

# Évaluation des mesures

PRISES DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

# 2016

**POUR UNE POLITIQUE DURABLE EN  
MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER**

**Sciensano**

DO Santé publique et Surveillance  
Centre du Cancer

Rue J. Wytsman 14  
1040 Bruxelles | Belgique

[www.sciensano.be](http://www.sciensano.be)  
[www.e-cancer.be](http://www.e-cancer.be)



# Sommaire

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>2. ÉTAT DES LIEUX DU PLAN D'ACTION</b>	<b>2</b>
<b>A. VUE D'ENSEMBLE DES DOMAINES</b>	<b>2</b>
<b>B. PRÉVENTION PRIMAIRE</b>	<b>2</b>
<b>TABAC</b>	<b>3</b>
CONSULTATIONS D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE (A1M1)	3
SOUTIEN À L'ORGANISATION DE FORMATIONS EN TABACOLOGIE (A1M3)	10
CONTRÔLE DU RESPECT DE LA LÉGISLATION ANTI-TABAC (A1M2)	13
CONCLUSION	14
<b>CANCER ET HABITUDES ALIMENTAIRES</b>	<b>16</b>
ALIMENTATION	16
ALCOOL	17
<b>CANCER ET ENVIRONNEMENT</b>	<b>18</b>
<b>PROMOTION DE LA SANTÉ</b>	<b>19</b>
ACCÈS GRATUIT À UN "CHECK-UP" DE PRÉVENTION SANTÉ CHEZ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE (A6M1)	19
FORMATION DES MÉDECINS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES RISQUES DE SANTÉ (A6M2)	23
<b>VACCINATION</b>	<b>24</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>28</b>
<b>C. DÉPISTAGE</b>	<b>30</b>
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>40</b>
<b>D. DIAGNOSTIC</b>	<b>41</b>
<b>TESTS GÉNÉTIQUES</b>	<b>41</b>
<b>E. TRAITEMENT</b>	<b>44</b>
<b>ORGANISATION DES SOINS : CONSULTATIONS</b>	<b>44</b>
CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE (COM) OBLIGATOIRE POUR TOUT NOUVEAU CAS DE CANCER (A8M1)	45
REVALORISATION DE 5 % DES PRESTATIONS ACCOMPLIES DANS LE CADRE DE LA COM (A8M2)	52
REVALORISATION DES CONSULTATIONS SPÉCIFIQUES DES ONCOLOGUES MÉDICAUX, HÉMATOLOGUES ET ENDOCRINOLOGUES (A8M3)	53
STIMULER LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AUX COM (A8M4)	55
ASPECTS COMPLÉMENTAIRES DE LA COM	56
CONCLUSION CONCERNANT LA COM	56
CRÉATION D'UNE CONSULTATION DE LONGUE DURÉE POUR L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC (A7M1)	57
ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE D'ANNONCE (A7M3)	62

ORGANISATION DES SOINS : PERSONNEL.....	63
CONCLUSION.....	71
ORGANISATION DES SOINS : TRAJETS DE SOINS.....	72
ADULTES.....	72
ENFANTS.....	74
CONCLUSION.....	76
ORGANISATION DES SOINS : ACCESSIBILITÉ ET FINANCEMENT.....	77
REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX (A15M1).....	77
REMBOURSEMENT DE MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX POUR LE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME (A15M2).....	78
UNMET MEDICAL NEED (A15M3).....	78
AMÉLIORATION DU REMBOURSEMENT POUR LES PATIENTS LARYNGECTOMISÉS (A18M1).....	83
AMÉLIORATION DU REMBOURSEMENT POUR LES PERSONNES QUI, À LA SUITE DE TRAITEMENTS ANTICANCÉREUX, PERDENT LEURS CHEVEUX (A18M2).....	84
AMÉLIORATION DU REMBOURSEMENT POUR LES PERSONNES DEVANT SUBIR L'ABLATION D'UN SEIN (MASTECTOMIE) (A18M3).....	85
ÉTUDE DE FAISABILITÉ SUR LA CRÉATION D'UN CENTRE D'HADRONTHÉRAPIE EN BELGIQUE (A30M1).....	86
RENFORCER LE REMBOURSEMENT DES SOINS ET FRAIS DE DÉPLACEMENT AUX PATIENTS CANCÉREUX NÉCESSITANT LE RECOURS À L'HADRONTHÉRAPIE (A30M2).....	86
RÉFÉRENCES.....	88
<b>F. RÉHABILITATION.....</b>	<b>90</b>
LA REVALIDATION PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE.....	90
LA RÉINSERTION SOCIALE.....	90
LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE.....	90
AMÉLIORER LA CONCILIATION VIE PROFESSIONNELLE / CANCER POUR LE PATIENT (A26M1).....	92
AMÉLIORER LA CONCILIATION VIE PROFESSIONNELLE / CANCER POUR LES PARENTS (A26M2).....	93
PROCÉDURE DE DÉDUCTIBILITÉ FISCALE DES DONNS FACILITÉE ET ADAPTÉE (A26M3).....	93
RÉFÉRENCES.....	94
<b>G. SOINS PALLIATIFS.....</b>	<b>95</b>
ÉTUDE DES BESOINS EN SOINS PALLIATIFS (A25M1).....	95
RENFORCEMENT DE L'ENCADREMENT DU PERSONNEL POUR LES SOINS PALLIATIFS EN MAISONS DE REPOS ET EN MAISONS DE REPOS ET DE SOINS (MRS) (A25M2).....	96
REVALORISATION DU FORFAIT DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE (A25M3).....	96
CENTRES DE JOUR EN SOINS PALLIATIFS (A25M4).....	96
RÉFÉRENCES.....	97
<b>H. RECHERCHE.....</b>	<b>98</b>
NGS EN (HÉMATO-)ONCOLOGIE.....	104
CONCLUSION.....	106
RÉFÉRENCES.....	107
<b>I. SUIVI ET ÉVALUATION.....</b>	<b>108</b>
RÉFÉRENCES.....	111

## 1. INTRODUCTION

---

Le Plan Cancer a été lancé en 2008 dans le but d'améliorer la lutte contre le cancer. Huit ans après la mise en route du Plan Cancer, un certain nombre d'actions du plan initial ont acquis un caractère structurel et ont ainsi démontré leur intérêt et leur efficacité ; certaines actions ont été ou seront terminées dans une période prédéfinie ; d'autres actions continueront d'être mises en œuvre ; et certaines actions ont été récemment reprises par les entités fédérées après l'entrée en vigueur officielle de la sixième réforme de l'État le 1<sup>er</sup> juillet 2014. Depuis 2015, nous œuvrons au sein du Centre du cancer à une organisation plus structurée et intégrée pour l'élaboration d'une stratégie de lutte contre le cancer et le suivi de la politique et de la recherche en matière de cancer.

