



Santé en Communauté française 7

Direction Générale de la Santé

Septembre 2011



Cancer du sein : dépistage



Sommaire

■	Edito	p. 2
■	Les programmes de dépistage en Communauté française (2^{ème} partie)	p. 3
■	- Enjeux éthiques du dépistage organisé	p. 3
■	- Programme de dépistage du cancer du sein en Communauté française	p. 7
■	- Communiquer sur le dépistage du cancer du sein, oui mais ...	p. 15
■	Un outil à votre disposition	p. 18
■	La politique de santé : quoi de neuf ?	p. 19

Edito

Tout comme le précédent, ce numéro est consacré à la thématique du dépistage. C'est à présent le programme de dépistage du cancer du sein qui est à l'honneur dans ces pages.

Outre la présentation de ce programme, vous trouverez un article mettant en perspective la pratique du dépistage dans ses enjeux éthiques et un autre traitant de la communication du programme.

Vous retrouverez bien sûr les rubriques habituelles telles qu' « un outil à votre disposition » consacré à la procédure relative au transfert de données et « quoi de neuf » consacré au rapport d'évaluation des dispositifs de santé en Communauté française¹ et à ses suites.

Comme vous l'avez remarqué, un questionnaire est joint à ce numéro. Ce questionnaire a pour objet de récolter vos appréciations concernant notre publication. Nous souhaitons en effet rencontrer au mieux vos attentes et votre intérêt. Pour ce faire, nous vous demandons quelques minutes de votre temps pour répondre à la dizaine de questions posées. Vous pouvez soit compléter le questionnaire ci-joint et nous le renvoyer gratuitement par la poste, soit compléter le questionnaire en ligne sur notre site internet www.sante.cfwb.be

Je vous remercie à l'avance pour votre aimable contribution à l'amélioration de notre publication grâce à votre participation à notre enquête! Je vous souhaite une excellente lecture de ce numéro.

Dr Serge CARABIN
Directeur général de la Santé

1. Il faudra dorénavant parler de Fédération Wallonie-Bruxelles, mais par souci de cohérence avec les appellations des programmes de dépistage encore existantes, il a été choisi de conserver le terme « Communauté française » pour ce numéro.

Les programmes de dépistage en Communauté française (2^{ème} partie)²

Enjeux éthiques du dépistage organisé

La pratique/promotion de tout acte de dépistage, quel qu'il soit, soulève différentes questions éthiques et déontologiques. Comme évoqué dans le précédent numéro « Santé en Communauté française n°6 » (mars 2011), les pratiques de dépistage évoluent et ne concernent plus uniquement, comme par le passé, la prévention de maladies dites transmissibles. Désormais, les efforts en matière de dépistage se concentrent également sur la détection de pathologies bien précises et différents cancers, comme le cancer colorectal, le cancer du sein et/ou du col de l'utérus, font l'objet de toutes les attentions. En Communauté française, deux formules de dépistage coexistent pour le cancer colorectal et le cancer du sein: le dépistage de masse, organisé et le dépistage opportuniste, individuel ; chacune des méthodes/formules présentant des avantages et des inconvénients. Mais bien au-delà des avantages et inconvénients qu'amène l'une ou l'autre formule, l'acte de dépistage pose à lui seul de multiples questions qui dépassent largement la sphère biomédicale.

Parfaitement conscients des nombreux intérêts liés aux dépistages, il nous apparaît toutefois nécessaire « d'explorer » quelque peu les aspects éthiques et déontologiques liés à leur mise en place.

Rappelons tout de même que l'individu à qui l'on propose un dépistage n'est en principe pas malade, voire même peu/pas demandeur. Dès lors, il n'est donc pas inutile de rappeler trois principes de base auxquels il faut être vigilant : le principe d'autonomie (i), les principes de bienfaisance et de non-malfaisance (ii) et, enfin, le principe de justice ou d'équité (iii) (Gallois et al., 2005³).

(i) : « le respect de la personne est le principe de base, le respect de l'autonomie de cette personne en découle. Il s'agit de reconnaître la capacité de l'individu à faire des choix pour lui-même (autodétermination et libre choix) et à régir sa conduite (autogestion) ». op. cit. pp. 74. De ce principe découlent deux exigences : d'une part, la nécessité d'obtenir un consentement éclairé de tout participant [ce qui suppose une transmission d'informations] et d'autre part un devoir de confidentialité et de respect de la vie privée.

(ii) : « ne pas faire de mal est le premier " primum non-nocere ". Il doit se doubler d'un devoir de " bienfaisance " qui va de pair avec une attitude de bienveillance ». op. cit. pp. 74. Plus simplement, il s'agira donc de mettre en balance « la capacité de faire du bien », première vertu du dépistage, avec « la capacité de nuire à certains individus » (surdiagnostic, faux-positifs, faux-négatifs, etc.). A ce principe de bienfaisance se rapporte le principe d'utilité qui exige que toute action soit évaluée en fonction de répercussions, qu'elles soient positives ou négatives, par exemple en termes de rapport coût/efficacité, coût efficience. Il s'agit donc d'apporter un bénéfice à la collectivité tout en veillant au bien-être de chaque individu.

(iii) : « cette préoccupation fait intervenir la dimension collective des problèmes de santé , dans le sens d'une préférence pour les plus faibles, les plus démunis, en se rappelant les difficultés à faire bénéficier du dépistage les personnes en situation d'exclusion ». op. cit. pp. 74. Il s'agira donc de prendre également en considération l'intérêt des populations précarisées, voire des plus démunies.

2. La première partie a été présentée dans le n° 6 de « Santé en Communauté française » paru en mars 2011. Ce numéro est téléchargeable sur notre site : www.sante.cfwb.be

3. Gallois P, et al., (2005), Dépister les cancers, mais à quelles conditions ? Médecine, Novembre 2005, pp. 72-77.

4. Junod B., Begué-Simon A-M., (2008), *Ethique du dépistage du cancer du sein*, Médecine, Février 2008, pp. 75-79.

5. Schillings A-P., (2010), *Questions éthiques soulevées par le dépistage organisé du cancer du sein*, La médecine préventive, *Ethica Clinica*, n° 58, 3, pp. 41-50.

6. Battaglia E., et al. (2007), *Aspects éthiques de l'ouverture d'un débat sur le dépistage du cancer du sein en France*, Module inter-professionnel de santé publique, groupe 23, Ecole Nationale de la Santé Publique, 27 pages, in http://ressources.ensp.fr/memoires/2007/mip/groupe_23.pdf

Quelques pavés dans la mare ... ou effets pervers du dépistage !

