. Het is echter moeilijk om te controleren of de beschreven kwaliteit echt voorhanden is. Het betreft een federale wet, maar de controle erop is een bevoegdheid van de gemeenschappen. We kunnen zelfs niet nagaan of het zorgprogramma de vereiste specialisten telt, laat staan of de toestellen er zijn en of men zich houdt aan de regel van multidisciplinair oncologisch consult. We kunnen niet nagaan of het slechts een middel is om geld te krijgen. De controle op borstklinieken zou effectief moeten kunnen gebeuren.

Er bestaan wel degelijk regels voor een goede screening, namelijk die van de Wereldgezondheidsorganisatie. In België hebben we de mogelijkheid om de screening efficiënt te doen. Men moet echter stoppen met te bakkeleien over wie het moet doen. Ik verwijs naar de druk en het lobbywerk die overal aanwezig zijn. Soms wordt vergeten dat het over mensenlevens gaat of wordt moeilijk aanvaard dat iemand kiest voor de beste plaats om zich te laten verzorgen.

De heer Patrick Neven. — Op basis van een onderzoek van 200 000 vrouwen is bewezen dat screening de mortaliteit door borstkanker doet dalen. Onder de vijftig jaar moeten ongeveer 2000 vrouwen jaarlijks worden gescreend om na veertien jaar één sterfgeval minder te hebben. Boven de vijftig moet maar de helft worden gescreend om één sterfgeval minder te hebben. Ik ga dus akkoord om prioriteit te geven aan de screening van de leeftijdsgroep tussen vijftig en zeventig.

Voor de borstklinieken is het belangrijk de rol van de huisarts te definiëren, niet alleen voor de verwijzing naar dergelijke, ge-

centres spécialisés offrant une haute garantie de qualité, mais également, comme on l'a dit, pour le suivi. Un article est récemment paru sur une enquête menée auprès d'une grande population de femmes. Un groupe a été suivi par un spécialiste et un autre par un médecin généraliste spécialement formé à cet effet. Après dix ans, il apparaît que les chances de survie des patientes principalement suivies par le médecin généraliste sont au moins aussi bonnes que celles des patientes qui vont uniquement chez le spécialiste. Par analogie avec le carnet de la mère pour les femmes enceintes, il pourrait aussi y avoir un carnet du sein pour toutes les femmes. Nous avons un projet-pilote en la matière avec l'INAMI et cela marche.

Un autre point est l'importance du diététicien. Quatre-vingt pour cent des patientes prennent du poids après un traitement du cancer du sein. Les gens changent leurs habitudes, dépensent moins d'énergie et mangent plus. Il a été récemment démontré qu'un poids stable augmente de 10 % les chances de survie.

Un point qui n'a pas été cité est la possibilité de participer à de nouveaux projets scientifiques. Moins de 5 % des femmes ont la possibilité de participer à des projets dont la thérapie est éventuellement meilleure. Après l'approbation de commissions d'éthique, nous testons de nouvelles procédures. Cela nous a menés où nous sommes aujourd'hui. Grâce à de nouvelles thérapies, le taux de mortalité dû au cancer du sein a fort diminué ces vingt dernières années. La clinique du sein applique ces thérapies au profit des patientes atteintes d'un cancer du sein.

M. Jean-Marie Nogaret. — Je voudrais faire une remarque relative au dépistage entre 40 et 50 ans. Les contradicteurs de ce dernier se basent principalement sur des études qui ont été réalisées voici cinq, dix ou quinze ans, sans tenir compte de deux facteurs importants : les énormes progrès qu'ont faits les mammographes qui détectent aujourd'hui des lésions même chez des femmes très jeunes, et ceux qu'ont accomplis les radiologues.

Auparavant, ceux-ci faisaient les clichés de mammographies, entre un estomac et deux fémurs. Mais nombre d'entre eux se sont spécialisés et sont devenus beaucoup plus performants que par le passé. Se fonder sur les résultats d'études qui ont été faites voici dix ou quinze ans est un biais considérable dont il faut tenir compte.

Cela dit, si on abaisse l'âge du dépistage à 40 ans, l'échographie reste importante, tout au moins pour cette tranche d'âge. Ou il conviendrait de procéder comme en France, où le radiologue qui effectue le dépistage doit réaliser une échographie s'il le juge nécessaire.