Le présent rapport comporte encore pour la dernière fois une actualisation des 31 points d'action du Plan Cancer de 2008. Cet « État des lieux » est donc une actualisation du rapport « État des lieux 2014 ». Toutefois, ces points d'action ont déjà été examinés selon la nouvelle structure intégrale de la stratégie de lutte contre le cancer, constituée des 7 domaines pertinents de la politique en matière de lutte contre le cancer. Cette division est fondée sur la structure proposée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'International Union Against Cancer (UICC) et, récemment, par l'European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC).

En outre, les points d'action et les domaines ont fait l'objet d'une réflexion en fonction de la future stratégie intégrée en matière de lutte contre le cancer. De cette manière, nous évoluons d'une approche « plus ponctuelle » vers une approche « plus universelle ». C'est pourquoi, nous présentons à la fin une vue d'ensemble du « Cancer Burden » (fardeau du cancer) global en Belgique afin d'illustrer, à l'aide de données chiffrées importantes, les points d'actions actuels et futurs.

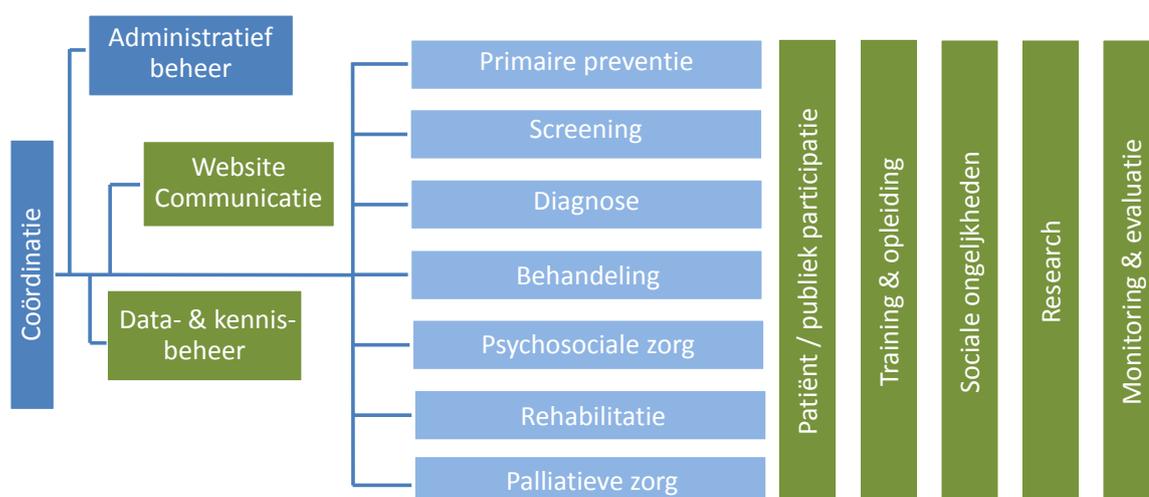
## 2. ÉTAT DES LIEUX DU PLAN D'ACTION

### A. VUE D'ENSEMBLE DES DOMAINES

La nouvelle stratégie de la « Stratégie en matière de lutte contre le cancer » (Figure 1) est constituée de sept domaines pertinents : prévention primaire, prévention secondaire (y compris le dépistage organisé), diagnostic, traitement, soins psychosociaux, réhabilitation et soins palliatifs. Il existe en outre un certain nombre de domaines transversaux globaux, à savoir la participation du patient et du public, la formation et l'éducation, les inégalités sociales, la recherche, et le suivi et l'évaluation. Le bon fonctionnement du Centre du Cancer nécessite en outre une communication via le site web, le soutien de la gestion des données et des connaissances et la gestion administrative et la coordination.

L'état des lieux des 32 actions du plan d'action de 2008 est élaboré selon cette division.

Figure 1 — Structure de la stratégie en matière de lutte contre le cancer du Centre belge du Cancer



### B. PRÉVENTION PRIMAIRE

Le risque pour une personne de contracter un cancer est déterminé par l'interaction complexe entre notamment des facteurs génétiques, d'une part, et des facteurs de risque et protecteurs du mode de vie et de l'environnement des personnes, d'autre part.

Le Code européen contre le cancer vise à informer les citoyens des actions qu'ils peuvent entreprendre eux-mêmes pour minimiser autant que possible le risque de cancer. C'est une initiative de la Commission européenne, mise sur pied à l'aide de données scientifiques. Il en est à présent à sa 4e édition. La première a été publiée en 1987 et la 4e en 2014. Le Code européen comprend 12 actions qui concernent le tabagisme, l'exercice physique, le maintien d'un poids de forme et une alimentation saine, la consommation d'alcool, l'exposition au soleil, la protection contre les substances cancérigènes et les concentrations de radon, l'allaitement, les traitements hormonaux substitutifs, les programmes de vaccination et les programmes de dépistage organisés. Le Code et toutes les informations (scientifiques) peuvent être consultés sur le site de l'« International Agency for Research on Cancer » (IARC) : <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/fr/>.

Pour la réussite d'une prévention du cancer, il est essentiel que ces actions individuelles soient soutenues par des politiques et des mesures gouvernementales. Dans ce rapport, nous abordons plus en détail le rôle du tabagisme, des habitudes alimentaires, de l'environnement, et de la prévention et de la vaccination en général, étant donné que des actions spécifiques à cet égard ont été formulées dans le Plan Cancer. À l'avenir, les autres aspects de la prévention primaire feront également l'objet de l'attention qu'ils méritent.