- A l'heure actuelle, on dépiste de plus en plus et la fréquence des diagnostics identifiés en est ainsi augmentée. On observe cependant de nombreux surdiagnostics : détection de cellules cancéreuses dont l'évolution ne mettrait toutefois pas (directement ?) la vie du patient en danger ou qui ne se seraient pas « manifestées » du vivant du patient. Ces surdiagnostics ont notamment pour conséquence le surtraitement entraînant souvent une prise en charge thérapeutique lourde, anxiogène, voire mutilante (Junod et al., 2008⁴). Des recherches doivent encore être poursuivies afin de permettre l'identification des marqueurs du potentiel évolutif des tumeurs détectées et ainsi d'en adapter leurs traitements. Autre fait non négligeable, ces surdiagnostics donnent parfois l'illusion de l'efficacité du programme instauré ! Selon Schillings (2010⁵), dans le cas précis des cancers du sein, ces surdiagnostics concernent certains cancers intra-canalaires ou certains cancers infiltrants de bas grade, peu agressifs et qui n'auraient (peut-être) jamais acquis un potentiel de développement ganglionnaire ou de dissémination métastatique. L'auteur souligne encore la difficulté pour le sénologue d'accepter le fait que, pour un certain nombre de cas, l'intervention du professionnel a conduit la patiente à la mammectomie alors que celle-ci n'aurait sans doute jamais eu connaissance de l'existence de son cancer.
- D'autres auteurs vont encore plus loin. En effet, Battaglia et al. (2007⁶) soulignent le risque d'accélération de manifestations de métastases dans les organes vitaux, suite aux interventions diagnostiques et/ou thérapeutiques sur le cancer du sein. « *Les petites doses d'irradiation cumulées augmentent le risque de cancer du sein* ». op. cit. pp. 5. Il s'agit alors de cancers radio-induits, secondaires à l'irradiation répétée des seins. Enfin, toujours dans le cadre précis du dépistage du cancer du sein, les investigations radiologiques proposées auprès d'une patientèle jeune (moins de 50 ans) devraient être réservées uniquement aux femmes présentant un facteur de risque élevé (Kerbrat, cité par Battaglia et al. (2007)).
- Que dire aussi du diagnostic identifié de manière précoce mais qui n'allonge en rien la survie du patient. En effet, il arrive que le décès du patient survienne au même moment que si le cancer avait été détecté dans sa phase symptomatique (Schillings, 2010). Pour l'auteur, le dépistage allonge alors « *le temps passé avec le cancer* ».
- Si le traitement d'une maladie à un stade précoce génère (dans le meilleur des cas) une prise en charge thérapeutique moins lourde (pénibilité et coût du traitement), qu'en est-il du patient « compliant » qui, depuis toujours, adhère « aux pratiques de dépistages » et qui, à un moment donné ou l'autre de sa vie, se voit tout de même atteint par « la maladie » ... (cancers d'intervalle ou cancers de très mauvais pronostic). Le patient risque alors de se sentir « trahi » par les « promesses » du dépistage. A l'inverse, lorsqu'un patient n'adhère pas aux « consignes » de dépistage et qu'un cancer se développe, un sentiment de culpabilité risque d'émerger.
- Lorsqu'un cancer est bel et bien présent mais que l'examen de dépistage ne l'a pas détecté, on parle de « faux négatif » ; l'examen réalisé rassure alors à tort le patient ! Les faux négatifs sont notamment liés à la densité des seins : plus ils sont denses, plus la sensibilité du mammotest risque de chuter. Enfin, « l'opportunité » de dépister la lésion cancéreuse sera reportée à un prochain dépistage, avec le risque de se voir confronter à une lésion plus avancée et de moins bon pronostic. De la même manière, Schillings (2010) rappelle également qu'un(e) patient(e) faussement rassuré(e) risque également de consulter plus tardivement lors de la survenue de symptômes puisque le dernier examen de dépistage s'était révélé rassurant !

- Si l'existence de faux positifs n'a pas les mêmes conséquences néfastes que l'existence de faux négatifs, ils génèrent toutefois angoisse et coût inutiles. En effet, ces examens aux résultats suspects sont à la fois anxiogènes pour le patient (incertitude, crainte et temps d'attente trop longs pour l'obtention de résultats complémentaires) et coûteux pour la collectivité (le patient doit subir d'autres examens complémentaires afin de vérifier le diagnostic). Il semblerait également que dans le cas d'examens de dépistage faussement positifs, il y ait un risque accru que le patient n'adhère plus par la suite au programme de dépistage organisé (Schllings, 2010).
- Enfin, qu'en est-il des dépistages (génétiques) pour lesquels aucune alternative thérapeutique décente ne peut être envisagée lors de la découverte d'un résultat positif (polypose familiale/colectomie totale, BRCA1 ou BRCA2/mastectomie totale, chorée de Huntington/greffe de neurones en phase expérimentale) ?
- Mais, faits plus inquiétants, de récentes études tentent à montrer que si les dépistages de masse permettent de détecter de nombreux cancers à un stade précoce, ils n'en diminuent pas pour autant les taux de mortalité (controverses scientifiques qui mettent à mal la pertinence du dépistage organisé)⁸.
- Enfin, dernier point et non des moindres, alors que l'on tend de plus en plus à promouvoir une relation de confiance et de fidélisation entre le médecin (généraliste) et son patient, l'organisation actuelle des modalités de dépistage organisé ne privilégie pas assez ce colloque singulier « soignant-soigné », voire elle l'en exclut !

Ces quelques points soulevés mettent en exergue la responsabilité des différents acteurs du dépistage (qu'ils soient professionnels de santé, politiques, représentants d'associations, etc.), partagés entre le devoir de « bienfaisance médicale », le « respect de l'autonomie du patient » et le « respect de justice sociale ». Le débat reste, semble-t-il, ouvert ...

A l'heure actuelle, pour de nombreux experts, il semble toutefois incontestable que la balance « bénéfices/risques » plaide en faveur de la poursuite de dépistage systématique organisé auprès de la population, sans autant en promouvoir le caractère obligatoire.

Une certitude toutefois : il est du devoir des professionnels de santé d'informer les individus/patients des limites du dépistage (faux négatifs, surdiagnostics, etc.) afin que ceux-ci puissent opérer des choix en toute connaissance de cause (finalité de promotion de la santé ...). Il s'agit alors d'examiner avec le patient concerné les bénéfices et les risques liés au dépistage. En effet, comme le rappellent Moutel et al. (2009), le principe d'autonomie des personnes est complexe dès que l'on aborde des questions touchant à la santé. L'argumentaire médical ne va pas de soi et la décision du patient repose sur une large part d'arguments non médicaux, subjectifs, voire irrationnels (représentation et croyances de santé, etc.). La transmission d'informations claires et précises ainsi que le consentement éclairé s'imposent donc !

Bibliographie

- Battaglia E., et al. (2007), Aspects éthiques de l'ouverture d'un débat sur le dépistage du cancer du sein en France, Module interprofessionnel de santé publique, groupe 23, Ecole Nationale de la Santé Publique, 27 pages, in http://ressources.ensp.fr/memoires/2007/mip/groupe_23.pdf
- Doumont D., Verstraeten K., (2011), Focus sur les pratiques de dépistage, Santé en Communauté française, n° 6, pp. 3-6.
- Gallois P., et al., (2005), Dépister les cancers, mais à quelles conditions ? Médecine, Novembre 2005, pp. 72-77.

7. Les gènes BRCA1 et BRCA2 sont des gènes de susceptibilité au cancer du sein et de l'ovaire.

8.- Jorgensen K. et al. (2010), Breast Cancer Mortality in Organised Mammography Screening in Denmark : Comparative Study, *BMJ*, 340 : C1241.

- Esserman L. et al. (2009), Rethinking Screening for Breast Cancer and Prostate Cancer, *JAMA*, 302(15), pp. 1685-1692.