M. Wouter Beke (CD&V). — À quoi les différences constatées en Belgique doivent-elles être attribuées ?

M. Patrick Neven. — Je pense que c'est une question de statistiques. En Belgique, on tient très peu compte de la gestion des données. Je pense qu'en matière de dépistage officiel, tel qu'il doit être réalisé c'est-à-dire avec une double mammographie, la Flandre a de meilleurs résultats que la Wallonie et Bruxelles où il a été récemment instauré. Le cancer du sein est en effet également dépisté selon d'autres méthodes.

Selon le dépistage officiel, les chiffres de la Flandre sont très variés. La Campine a de meilleurs résultats que le Brabant flamand ou la Flandre occidentale. C'est un problème de gestion de données auquel nous devons nous-mêmes travailler et dans lequel, de nouveau, le médecin généraliste joue un rôle important.

specialiseerde centra met een hoge kwaliteitsgarantie, maar ook zoals gezegd voor de opvolging. Recent is een artikel verschenen over een onderzoek bij een grote populatie vrouwen. Een groep werd door een specialist gevolgd, een andere groep door een speciaal daarvoor opgeleide huisarts. Na tien jaar blijkt dat de overlevingskansen van de patiënten die voornamelijk door de huisarts worden opgevolgd, minstens even goed zijn als die van de patiënten die alleen maar naar de specialist gaan. Naar analogie met het moederboekje voor zwangere vrouwen zou er ook een borstboekje kunnen komen voor elke vrouw. Daarover hebben we een proefproject met het RIZIV en het werkt.

Een ander punt is het belang van de diëtist. Tachtig procent van de patiënten komen bij in gewicht na een behandeling voor borstkanker. Mensen veranderen hun levensgewoonten, ze verbruiken minder en eten meer. Recent is aangetoond dat een stabiel gewicht de overlevingskansen met 10 % doet toenemen.

Een punt dat hier niet is aangehaald is de kans om in te stappen in nieuwe wetenschappelijke projecten. Minder dan 5 % van de vrouwen krijgen de kans om deel te nemen aan projecten waarvan de therapie mogelijk beter is. Na goedkeuring van ethische commissies testen we nieuwe procedures en dat heeft ons gebracht waar we vandaag staan. Dankzij nieuwe therapieën is het sterftecijfer ingevolge borstkanker de laatste twintig jaar flink gedaald. De borstkliniek past die therapieën toe in het voordeel van de borstkankerpatiënten.

De heer Jean-Marie Nogaret. — Ik zou een opmerking willen maken over de screening tussen 40 en 50 jaar. De tegenstanders ervan baseren zich hoofdzakelijk op studies van vijf, tien of vijftien jaar geleden en houden geen rekening met twee belangrijke factoren : de enorme vooruitgang die de mammografen hebben gemaakt in het ontdekken van laesies, zelfs bij zeer jonge vrouwen, en de vooruitgang van de radiologen.

Vroeger maakten ze een negatief van een borst tussen een maag en een dijbeen door. Heel wat van hen hebben zich echter gespecialiseerd en zijn vandaag veel doeltreffender dan voorheen. Zich baseren op studies van tien of vijftien jaar geleden leidt natuurlijk tot een aanzienlijke scheeftekking waarmee men rekening dient te houden.

Als men de leeftijd verlaagt tot 40 jaar, dan blijft de echografie althans voor die categorie belangrijk, tenzij men zou te werk gaan zoals in Frankrijk, waar de radioloog die de screening uitvoert, een echografie moet nemen als hij dat nodig acht.

De heer Wouter Beke (CD&V). — Waaraan zijn de verschillen binnen België toe te schrijven ?

De heer Patrick Neven. — Ik denk dat het een kwestie is van statistieken. In België wordt heel weinig rekening gehouden met datamanagement. Ik denk dat inzake de officiële screening, zoals die moet worden uitgevoerd met een dubbele mammografie, Vlaanderen beter scoort dan Wallonië of Brussel, waar dat nog maar recent is ingevoerd. Uiteraard wordt borstkanker ook op andere manieren opgespoord.

Volgens de officiële screening zijn de cijfers binnen Vlaanderen zeer uiteenlopend. De Kempen scoren beter dan Vlaams-Brabant of West-Vlaanderen. Dat is een probleem van datamanagement waar we zelf aan moeten werken en, opnieuw, waar de huisarts een belangrijke rol in speelt.