## — TABAC

Le tabagisme est la principale cause évitable de cancer. Si personne ne fumait, un cancer sur cinq pourrait être évité (Brawly et al. 2011 ; Ezzati et al., 2005). Dans le Plan Cancer de 2008, trois actions avaient été formulées en ce qui concerne le tabagisme en vue de faire baisser le nombre de fumeurs :

### **ACTION 1 : REMBOURSEMENT DES CONSULTATIONS D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE**

- |    |   |
|----|---|
| 1. | Remboursement forfaitaire des consultations d'aide au sevrage tabagique |
| 2. | Renforcement des contrôles du respect de la législation « anti-tabac »  |
| 3. | Soutien à l'organisation de formations en tabacologie                   |

#### CONSULTATIONS D'AIDE AU SEVRAGE TABAGIQUE (A1M1)

Le remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique chez un médecin ou un tabacologue agréé est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009 (AR du 19 juillet 2013). Sur une période de deux années civiles, huit séances maximum chez un médecin ou un tabacologue sont remboursées. La première séance a une durée minimale de 45 minutes et donne droit à un forfait de 30 €. Les consultations suivantes (2<sup>e</sup> à 8<sup>e</sup> séance) ont une durée minimale de 30 minutes et sont remboursées à hauteur de 20 €. Pour les femmes enceintes, le remboursement majoré de 30 € reste d'application pour toutes les séances.

L'évaluation du suivi des consultations d'aide au sevrage tabagique repose sur les données de remboursement de l'INAMI pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2009 au 31 décembre 2014. Toutes les données des six codes de la nomenclature, à savoir pour les séances d'aide au sevrage tabagique, première séance (codes de la nomenclature 740434 et 740445), séance de suivi (740456 et 740460) et séance pour femmes enceintes (74047w1 et 740482), sont analysées.

#### **1. Aide au sevrage tabagique : total**

Le nombre annuel total des consultations d'aide au sevrage tabagique en Belgique depuis l'introduction de la mesure (1<sup>er</sup> octobre 2009) jusqu'à fin 2014 est présenté au *Tableau 1*. Sur la base de la première séance (possibilité de 1 séance maximum par personne), on constate qu'en 2014, environ 14 000 fumeurs ont recherché une aide individuelle auprès d'un médecin ou d'un tabacologue pour arrêter de fumer ; en moyenne, ils ont suivi 1,8 séance de suivi au cours de la même année civile ( $\approx$  25.000 séances de suivi).

Afin de mieux mettre les chiffres en perspective, le nombre de premières séances et de séances de suivi a été exprimé par 100 000 habitants en Belgique, et par 10 000 fumeurs (*Tableau 1*). En 2014, 54 fumeurs sur 10 000 ont fait la démarche de solliciter une aide au sevrage tabagique auprès d'un médecin ou d'un tabacologue. En 2014, on a enregistré environ 1 000 séances chez des femmes enceintes (plusieurs consultations par personne possibles). Pour l'aide au sevrage tabagique chez les femmes enceintes, le pourcentage de participation ne peut être estimé pour plusieurs raisons : une femme enceinte peut suivre plusieurs séances ; on n'a pas retrouvé de chiffres concernant le nombre de femmes enceintes par an ou le pourcentage de fumeuses chez les femmes enceintes en Belgique. Via les données du SPF Économie, on connaît le nombre de naissances par an en Belgique (à savoir 127 198 naissances en 2009). Par 10 000 naissances, environ 80 séances d'aide au sevrage tabagique ont été suivies en 2014 (*Tableau 1*).

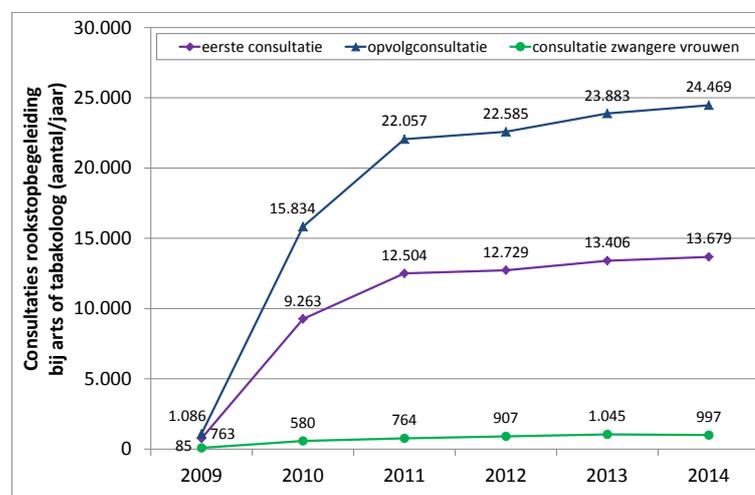
**Tableau 1 – Consultations pour l'aide au sevrage tabagique chez un médecin ou un tabacologue**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Consultation pour l'aide au sevrage tabagique – première séance</b>						
<b>N</b>	763	9 263	12 504	12 729	13 406	13 679
<b>N/100 000 habitants</b>	7	85	114	115	121	123
<b>N/10 000 fumeurs</b>	3	36	48	49	52	54
<b>Consultation pour l'aide au sevrage tabagique – séance de suivi</b>						
<b>N</b>	1 086	15 834	22 057	22 585	23 883	24 469
<b>N/100 000 habitants</b>	10	146	201	205	215	219
<b>N/10 000 fumeurs</b>	4	61	85	88	93	97
<b>Consultation pour l'aide au sevrage tabagique – séances pour femmes enceintes</b>						
<b>N</b>	85	580	764	907	1 045	997
<b>N/10 000 naissances</b>	7	46	60	71	82	78

**SOURCE** — NAMI. 2009 : données à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009 ; 2010-2014 : données de 12 mois. Chiffres de la population par an : SPF Économie ; Pourcentage de fumeurs : Enquête de santé (Gisle, 2010 ; Gisle, 2014) ; Nombre de naissances par an : SPF Économie

Les chiffres totaux pour le sevrage tabagique sont représentés visuellement à la *Figure 1*. Après la phase de démarrage en 2009 et en 2010, on a encore enregistré, au cours de la période de 2011 à 2014, une légère augmentation annuelle du nombre de consultations, surtout pour les séances de suivi.