- INVS – Dépistage du cancer du sein : que peut-on dire aujourd'hui des bénéfices attendus ? Rapport septembre 2006, in http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cancer_sein_inca/cancer_sein_inca_invs.pdf

- Gallois P., et al. (2006), Dépistage du cancer du sein en France : faits et controverses, Médecine, Octobre 2006, pp. 359-363.
- Junod B., Begué-Simon A-M., (2008), Ethique du dépistage du cancer du sein, Médecine, Février 2008, pp. 75-79.
- Moutel G., Papin-Lefebvre F., (2009), Les questions éthiques soulevées par l'organisation du dépistage des cancers en population générale, 4ème journée Cancer et Sciences Humaines, Lille, 27 novembre 2009, pp. 11-13, in http://www.canceropole-nordouest.org/fileadmin/user_upload/Documents/axe5/CR27nov09axe5Lille.pdf
- Schillings A-P., (2010), Questions éthiques soulevées par le dépistage organisé du cancer du sein, La médecine préventive, Ethica Clinica, n° 58, 3, pp. 41-50.

Dominique Doumont & Karine Verstraeten

CONTACT

Unité d'Education pour la Santé (RESO)
Université catholique de Louvain,
Clos Chapelle aux champs 30 Bte 30 01
B- 1200 Bruxelles.

Personne de Contact : Dominique Doumont
Tél : 02/764.32.85 ou 02/764.32.80
Dominique.doumont@uclouvain.be
www.uclouvain.be/reso

Programme de dépistage du cancer du sein en Communauté française



Chez la femme, le cancer du sein est la tumeur la plus fréquente. Elle représente 35,3 % des cancers et elle est la cause principale de mortalité par cancer (20,2 %).

C'est ainsi qu'en 2008 par exemple, 9.697 nouveaux cas de cancer du sein ont été déclarés en Belgique⁹; 2.329 femmes sont décédées de ce cancer.

Septante-sept pourcent des cancers du sein surviennent après 50 ans. L'âge moyen des femmes lors du diagnostic est de 62 ans.

Afin de pouvoir dépister ce type de cancer, la Communauté française a, en 2002, mis en place un programme organisé de dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans.¹⁰

L'enjeu majeur de ce programme, comme tout programme organisé de dépistage du cancer, est de faire bénéficier la population cible d'un examen afin de réduire la mortalité liée au cancer du sein tout en contrôlant les inévitables effets secondaires négatifs d'une intervention dans une population en bonne santé.

Comme le préconise le Conseil de l'Union européenne dans ses recommandations relatives au dépistage des cancers¹¹, c'est un programme de dépistage par mammographie qui est mis en place.

L'organisation du programme

Le programme organisé de dépistage du cancer du sein met en place différents acteurs : la population cible (les femmes âgées de 50 à 69 ans), le médecin référent, les unités de mammographie, le centre de deuxième lecture et le Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers asbl (CCR) :

9. Soit une incidence de 178,2/100.000

10. C'est dès octobre 2000 (M.B. du 22/12/2000) que l'Etat fédéral et les Communautés ont signé un protocole d'accord pour la mise en place d'un programme organisé de dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans. L'Etat fédéral s'engageait à mettre à disposition le budget nécessaire pour les honoraires tandis que les Communautés s'engageaient à mettre en place les différents aspects de la réalisation et de l'évaluation du programme.

Différents arrêtés du Gouvernement de la Communauté française ont été publiés afin de fixer les règles de fonctionnement du programme et de les adapter en fonction de son évolution (20 octobre 2005, 20 janvier 2006, 11 juillet 2008, 14 mai 2009, 7 octobre 2010).

11. Recommandations du Conseil de l'Union européenne du 2 décembre 2003. (2003/878/CE). Journal officiel de l'Union européenne. L 327/34

Programme de dépistage du cancer du sein

• Cabinet du Ministre de la Santé en Communauté française (Mme F. Laanan)

• Direction Générale de la Santé (Dr S. Carabin)

⇒ Protocole visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie (25/10/2000)

⇒ Arrêtés du Gouvernement de la Communauté française (20/01/2006, 11/07/2008, 14/05/2009, 07/10/2010)

⇒ Arrêtés d'agrément du CCR, du Centre de deuxième lecture, des unités de mammographie

CCR asbl - Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers

• Centre de deuxième lecture pour le dépistage du cancer du sein - CL2

⇒ Envoi des invitations aux dames

⇒ Organisation des 2e et 3e lectures (J3-J7)

⇒ Envoi des résultats aux médecins référents (J3-J8)

⇒ Suivi administratif et épidémiologique des mammothests positifs

⇒ Evaluation du Programme

• Centre de gestion pour le dépistage du cancer colorectal

Unités agréées de mammographie

⇒ Réalisation du mammothest (J0)

⇒ Encodage de la fiche de première lecture (J1-J2)

⇒ Envoi des clichés au Centre de deuxième lecture (J1-J2)

⇒ Mise au point des mammothests positifs

⇒ Envoi des résultats de la mise au point au CL2

Médecins référents

⇒ Proposition de dépistage aux dames de 50 à 69 ans

⇒ Réception du résultat du mammothest

⇒ Communication du résultat à la dame

⇒ Orientation de la patiente pour la mise au point en cas de mammothest positif

⇒ Transmission du résultat de la mise au point au CL2

Dames

⇒ Demande d'information sur le mammothest

⇒ Prise de rendez-vous pour la réalisation du mammothest

⇒ Prise de contact avec le médecin référent pour l'obtention des résultats du mammothest

⇒ Prise de rendez-vous pour la mise au point en cas de mammothest positif

Délai légal maximum entre la réalisation du mammothest et l'envoi du résultat : 8 jours ouvrables (J0-J8) : 2 jours ouvrables pour les Unités de LI et 4 à 6 jours ouvrables pour le CL2.

Les femmes de 50 à 69 ans

Environ 400.000 femmes sont âgées de 50 à 69 ans en Communauté française. Toutes reçoivent une invitation à participer au dépistage le mois de leur anniversaire : une année paire si elles sont nées un jour pair, une année impaire si elles sont nées un jour impair, ou encore deux ans après le dernier mammothest négatif. Grâce à la liste des unités agréées jointe à l'invitation, elles peuvent téléphoner à l'unité de leur choix pour prendre un rendez-vous. A défaut d'invitation, chaque femme âgée de 50 à 69 ans peut aussi bénéficier d'un mammothest si elle est en possession d'une prescription de son médecin.

Le mammothest vise à identifier, dans la population des femmes âgées de 50 à 69 ans, celles qui présentent une probabilité plus élevée d'être atteintes d'un cancer ou d'une affection précancéreuse car elles présentent une anomalie à la mammographie : opacité, microcalcifications, rupture d'architecture et/ou asymétrie de densité.

Huit jours après la date de réalisation du mammothest, la patiente peut contacter son médecin pour avoir le résultat. Si le résultat du mammothest est positif, elle devra prendre un rendez-vous pour une mise au point dans l'unité de mammographie de son choix afin de préciser la nature de l'anomalie observée sur les clichés du mammothest. Elle devra être munie d'une prescription de son médecin mentionnant « mise au point suite à un mammothest positif » et du CDrom des clichés de son mammothest¹².

Cette mise au point est réalisée dans un second temps, après double lecture indépendante¹³des clichés. Elle ne devrait concerner que 5 à 7 % des femmes¹⁴.

12. Ce CDrom est toujours envoyé avec la lettre de résultat au médecin référent en cas de mammothest positif.

13. Double lecture indépendante : la deuxième lecture du mammothest est réalisée par un radiologue différent du premier lecteur. Le deuxième lecteur n'a pas connaissance du résultat de la première lecture (voir la partie sur le centre de deuxième lecture).

14. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. Fourth edition. European Communities 2006.

Si le résultat du mammotest réalisé est négatif, ou si la mise au point s'est révélée négative, la dame sera invitée à participer, à nouveau, au dépistage deux ans plus tard.

Le médecin référent (généraliste ou gynécologue)

Les médecins généralistes et les gynécologues ont un rôle essentiel dans la promotion du dépistage du cancer du sein. Ils sensibilisent leur patientèle en proposant systématiquement le mammotest (prescription) tous les deux ans à chaque femme âgée de 50 à 69 ans.

Le médecin référent, généraliste ou gynécologue, est celui qui a prescrit le mammotest ou, en cas de mammotest suite à la lettre d'invitation, celui que la femme désigne le jour de la réalisation de son mammotest comme son médecin référent. C'est à lui que le Centre de deuxième lecture enverra le résultat dans les huit jours ouvrables qui suivent la date de réalisation du mammotest. Le médecin référent communiquera le résultat du mammotest à sa patiente. Si le mammotest est positif, il l'orientera vers une mise au point.



Les unités de mammographie

Les unités de mammographie agréées réalisent les mammotests. La présence du radiologue n'est pas obligatoire lors de la prise des clichés. Ceux-ci peuvent être réalisés par un(e) technologue. Le radiologue effectue la première lecture des clichés et encode les résultats dans la base de données « Mammorias » (Mammography Radiology Information and Administrative System). Les clichés sont envoyés au Centre de deuxième lecture dans un délai de deux jours ouvrables qui suit la réalisation du mammotest. S'il s'agit de clichés numériques, ils sont envoyés par voie électronique sécurisée. S'il s'agit de clichés analogiques, ils sont envoyés par voie postale ou par coursier privé.

Dans un deuxième temps, l'unité réalise les mises au point demandées pour les mammothests positifs. Une copie du protocole de cette mise au point est envoyée au Centre de deuxième lecture chargé de son encodage dans la base de données « Mammorias ».

Seules les unités de mammographie agréées¹⁵ par l'Administration de la Communauté française peuvent réaliser des mammothests.

Pour être agréée, une unité de mammographie doit remplir des conditions spécifiques. Celles-ci sont définies dans un arrêté du Gouvernement de la Communauté française¹⁶. Elles concernent l'équipement technique mais aussi le personnel médical qui réalise les clichés (technologues) et les radiologues.

Une unité qui répond aux critères reçoit d'abord un agrément provisoire d'un an. Durant cette période, une évaluation portant sur la qualité des clichés (en particulier sur le positionnement correct du sein) de 30 mammothests consécutifs est réalisée. L'agrément appelé définitif (d'une durée de 5 ans) est octroyé à une unité uniquement si celle-ci réussit cette évaluation.

L'équipement technique des unités agréées pour 5 ans est contrôlé tous les 6 mois par une firme de contrôle reconnue par l'Administration. Ce contrôle porte sur le mammographe (qualité de l'image optimale pour une dose d'irradiation la plus faible) et les écrans de lecture. En outre, un contrôle de différents paramètres doit être réalisé chaque jour par les technologues de l'unité de mammographie.

Le Centre de deuxième lecture

Depuis la fin de l'année 2008, le Centre unique de deuxième lecture est chargé de remplir les différentes missions qui étaient confiées aux Centres de Coordination Provinciaux (CCP)¹⁷ : envoi des invitations aux femmes de 50 à 69 ans, organisation de la double lecture, transmission des résultats aux médecins référents (dans les 4 jours ouvrables suivant la réception du dossier au Centre de deuxième lecture), suivi des mammothests positifs, archivage des mammothests, mise à jour de la base de données (« Mammorias »).

Le centre de deuxième lecture reçoit, de la part des unités, les clichés des mammothests. Ils sont examinés par un radiologue deuxième lecteur qui ignore les résultats de la première lecture.

Si les deux lectures sont discordantes, le mammothest est soumis à une troisième lecture réalisée par un troisième radiologue.

Les données de tous les mammothests sont encodées dans la base de données « Mammorias » qui permet l'encodage direct de la lecture des clichés par les radiologues, la gestion des courriers de résultat, l'encodage des résultats de la mise au point en cas de mammothest positif et, enfin, l'évaluation du programme. Ce fichier est déclaré à la Commission de protection de la vie privée.

L'évolution vers des installations numériques connaissant une progression rapide dans la pratique radiologique, il était important que le programme de dépistage du cancer du sein s'adapte aux progrès techniques en matière d'imagerie mammographique sous peine de disparaître. En septembre 2009, les premiers mammothests numériques ont pu être réalisés. La transmission de ces mammothests de l'unité de mammographie agréée vers le Centre de deuxième lecture est réalisée par voie électronique sécurisée, garantissant la confidentialité et l'intégrité des données transférées.

La technique analogique a été permise jusqu'au 31 décembre 2009. Toutefois, en janvier 2011, suite à une décision de Madame la Ministre Fadila Laanan, la technique analogique a été à nouveau autorisée dans le programme de dépistage. Cette autorisation est valable jusqu'au 31 décembre 2012.

15. <http://www.sante.cfwb.be/thematiques/depistage-cancer-sein/mammo-adresses/>

16. Arrêté du 11/07/2008 (modifié par l'arrêté du 14/05/2009) du Gouvernement de la Communauté française relatif au programme de dépistage des cancers en Communauté française

17. Dans chaque province de la Région wallonne, un centre de coordination provincial (CCP) avait été mis en place. Chaque CCP avait pour missions de coordonner les différents acteurs locaux, organiser les invitations, organiser la deuxième et la troisième lecture et l'envoi des résultats, assurer le suivi des mammothests positifs, analyser et évaluer le programme au niveau local, gérer la mise en place d'actions de proximité et organiser la mise en place d'un comité de pilotage.

Le Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers asbl (CCR)

Le CCR remplit plusieurs missions : il assure le suivi de la conformité des unités de mammographie aux exigences du contrôle de qualité en radiologie ; il assure le suivi du respect des engagements des radiologues premiers et deuxièmes lecteurs ; il organise la formation continue des différents intervenants dans le programme ; il évalue la qualité et l'efficacité du programme ; il supervise et évalue le Centre de deuxième lecture...

L'évaluation de la qualité du programme

Aujourd'hui, la mammographie répondant à des critères stricts de qualité est le seul examen de dépistage recommandé. Aucune preuve scientifique ne justifie l'utilisation d'autres examens dans le cadre du dépistage.¹⁸

Le mode d'organisation, les procédures de contrôle de qualité ainsi que l'évaluation du mammothest sont réalisés selon les *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*¹⁹.

L'objectif principal du programme est de réduire la mortalité liée au cancer du sein. Néanmoins, cette réduction ne peut être obtenue que plusieurs années après le début du programme si la participation de la population cible est suffisante (70 %).