**Figure 1** — Nombre de consultations remboursées par année pour l'aide au sevrage tabagique chez un médecin ou un tabacologue agréé

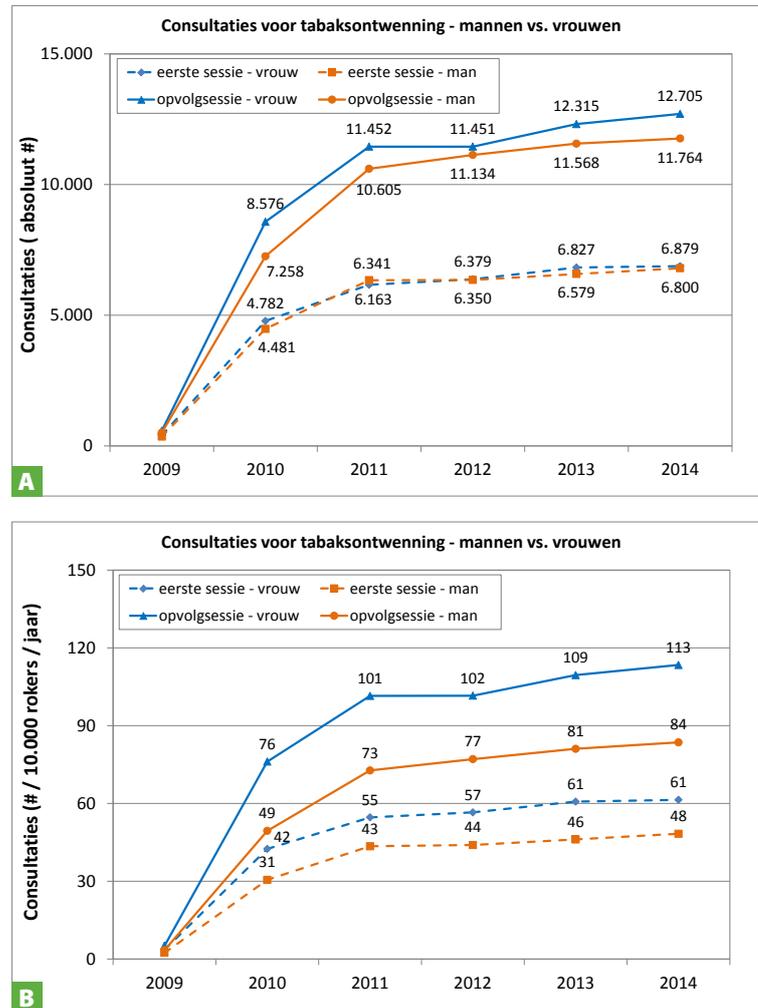


**SOURCE** — INAMI 2009 : données à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009 ; 2010-2014 : données de 12 mois

## 2. Aide au sevrage tabagique : hommes vs femmes

Le nombre de séances suivies pour l'aide au sevrage tabagique est comparé entre les hommes et les femmes à la *Figure 3*. En chiffres absolus, les hommes et les femmes suivent à peu près le même nombre de premières séances par année ( $\approx 6\,800$  séances en 2014), tandis que le nombre de séances de suivi est un peu plus élevé chez les femmes ( $\approx 12\,700$  vs  $11\,700$  en 2014) (*Figure 2A*).

**Figure 2** — Nombre de consultations remboursées pour l'aide au sevrage tabagique par an (1<sup>re</sup> séance et séance de suivi), séparément pour les hommes et les femmes. (A) nombre absolu par année ; (B) nombre de consultations par 10 000 fumeurs par an



**SOURCE** — INAMI 2009 : données à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009 ; 2010-2014 : données de 12 mois

Pour calculer les nombres relatifs, on tient compte de la population belge et du nombre de fumeurs en Belgique. Le nombre de premières séances suivies en 2014 est plus élevé pour les femmes (61 séances par 10 000 fumeuses) que pour les hommes (48 consultations par 10 000 fumeurs) (Figure 2B). Pour la séance de suivi, les différences entre les hommes et les femmes sont encore plus prononcées, à savoir respectivement 84 et 113 séances par 10 000 fumeurs et fumeuses. Les fumeuses commencent donc plus fréquemment des consultations d'aide au sevrage tabagique, et suivent relativement également un peu plus de séances de suivi (rapport « séance de suivi » / « 1<sup>re</sup> séance » = 1,85) par rapport aux fumeurs (rapport = 1,73). Les chiffres relatifs à la période 2011 à 2014 sont très comparables.

### 3. Aide au sevrage tabagique : comparaison entre les régions

Le Tableau 2 présente le nombre absolu de consultations pour l'aide au sevrage tabagique par année, réparti par région (Région de Bruxelles-Capitale, Région flamande et Région wallonne) sur la base du domicile de la personne. Après les années de démarrage (2009 et 2010), on constate un statu quo du nombre de consultations au cours de la période de 2011 à 2014 pour la Flandre et Bruxelles. Seul le nombre de consultations de suivi augmente encore progressivement avec le temps en Flandre. En Wallonie, on note une tendance à la hausse continue pour les différents types de consultations.

En raison des différences de nombres d'habitants et de nombres de fumeurs entre les trois régions, les chiffres de la 1<sup>re</sup> séance et des séances de suivi sont à nouveau exprimés en nombre de consultations par 10 000 fumeurs par année. Les chiffres sont calculés sur la base du nombre d'habitants et du pourcentage de fumeurs par région. L'enquête de santé permet de disposer du nombre de fumeurs pour 2008 (Bruxelles : 27,3 % ; Flandre : 22,8 % ; Wallonie : 27,1 %) et pour 2013 (Bruxelles : 23,0 % ; Flandre : 21,8 % ; Wallonie : 25,2 %) ; les chiffres pour les autres années sont extrapolés (Gisle, L., 2010 ; Gisle, L., 2014).