Les données présentées ci-dessous concernent tous les mammothests réalisés en Région wallonne entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2009.

49.277 MMT - du 1/1/2007 au 31/12/2009			
Au 20/4/2011	N	Taux	R. Eur. «souhaitable»
• 1ers examens • réexamens	23.703 25.574		
Qualité insuffisante - à refaire	176	0,4%	<1%
MMT (+) y compris seins denses	6.235		
• 1ers examens • réexamens	3.669 2.566	15,5% 10,0%	<5% <3%
Cancers	303		
• 1ers examens • réexamens	165 138	7% 5,4%	>6% >3%

Commentaires :

Entre le 1er janvier 2007 et le 31 décembre 2009, 49.277 mammothests ont été réalisés : 23.703 étaient des premiers examens (ces femmes n'avaient jamais réalisé de mammothests auparavant) et 25.574 étaient des réexamens (ces femmes avaient déjà réalisé au moins un mammothest auparavant). Cette distinction est faite entre « premier examen » et « réexamen » car les indicateurs de performance recommandés sont différents selon ces deux groupes de mammothests.

Cent septante-six (176) mammothests ont été refusés par le deuxième lecteur car leur qualité était insuffisante. Ces femmes ont dû être reconvoquées par le radiologue premier lecteur afin de refaire le (les) clichés(s) dont la qualité était insuffisante.

Six mille deux cent trente-cinq (6.235) mammothests étaient positifs : une anomalie radiologique avait été mise en évidence ou une échographie était demandée à cause d'une densité de seins trop élevée ou à cause de la présence de prothèses. Le taux de rappel

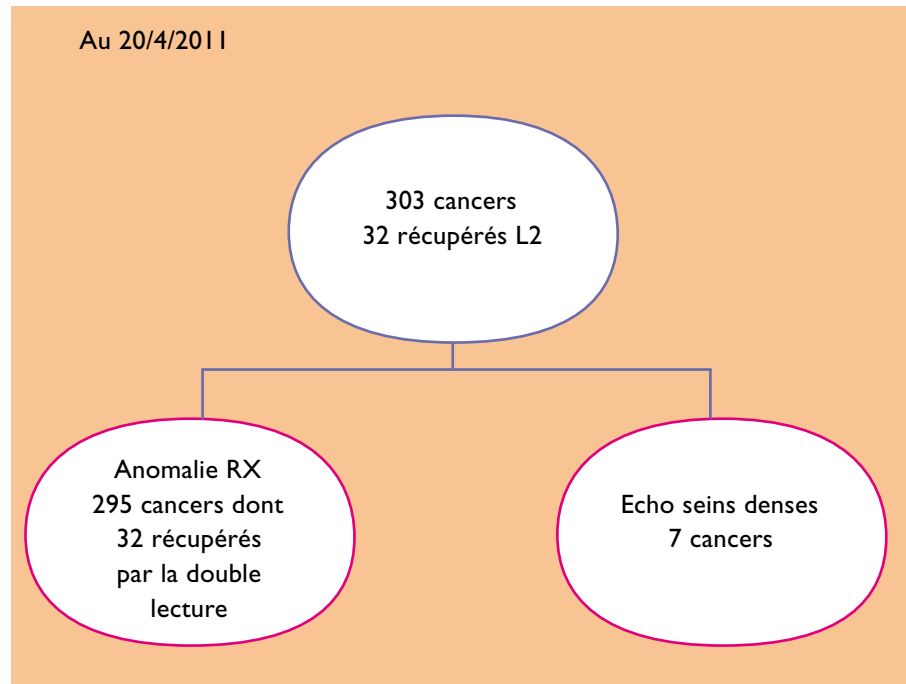
18. Pour rappel, il faut bien distinguer le mammothest, examen de dépistage qui s'adresse aux femmes asymptomatiques, et la mammographie diagnostique, examen qui a pour objectif d'identifier la cause d'un signe clinique ou d'un symptôme. La mammographie diagnostique est associée systématiquement à une anamnèse, à un examen clinique et dans certains cas à une échographie, voire à un prélèvement à l'aiguille en vue d'une analyse cytologique ou histologique.

19. *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. Fourth edition. European Communities 2006.*

est trop élevé. Selon les recommandations, il devrait être inférieur à 5% pour les premiers examens et à 3% pour les réexamens.

Trois cent trois (303) cancers ont été mis en évidence parmi les 6 235 mammotests positifs (303 vrais positifs). Le nombre de cancers dépistés par le mammotest est donc en adéquation avec les recommandations européennes puisque, selon les « cycles », le taux de détection est respectivement de 7 ‰ et 5,4 ‰.

49.277 MMT - du 1/1/2007 au 31/12/2009



Commentaires :

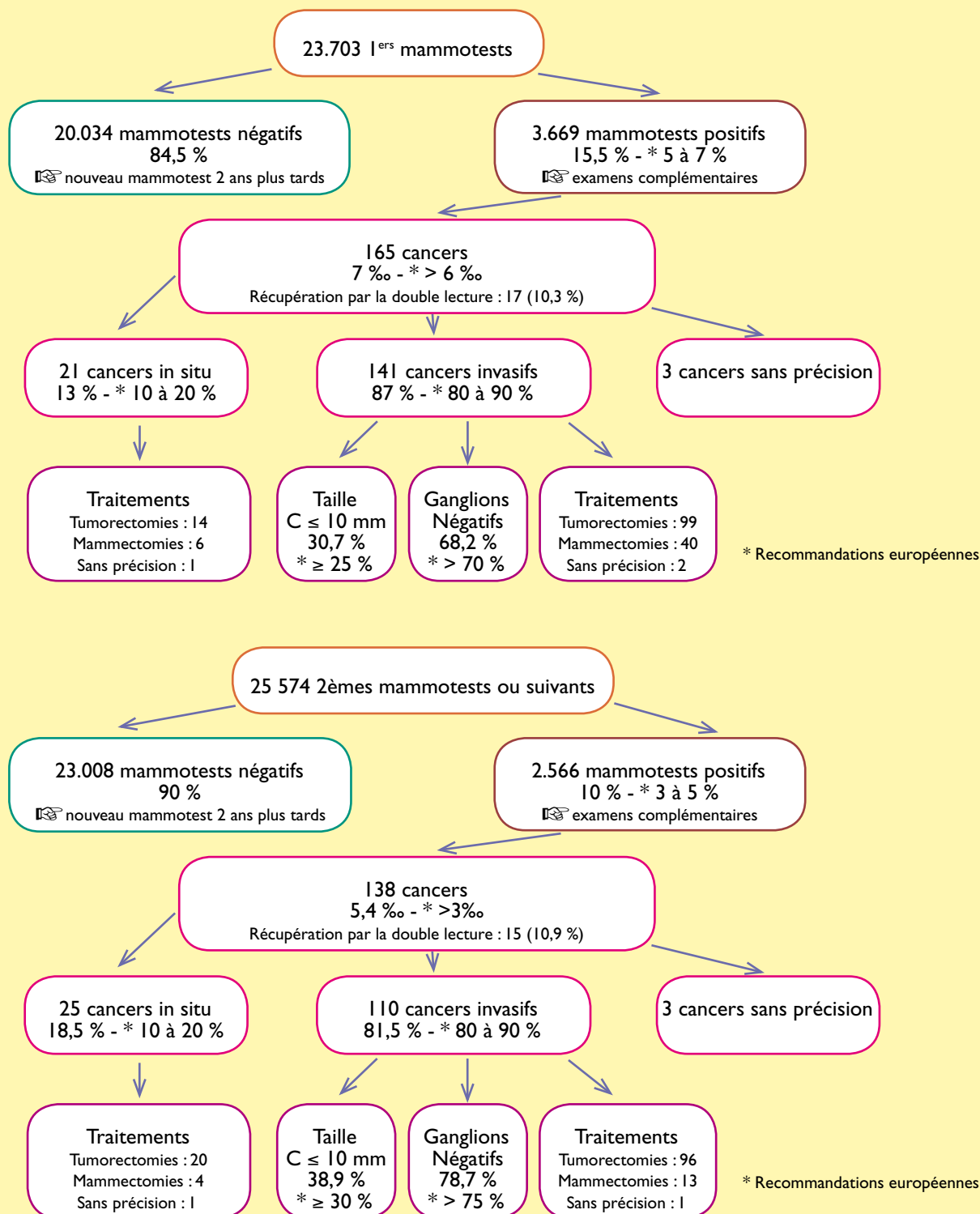
Pour 32 des 303 cancers, aucune mise au point n'avait été demandée à la première lecture. La double lecture a permis de les « récupérer ».