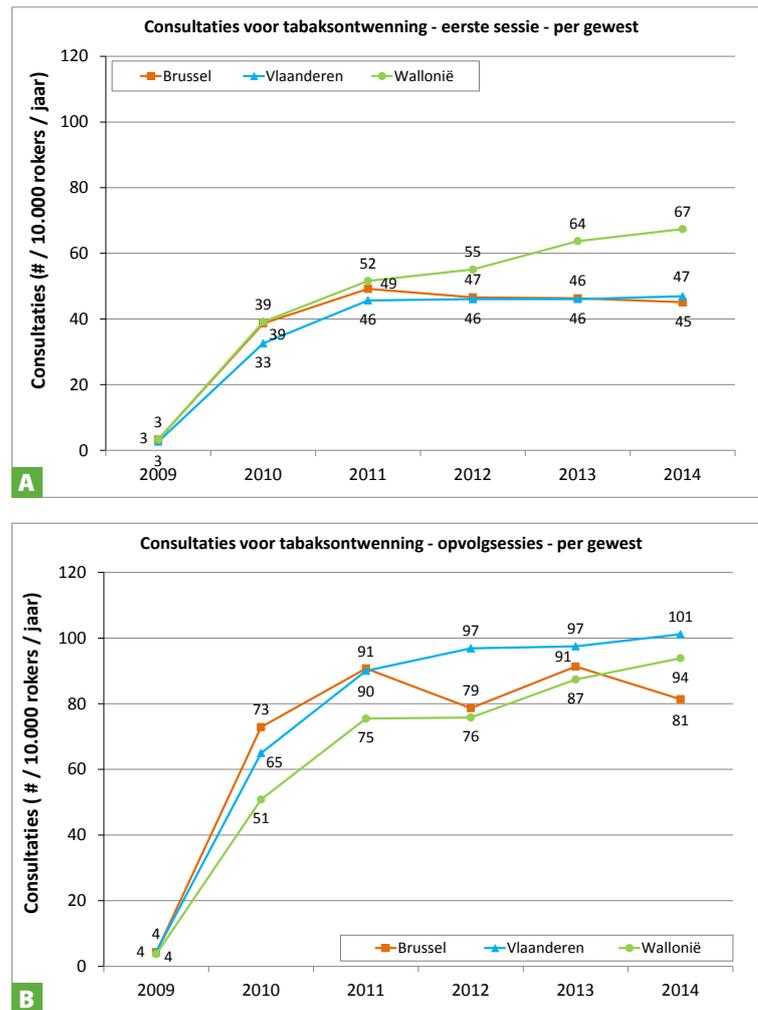
**Tableau 2** — Nombre annuel de consultations pour l'aide au sevrage tabagique chez un médecin ou un tabacologue, par région

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Consultation pour l'aide au sevrage tabagique – première séance</b>						
<b>Bruxelles</b>	93	1 077	1 360	1 266	1 230	1 162
<b>Flandre</b>	370	4 562	6 390	6 433	6 408	6 495
<b>Wallonie</b>	300	3 607	4 721	4 996	5 720	5 981
<b>Étranger ou inconnu</b>	0	16	29	28	42	30
<b>Consultation pour l'aide au sevrage tabagique – séance de suivi</b>						
<b>Bruxelles</b>	121	2 031	2 510	2 137	2 425	2 096
<b>Flandre</b>	619	9 097	12 601	13 532	13 560	14 008
<b>Wallonie</b>	346	4 683	6 907	6 875	7 847	8 332
<b>Étranger ou inconnu</b>	0	23	32	35	50	32
<b>Consultation pour l'aide au sevrage tabagique – séances pour femmes enceintes</b>						
<b>Bruxelles</b>	4	83	146	107	109	118
<b>Flandre</b>	39	205	277	350	266	270
<b>Wallonie</b>	42	292	338	447	662	596
<b>Étranger ou inconnu</b>	0	0	3	3	8	6

**SOURCE** — INAMI 2009 : données à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009 ; 2010-2014 : données de 12 mois

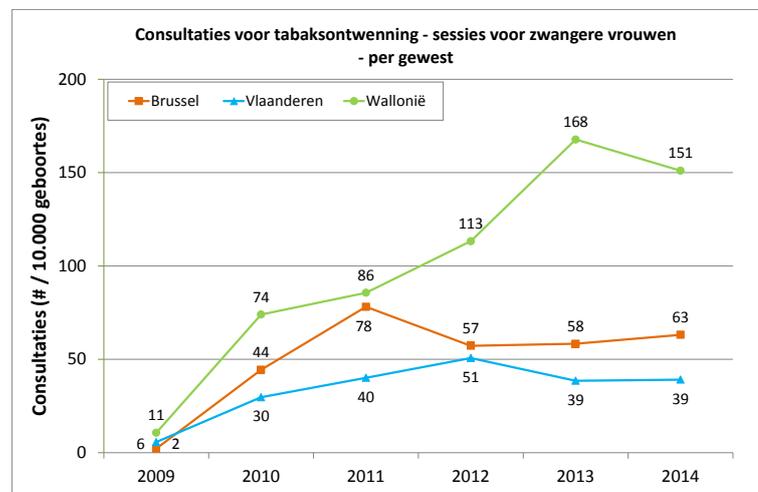
La *Figure 3A* représente le nombre de premières séances par région. En 2011, environ 50 fumeurs sur 10 000 (1 sur 200) ont commencé une aide au sevrage tabagique via le tabacologue. Ce chiffre est resté constant les trois années suivantes à Bruxelles et en Flandre, et est progressivement passé en Wallonie à 67 consultations par 10 000 fumeurs en 2014. Les séances de suivi augmentent progressivement avec le temps dans toutes les régions et sont du même ordre de grandeur (*Figure 3B*). Cela signifie qu'un nombre relativement moins élevé de séances de suivi sont suivies en Wallonie par rapport à Bruxelles et à la Flandre. On ne peut pas établir d'où vient cette différence. Le rapport entre les « séances de suivi » et la « 1<sup>re</sup> séance » s'élevait en 2014, à 1,39 en Wallonie, 1,80 à Bruxelles et 2,13 en Flandre.