Pour la grande majorité des cancers (295), une anomalie avait été visualisée au mammotest. L'échographie demandée à cause d'une densité de seins trop élevée a permis de mettre en évidence 7 cancers.

49 277 mammotests

1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2009

Avril 2011



Commentaires :

La proportion de cancers in situ mis en évidence (13 % et 18,5 %) est celle qui est préconisée dans les recommandations européennes (10 – 20%).

Dans les cancers invasifs, la proportion de cancers de petite taille (≤ 10mm) mis en évidence est celle recommandée. La proportion de cancers avec ganglions négatifs est également en accord avec celle souhaitée.

Conclusion sur l'évaluation

Ces résultats sont excellents, mise à part la proportion trop élevée de mammothests pour lesquels une mise au point est demandée (mammothests positifs). Des formations ciblées sur cet objectif vont être données aux radiologues premiers et deuxièmes lecteurs. Les indicateurs d'efficacité (taux de détection, proportion de cancers < à 10 mm, proportion de cancers dont les ganglions sont négatifs) sont conformes aux indicateurs définis dans les *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*.

Perspectives

L'évaluation du programme de dépistage permet de conclure que le mammothest est performant en termes de détection de petits cancers. La double lecture des clichés permet de réduire le nombre de faux négatifs. De plus, pour un cancer dépisté, moins de femmes risquent d'être soumises à des examens inutiles.

Par contre, la participation reste très insuffisante. L'Agence intermutualiste²⁰ nous apprend, qu'en Région wallonne, pour la période 2006-2007, 9,1 % des femmes de la population cible ont bénéficié d'un mammothest, 47 % des femmes ont eu une mammographie en dehors du programme et 43% des femmes n'ont fait aucune mammographie. Il faut noter qu'en Communauté flamande, les proportions sont inversées : le recours au mammothest (41%) est plus important qu'à la mammographie en dehors du programme (21%).

L'adhésion du corps médical au programme n'est toujours pas acquise malgré les nombreuses actions réalisées dans le domaine. Ces actions sont annihilées par les interventions, auprès du corps médical et dans les médias, des défenseurs du dépistage individuel (bilan sénologique). Par ailleurs, le système actuel qui permet aux femmes de se faire dépister tant par le bilan sénologique que par le mammothest sème la confusion et désavantage le mammothest.

Le plus grand défi sera d'améliorer encore la communication auprès des professionnels de la santé et du public. L'important sera de donner une information claire et pertinente sur les avantages du mammothest sans nier les risques inhérents à tout dépistage (faux positifs, faux négatifs, surdiagnostic et surtraitement).

Par ailleurs, l'accent sera mis sur la formation des acteurs du programme. Depuis octobre 2010, une formation est proposée aux technologues participant au programme. Plus de 150 technologues ont déjà pu bénéficier de cette formation. La formation des radiologues (premiers et deuxièmes lecteurs) est une priorité du programme en 2011.

Le mammothest est l'examen de choix pour le dépistage du cancer du sein. Il répond à des exigences scientifiques, éthiques et économiques. Le contrôle de qualité auquel il est soumis et la double lecture indépendante des clichés sont des gages d'efficacité et de sécurité.

Thérèse de Foy, Michel Candeur, Anne Vandenbroucke

CONTACT

Centre communautaire de Référence pour le dépistage des cancers
rue André Dumont, 5 (Axis Parc)
B-1435 Mont-Saint-Guibert
Personne de contact : Pr. Anne Vandenbroucke
Tél : 010/23.82.71
Fax : 010/45.67.95
mammothest@ccref.org
www.lemammothest.be

20. <http://www.nic-ima.be/fr/projects/mammo/reports/>

Communiquer sur le dépistage du cancer du sein

Le Programme de dépistage du cancer du sein de la Communauté française a lancé, au début de l'année 2010, une campagne de communication destinée aux femmes âgées de 50 à 69 ans, et plus particulièrement à celles qui ne pratiquent pas de dépistage du cancer du sein.

Les enjeux ? Améliorer la perception générale du dépistage, réduire la charge dramatique, apprivoiser le sujet, permettre d'en parler (entre femmes, avec son conjoint, avec les professionnels de la santé, etc).

Deux seins animés...

Dans la campagne audiovisuelle, chaque femme est invitée à prendre soin d'elle-même : « Nous sommes vos seins (...), on aimerait que vous fassiez le mammotest, pour nous c'est important » ; chaque femme est invitée à faire un mammotest avant qu'un symptôme ne l'y invite : « N'attendez pas que vos seins vous le réclament. Entre 50 et 69 ans, faites le mammotest tous les 2 ans. » ; enfin, le message souligne que « En cas d'anomalie, plus vite c'est dépisté, mieux c'est soigné » et invite à recourir au médecin « Parlez-en à votre médecin ».

Au-delà du message, le choix de la forme était également important : le fait de privilégier un dessin animé (simple et lisible) visait à renforcer une communication claire et directe, sans dramatiser, pour sensibiliser la plus grande diversité de femmes²¹.

21. Pour visionner le spot : www.questionsante.org/05campagnes/spots/lemammotest2010.htm
Le spot a déjà été diffusé en radio et en télévision à plusieurs reprises, et d'autres diffusions sont prévues en 2011.



Quel est l'impact d'une telle campagne ?

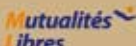
Le Service communautaire de promotion de la santé - Question Santé et le Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des cancers ont mené une évaluation de la 1ère phase de la campagne de communication. L'étude « post-test » de campagne a été confiée à l'Institut Dedicated Research. Elle a été réalisée entre le 3 mai et le 12 mai 2010 et comportait deux volets : une enquête auprès de médecins généralistes (de la Wallonie et de Bruxelles) et de femmes de 50 à 69 ans (de Wallonie uniquement). Objectif : vérifier leur perception de cette campagne de communication.

Bonjour Madame,
Si vous avez entre 50 et 69 ans, n'hésitez plus,
faites le mammotest. Cet examen est gratuit et permet
le dépistage du cancer du sein.

Le sujet vous intéresse, vous interpelle ?
Parlez-en à votre médecin.
Partagez-le avec une amie.

Éditeur responsable : P. Trefois, 72 rue du Vioduc, 1050 Bruxelles

une initiative du



1. La perception de la campagne par les femmes de 50 à 69 ans

- Après seulement deux vagues de diffusion, **plus de 60% des femmes de 50 à 69 ans interrogées ont identifié la campagne** (ce qui est supérieur à la moyenne observée par l'institut Dedicated Research pour d'autres campagnes sur des sujets de santé). La campagne a touché de manière homogène les femmes de toutes les classes socioprofessionnelles.
- L'évaluation montre que **l'information retenue par les femmes de la tranche d'âge concernée est cohérente avec les messages diffusés** (dépistage du cancer du sein, mammotest, etc.), même si deux éléments sont moins bien identifiés : la gratuité de l'examen et sa répétition tous les 2 ans.
- **La note d'appréciation recueillie par la campagne est un 8,1/10** (ce qui est supérieur à la moyenne de 6,5 observée par l'Institut Dedicated Research pour d'autres campagnes sur des sujets de santé). Sont plus particulièrement appréciés : le caractère amusant de l'annonce, son originalité, sa capacité à interpeller, sa clarté, son ton, sa crédibilité et l'utilisation du dessin animé.
- Quant à leurs **canaux d'information privilégiés**, les femmes interrogées font confiance, dans l'ordre décroissant, au conseil d'un médecin, à un spot télévisé, à la lettre d'invitation pour les femmes, à la mutuelle et au pharmacien.
- **Parmi les raisons pouvant justifier le fait de ne pas réaliser un dépistage**, la peur des résultats est évoquée par 32% des répondantes ; le coût de l'examen par 18% (le mammotest étant gratuit, ce frein est sans doute plutôt lié à la confusion avec le bilan sénologique) ; la peur de la douleur par 16% ; et l'absence de recommandation par le médecin par 15%.

2. La perception de la campagne 2010 par les médecins généralistes

Il faut savoir que la campagne de communication (notamment audiovisuelle) n'était pas, a priori, destinée aux médecins. Ceux-ci avaient reçu, avant le lancement de la campagne, une affiche et une brochure spécifique, via la Société Scientifique de Médecine Générale (voir www.ssmg.be/new/index.php?Page=78).

- Après seulement deux vagues de diffusion, plus de **50% des médecins interrogés ont identifié la campagne** (ce qui est supérieur à la moyenne de 40% observée par l'Institut Dedicated Research pour d'autres campagnes sur des sujets de santé).

- La télévision est de loin le média le plus visualisé.

- La **note d'appréciation** recueillie par la campagne est un 6,5/10 (ce qui est équivalent à la moyenne observée par l'Institut Dedicated Research pour d'autres campagnes sur des sujets de santé et donc positif pour une campagne qui n'était pas destinée spécifiquement aux médecins). Sont plus particulièrement appréciés : le caractère amusant de l'annonce, son originalité, sa simplicité, sa capacité à interpeller, sa clarté et l'utilisation du dessin animé.

- **80 % des médecins interrogés ayant vu le spot expriment également une nette préférence pour un message faisant appel à des seins dessinés** plutôt qu'à une image réelle. Les raisons invoquées sont : « cela fait moins peur », « c'est plus amusant », « c'est plus original », « cela marque plus », « cela engendre moins de tabou », « c'est plus accrocheur ». Des réticences sont évoquées par une minorité des médecins interrogés: 7% citent comme faiblesse le manque d'informations précises et 6% le caractère trop amusant de l'annonce.

- **41 % des médecins interrogés déclarent avoir observé une augmentation des demandes de prescription de mammothest** ; 34% déclarent avoir observé une augmentation des demandes d'informations sur le mammothest ; et 23% ont eu plus de patientes qui ont parlé du cancer du sein en consultation.

Une campagne de communication utile

La diffusion d'une communication publique sur un sujet donné a pour effet de légitimer l'existence d'un problème de santé. Une campagne de communication vers le grand public a aussi pour effet de sensibiliser les professionnels et de les soutenir dans leur action préventive auprès des femmes. Cette constatation est une nouvelle fois confirmée par les médecins interrogés : plus de demandes d'information de la part des femmes, plus de patientes qui abordent le sujet en consultation et une tendance à renforcer la prescription du mammothest dans le chef des médecins.

Si l'évaluation de la campagne est encourageante, elle permet également de poser quelques jalons pour l'avenir... Il apparaît que la presque totalité des femmes identifient le cancer du sein comme important à dépister (95%) ; cependant, la pratique effective du dépistage reste bien en deçà. Une démarche complémentaire à la campagne de communication de masse est en cours pour soutenir une communication de proximité, adaptée à la diversité des freins et des réticences des femmes et leur permettant de poser les choix qui leur conviennent.

Dans le prochain numéro de Santé en Communauté française, nous reviendrons sur ces freins et réticences des femmes vis-à-vis du mammothest et la manière dont les outils de communication peuvent en tenir compte.

*Sandrine Pequet, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois,
Service communautaire de promotion de la santé Question Santé asbl.*

CONTACT

SCPS QUESTION SANTE asbl

Rue du Viaduc, 72

B-1050 Bruxelles.

Tél : 02/512.41.74

Fax : 02/512.54.36

info@questionsante.org

www.questionsante.org

Un outil à votre disposition

La procédure relative au transfert de données

La Direction générale de la santé (DGS) récolte des données ou finance différents recueils de données en matière de santé. Ces données sont des données sensibles et souvent à caractère personnel qui font l'objet de nombreuses demandes de transfert de la part de chercheurs.

Afin de traiter ces demandes en assurant, d'une part, une égalité de traitement et, d'autre part, en veillant au respect de la vie privée²², la DGS a mis au point une procédure relative au transfert de données.

Les demandes de transfert de données s'effectuent au moyen d'un formulaire (www.sante.cfwb.be/formulaires) qui doit être adressé par courrier²³ ou par fax²⁴ au Directeur général de la santé.

Une fois le formulaire reçu, le service gestionnaire de la DGS examine le caractère éthique de la demande, le caractère anonyme ou non anonyme des données demandées et l'adéquation entre ce type de données et les objectifs de la recherche (ainsi que le caractère indispensable ou non des données qui sont demandées lorsqu'il s'agit de données non anonymes).

Si les données demandées sont des données anonymes et si la demande répond aux conditions éthiques, le demandeur recevra les données par le service gestionnaire dans un délai maximum de 60 jours calendrier²⁵.

Si les données demandées ne sont pas anonymes, c'est-à-dire qu'elles sont codées²⁶ ou à caractère personnel²⁷, le demandeur devra au préalable solliciter l'avis de la Commission de la Vie Privée²⁸. Ce n'est qu'une fois en possession de cet avis que le service gestionnaire de la Direction générale de la santé statuera sur la demande²⁹.

Dans le cas où celle-ci est recevable, les parties, Fonctionnaire dirigeant et demandeur, devront alors signer un contrat de confidentialité.