**Figure 3** — Nombre de consultations remboursées pour l'aide au sevrage tabagique dans les trois régions belges, exprimé en nombre par 10 000 fumeurs par an. (A) 1<sup>re</sup>s séances ; (B) séances de suivi



**SOURCE** — INAMI 2009 : données à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009 ; 2010-2014 : données de 12 mois

**Figure 4** — Nombre de consultations remboursées pour l'aide au sevrage tabagique chez les femmes enceintes dans les trois régions belges, exprimé en nombre par 10 000 naissances par an



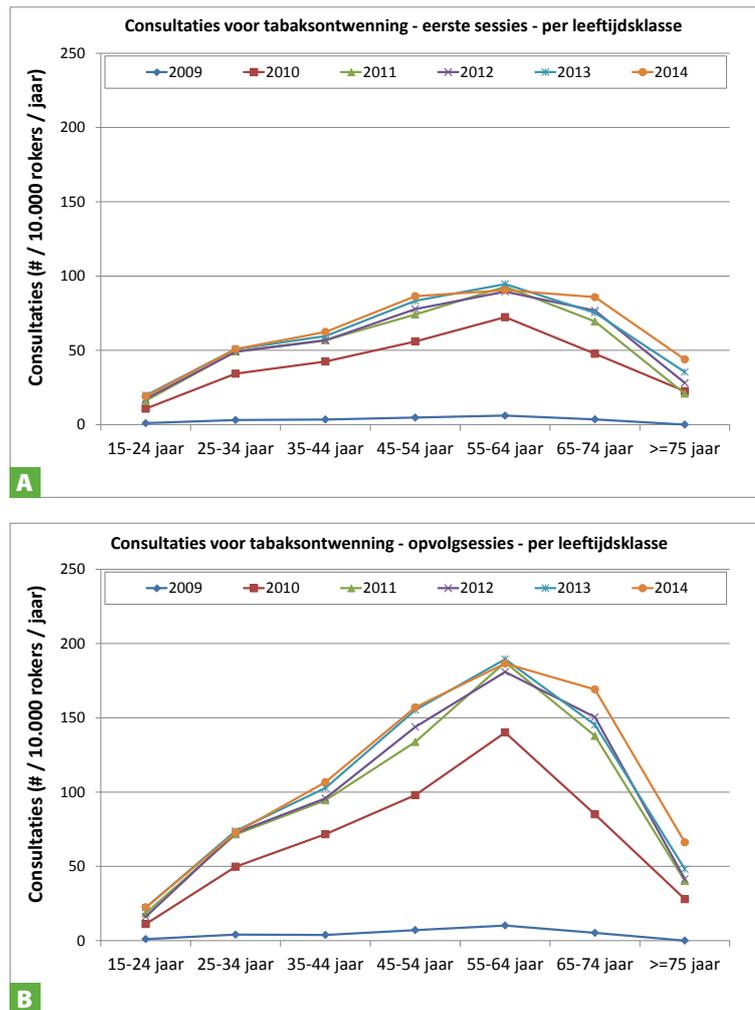
**SOURCE** — INAMI 2009 : données à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009 ; 2010-2014 : données de 12 mois

Pour l'interprétation des différences régionales des consultations pour l'aide au sevrage tabagique chez les femmes enceintes, les chiffres ont été exprimés en nombre de naissances par an. Ce nombre s'élevait en 2009, à 18 687 à Bruxelles, 69 045 en Flandre et 39 466 en Wallonie (SPF Économie). Les chiffres après 2009 ne sont pas disponibles, aussi toutes les années ont-elles été normalisées selon le chiffre de 2009. Les données concernant le remboursement de l'aide au sevrage tabagique chez les femmes enceintes à partir de 2011 (*Figure 4*) montrent qu'en Région flamande, environ 40 séances chez le tabacologue ont été suivies par 10 000 naissances ; en Région de Bruxelles-Capitale, le chiffre se situe autour des 60 séances par 10 000 naissances. En Région wallonne, on note une nette tendance à la hausse de 90 à 150 séances par 10 000 naissances au cours de la période 2011-2014. Il s'agit bien ici de séances et non pas de personnes étant donné qu'une femme enceinte peut suivre plusieurs séances. En outre, on ne connaît pas le nombre de femmes enceintes qui fument.

#### **4. Sevrage tabagique : comparaison entre tranches d'âge**

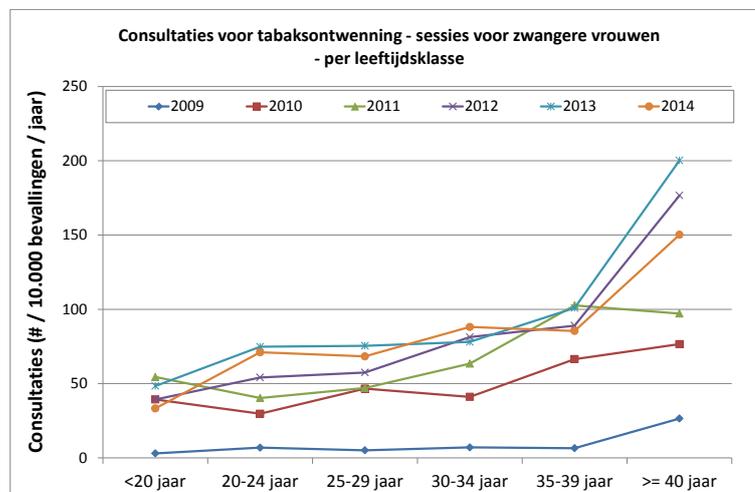
Les données concernant le sevrage tabagique sont corrélées avec l'âge de la personne. Pour les premières séances et les séances de suivi, les données sont subdivisées selon les catégories d'âge utilisées dans les analyses de l'Enquête de santé, de sorte qu'il a pu être tenu compte des habitudes tabagiques spécifiques à l'âge. Le nombre relatif de consultations pour les différentes tranches d'âge est représenté à la *Figure 5*. Dans la catégorie d'âge la plus jeune (15-24 ans), le nombre de consultations est très bas, à savoir moins de 25 personnes par 10 000 fumeurs. La participation augmente avec l'âge jusqu'à environ 100 consultations par 10 000 fumeurs pour la première séance et 200 consultations par 10 000 fumeurs pour les séances de suivi dans la catégorie d'âge de 55-64 ans. Dans les catégories plus âgées (65-74 ans et 75+), la participation est moindre, mais c'est uniquement dans ces groupes que l'on note encore une augmentation avec le temps. Dans les catégories d'âge plus jeunes, le nombre de consultations est très stable pour la période 2011-2014. D'un point de vue relatif, la plupart des séances pour le sevrage tabagique sont suivies par des femmes enceintes plus âgées (*Figure 6*). Dans la catégorie la plus âgée (40+), les différences entre les différentes années civiles sont assez importantes.

**Figure 5** — Nombre de consultations remboursées pour l'aide au sevrage tabagique par tranche d'âge, exprimé en nombre par 10 000 fumeurs par an. (A) 1<sup>res</sup> séances ; (B) séances de suivi



**SOURCE** — INAMI 2009 : données à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009 ; 2010-2014 : données de 12 mois

**Figure 6** — Nombre de consultations remboursées pour l'aide au sevrage tabagique chez les femmes enceintes par tranche d'âge, exprimé en nombre par 10 000 naissances par an



**SOURCE** — INAMI 2009 : données à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009 ; 2010-2014 : données de 12 mois

## 5. Sevrage tabagique : budget

**Tableau 3** — Vue d'ensemble du nombre total de consultations pour l'aide au sevrage tabagique chez un médecin ou un tabacologue et du budget correspondant

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL 2009-14
<b>Nombre de consultations (N)</b>							
Première séance	763	9 263	12 504	12 729	13 406	13 679	<b>62 344</b>
Séance de suivi	1 086	15 834	22 057	22 585	23 883	24 469	<b>109 914</b>
Séances pour femmes enceintes	85	580	764	907	1 045	997	<b>4 378</b>
<b>NOMBRE TOTAL DE SÉANCES (N)</b>	<b>1 934</b>	<b>25 677</b>	<b>35 325</b>	<b>36 221</b>	<b>38 334</b>	<b>39 145</b>	<b>176 636</b>
<b>Budget (euros)</b>							
Première séance	22 890	277 890	375 120	381 870	402 180	410 370	<b>1 870 320</b>
Séance de suivi	21 720	316 680	441 140	451 700	477 660	489 380	<b>2 198 280</b>
Séances pour femmes enceintes	2 550	17 400	22 920	27 210	31 350	29 910	<b>131 340</b>
<b>BUDGET TOTAL (€)</b>	<b>47 160</b>	<b>611 970</b>	<b>839 180</b>	<b>860 780</b>	<b>911 190</b>	<b>929 660</b>	<b>4 199 940</b>

**SOURCE** — INAMI 2009 : données à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2009 ; 2010-2014 : données de 12 mois.

Tarifs de remboursement : première séance : 30 € ; séance de suivi : 20 € ; séance pour femme enceinte : 30 €

Dans le Plan Cancer, un budget annuel de 2,5 millions d'euros était prévu pour l'aide au sevrage tabagique. Le gouvernement fédéral a affecté au total 4,2 millions d'euros sur une période de 6 ans (2009-2014) aux consultations d'aide au sevrage tabagique, dont 45 % aux premières séances, 52 % aux séances de suivi et 3 % aux séances pour femmes enceintes (Tableau 3). En 2014 (dernières données disponibles), 929 660 € ont été consacrés au sevrage tabagique via le médecin ou le tabacologue.

### SOUTIEN À L'ORGANISATION DE FORMATIONS EN TABACOLOGIE (A1M3)

La formation des tabacologues est organisée en Communauté française par le « Fonds des Affections Respiratoires » (FARES) depuis 2001, et depuis 2002, également en Communauté flamande par la « Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg (VRGT) ».

La formation de tabacologue est une formation post-graduée interuniversitaire d'une année ; le certificat est une exigence pour obtenir le remboursement par l'INAMI des consultations d'aide au sevrage tabagique.

Depuis 2009, un budget annuel de 65 000 € est prévu dans le cadre du Plan Cancer pour le soutien de l'organisation de la formation en tabacologie. Un certain nombre de statistiques peuvent être établies sur la base des rapports annuels d'activité du FARES et de la VRGT.

La formation francophone est organisée par le FARES, en collaboration avec l'ULB (Université libre de Bruxelles), l'ULg (Université de Liège), l'UCL (Université catholique de Louvain), la SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) et la Fondation contre le cancer. Initialement, la formation se basait sur le cursus élaboré en France et le programme comprenait 49 heures de cours. Au fil des années, une plus grande attention a été portée à des séances pratiques interactives (« ateliers ») et à des stages, et le programme actuel (2015-16) comprend 63 heures de cours (théorie + pratique) et 24 heures au minimum de stage d'observation. Un mémoire doit également être défendu. Le programme peut être réparti sur trois années académiques. Le nombre de collaborateurs de la formation varie avec le temps (Tableau 4) : en plus des 4-5 collaborateurs du FARES, il y a 29-38 externes (provenant d'hôpitaux, d'universités, de la Fondation contre le cancer, etc.), qui contribuent à la formation.

La formation néerlandophone est organisée par la VRGT, en collaboration avec l'UA (Universiteit Antwerpen), l'UGent (Universiteit Gent), la VUB (Vrije Universiteit Brussel), la KU Leuven (Katholieke Universiteit Leuven) et la Fondation contre le cancer. La formation permanente est accompagnée par un groupe de pilotage interuniversitaire. Le programme comprenait initialement un ensemble de théorie et de séances pratiques (49 heures au cours de l'année académique 2008-09) et a été progressivement étoffé par des stages et des tâches à accomplir à domicile (63 heures au cours de l'année académique 2015-16). Au fil du temps, 8-9 collaborateurs internes et 17-21 collaborateurs externes ont été associés à la formation (Tableau 4).

La formation est accessible aux étudiants de dernière année ou aux diplômés dans les formations suivantes : médecine, soins infirmiers, obstétrique, pharmacie, diététique, kinésithérapie, ergothérapie et psychologie clinique. Le nombre d'étudiants et la répartition selon le diplôme sont présentés au Tableau 4. Le nombre de diplômés par année connaît de fortes variations : entre 19 et 35 diplômés dans la formation francophone et entre 22 et 53 diplômés dans la formation néerlandophone. Il y a un plus grand nombre d'inscrits par année dans le programme francophone, vraisemblablement parce que celui-ci permet d'étaler la formation sur plusieurs années. Au niveau belge, la formation est la plus suivie par les infirmières, les sages-femmes et les psychologues ; dans la partie francophone, la formation est également populaire chez les médecins.

Après avoir terminé la formation avec succès, on peut solliciter un agrément en tant que tabacologue. Selon la législation, seule l'aide au sevrage tabagique suivie chez un tabacologue agréé peut donner droit à un remboursement partiel. Depuis 2008, 395 tabacologues ont été diplômés : ils ont animé ensemble 13 679 premières séances, 24 469 deuxièmes séances et 997 séances pour femmes enceintes.