Le contrat de confidentialité engage le demandeur responsable du traitement pour lequel les données sont demandées, pendant toute la durée du contrat de confidentialité :

- à agir dans le respect de la législation relative à la protection de la vie privée ;
- à veiller à la protection et à la sécurité des données et à s'assurer que les données non anonymes ne puissent pas être indirectement identifiées au départ des résultats publiés ;
- à ne pas transmettre les données reçues à un autre utilisateur, sauf avec l'autorisation de la DGS ;
- à détruire les données et les sauvegardes.

Le demandeur ne peut utiliser les données transmises que dans le cadre de l'étude décrite et doit mettre gratuitement les analyses, études et statistiques globales et anonymes à la disposition de la Direction générale de la santé qui pourra les utiliser librement.

Il est tenu de faire figurer les sources complètes des données lors de toute publication et de faire parvenir à la DGS deux exemplaires de(s) la publication(s) réalisée(s) avec les données demandées.

En cas de décision défavorable, le demandeur recevra une réponse motivée. Il pourra, s'il le souhaite, introduire une nouvelle demande en tenant compte des remarques qui lui auront été adressées.

22. Sur base de la loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 8 décembre 1992 (M.B. du 18 mars 1993). Cette loi vise à protéger le citoyen contre toute utilisation abusive de ses données à caractère personnel. Elle définit non seulement les droits et devoirs de la personne dont les données sont traitées mais aussi ceux du responsable d'un tel traitement.

23. Ministère de la Communauté française
Direction générale de la santé
Boulevard Leopold II, 44
1080 Bruxelles

24. 02/413.26.13

25. La DGS s'engage à mettre gratuitement à disposition les données non anonymes, pour la finalité et les objectifs décrits et pendant la période spécifiée, pour autant que celles-ci soient disponibles.

26. Données qui ne peuvent être mises en relation avec une personne identifiée ou identifiable qu'au moyen d'un code.

27. Données qui concernent une personne physique identifiée ou identifiable. Une personne est réputée identifiable si elle peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un numéro d'identification ou à un ou plusieurs éléments spécifiques, propres à son identité physique, physiologique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

28. La Commission de la protection de la Vie privée (dont la dénomination officielle est parfois abrégée en «Commission Vie privée») veille à ce que les données à caractère personnel soient utilisées dans le respect de la loi « Vie privée », avec le soin et les précautions qui s'imposent, de manière à préserver la vie privée des citoyens. Le demandeur doit adresser sa demande au Comité sectoriel de la Sécurité sociale et de la Santé de la Commission de la Vie privée : bureaux de la Banque-Carrefour de la Sécurité sociale: Chaussée Saint-Pierre, 375 – 1040 Bruxelles.
Tél: 02/741.83.11

29. La DGS n'est cependant pas tenue de suivre l'avis positif de la Commission de la Vie Privée.

Données disponibles :

Données relatives aux certificats de naissances et décès
Données relatives à la déclaration des maladies transmissibles
Données du recueil standardisé des services de promotion de la santé à l'école
Données relatives au dépistage de la surdité neonatale
Données relatives au dépistage des anomalies cong nitaires
Données du registre cardiovasculaire
Données du registre de la tuberculose
Données relatives aux assuétudes
Données relatives au dépistage du cancer du sein
Données relatives au dépistage du cancer colorectal
Données relatives à l'enquête de couverture vaccinale

Vous pouvez obtenir toutes informations complémentaires à l'adresse courriel : donnees.sante@cfwb.be

La politique de santé : quoi de neuf ?

Il y a un an, nous écrivions dans ces pages que les sociétés « Perspective Consulting » et « Efficiencies » avaient remporté l'appel d'offre concernant la réalisation d'une ** valuation des dispositifs de santé** en Communauté française à la demande de la Ministre F. Laanan.

Le rapport d'évaluation a été finalisé au mois de mai.

Sur base de ce rapport, la ministre souhaite clarifier l'exercice des compétences de la Communauté française en matière de santé, améliorer la cohérence, la lisibilité et la transparence des dispositifs, améliorer le fonctionnement des opérateurs et définir un mode de pilotage et de suivi permanent.

En premier lieu, elle envisage de présenter en janvier 2012 un nouveau code de la santé qui rassemblerait l'ensemble des textes législatifs relatifs aux compétences de la Communauté française en matière de santé. Ce code rassemblera dans un ordre logique les divers textes législatifs traitant de la politique de santé, il dégagera des principes communs aux textes existants et indiquera les lignes de force de la santé en Communauté française.

Une réflexion sur la réorganisation des structures, de façon à améliorer le pilotage, la coordination et l'évaluation des politiques contribuant à la santé pour tous est également en cours actuellement.

Ce rapport est consultable sur notre site : www.sante.cfwb.be

Dès septembre, **le vaccin contre le cancer du col de l'utérus** sera proposé gratuitement aux adolescentes de deuxième secondaire dans toutes les écoles (via les Services de promotion de la santé à l' cole).

Le budget octroyé pour ce vaccin par la Communauté française est estimé pour l'année 2011 entre 650.000 et 1.000.000 d'euros.

Ce vaccin doit être administré en trois doses, idéalement avant le début de la vie sexuelle des jeunes filles.

- N'hésitez pas à nous faire parvenir vos suggestions :
Ministère de la Communauté française
Direction générale de la santé
Boulevard Léopold II 44
1080 Bruxelles
sophie.lefevre@cfwb.be
- Comité de rédaction : Serge Carabin (DGS), Alain Cherbonnier (SCPS Question Santé), Philippe Demoulin (DGS), Dominique Doumont (SCPS Unité RESO/UCL), Madhy Kosia (DGS), Sophie Lefèvre (DGS), Roger Lonfils (DGS), Nathalie Noiret (DGS), Raymond Moriaux (DGS), Patrick Trefois (SCPS Question Santé).
- Coordination de la revue : Sophie Lefèvre (DGS)
- Conception graphique : SCPS Question Santé asbl
Crédit photos de couverture : © Darren Baker - Fotolia.com - © Galina Barskaya - Fotolia.com - © jeancliac - Fotolia.com - © shatteredlens - Fotolia.com
© absolut - Fotolia.com
- Tirage : 10.000 exemplaires
- Remerciements pour leur contribution : Michel Candeur (CCR), Thérèse de Foy (CCR), Sandrine Pequet (SCPS Question Santé), Bernadette Taeymans (SCPS Question Santé), Anne Vandenbroucke (CCR) et Karine Verstraeten (SCPS Unité RESO/UCL).
- Remerciements pour leur relecture : Nicole Bruhwylér (DGS), Marie-Anne Goosse (DGS)
- Les articles publiés par *Santé en Communauté française* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la Direction générale de la santé.
- Cette publication semestrielle peut être téléchargée sur le site www.sante.cfwb.be



Publication de la Direction générale de la santé
du Ministère de la Communauté française,
Bd Léopold II 44 - 1080 Bruxelles
Tél. : +32(2) 413.26.01
Fax : +32(2) 413.26.13
Site internet : www.sante.cfwb.be

Secrétariat de rédaction :
Sophie Lefèvre
Editeur responsable :
Serge Carabin
44 bd Léopold II - 1080 Bruxelles
D/2011/10134/3