**Tableau 4** — Nombre de collaborateurs et nombre d'étudiants de la formation en tabacologie pour les années académiques 2008-09 à 2015-16

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
<b>FORMATION EN TABACOLOGIE ORGANISÉE PAR LE FARES</b>								
<b>Nombre de collaborateurs de la formation</b>								
internes	5	5	5	5	5	4	4	4
externes	29	29	38	38	38	32	32	32
<b>Nombre d'étudiants</b>								
inscrits	37	55	56	62	55	48	33	49
réussi	22	19	32	35	35	16	23	-
<b>groupes professionnels</b>								
– médecin	11	11	15	12	14	10	6	10
– infirmier	13	28	9	17	14	18	6	10
– psychologue	10	13	21	22	16	12	13	14
– diététicien	1	1	2	4	4	3	3	5
– kinési-/ergothérapeute	0	2	5	6	2	1	0	3
– pharmacien	1	0	0	0	3	1	2	7
– dentiste	1	0	3	1	2	3	3	0
– autres <sup>1</sup>	0	0	1	0	0	0	0	0

	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
<b>FORMATION EN TABA COLOGIE ORGANISÉE PAR LA VRGT</b>								
<b>Nombre de collaborateurs de la formation</b>								
internes	9	9	9	9	9	9	8	8
externes	17	17	17	17	17	17	21	21
<b>Nombre d'étudiants</b>								
inscrits	26	24	60	40	30	29	30	30
réussi	25	24	53	37	26	26	22	-
<b>- groupes professionnels</b>								
- médecin	2	2	8	3	4	3	4	1
- infirmier	10	6	22	5	5	4	5	8
- psychologue	10	13	24	18	13	13	13	9
- diététicien	0	1	2	9	3	6	3	7
- kinési-/ergothérapeute	1	0	2	2	2	1	3	1
- pharmacien	3	0	0	0	3	1	1	4
- dentiste	0	1	0	1	0	0	1	0
- autres <sup>1</sup>	0	1	1	0	0	1	0	0
- manquant	-	-	1	2	-	-	-	-

<sup>1</sup> Autres : master en biologie, docteur en sciences biomédicales, gradué en agogique sociale, non-prestataire de soins

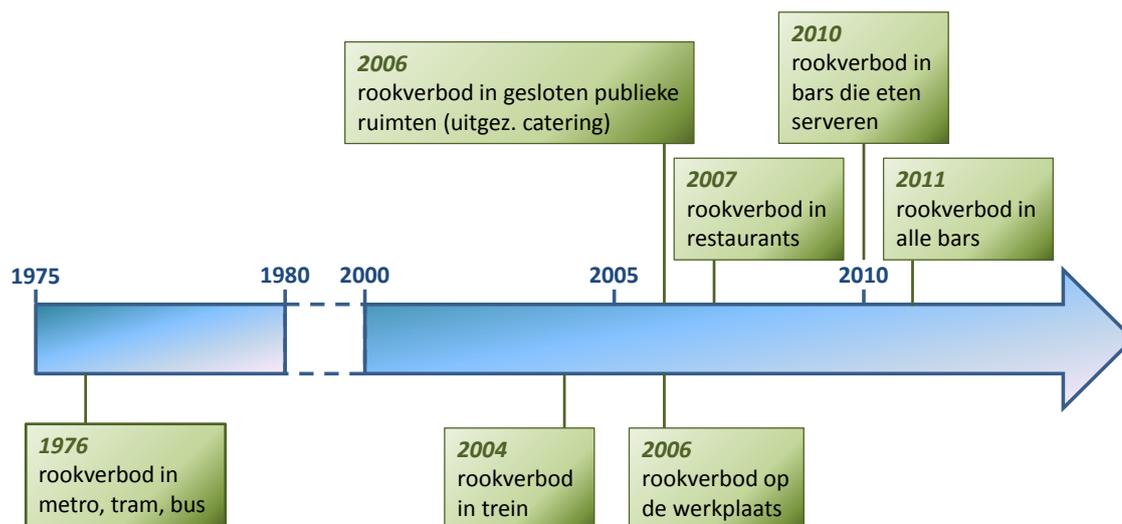
## CONTRÔLE DU RESPECT DE LA LÉGISLATION ANTI-TABAC (A1M2)

La législation en matière de tabac en Belgique porte sur différents aspects :

- Législation relative aux lieux sans tabac, notamment transports publics, lieux de travail, espaces publics (centres culturels, bibliothèques, hôpitaux, écoles ...) et l'horeca.

La *Figure 7* représente une vue d'ensemble de la législation adoptée par le gouvernement fédéral en matière d'interdiction de fumer dans les lieux publics. Dans certains cas, un fumeur est encore autorisé, à condition qu'il soit conforme aux dispositions légales (loi du 22 décembre 2009).

**Figure 7** — Vue d'ensemble chronologique de l'introduction de la législation relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics



- Réglementation de la publicité pour les produits à base de tabac via la loi du 10 décembre 1997.

- Avertissements sanitaires sur les emballages de cigarettes : la loi du 29 mai 2002 dispose que des avertissements sanitaires dans les trois langues nationales doivent être mentionnés sur l'emballage des cigarettes.

- Depuis la loi du 31 mai 2007, il est obligatoire d'apposer sur les paquets des photos couleur des effets néfastes pour la santé ; depuis la loi du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le numéro de Tabacstop doit être mentionné sur l'emballage.

- Interdiction de la vente de produits à base de tabac aux jeunes de moins de 16 ans (loi du 19 juillet 2004).

- AR du 29 décembre 2010 relatif aux accises sur les produits à base de tabac.

Les contrôles du respect de la législation fédérale anti-tabac sont effectués par l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) et par le SPF Santé publique (SPF SP) (voir *Tableau 5*).

**Tableau 5** — Nombre de contrôles annuels du respect de l'interdiction de fumer, effectués par le SPF Santé publique et l'AFSCA

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
SPF SP	10 605	9 626	9 305	11 704	9 336	9 565	9 599	10 695
AFSCA	5 290	11 738	12 769	10 483	10 100	12 257	14 581	12 835
<b>TOTAL</b>	<b>15 895</b>	<b>21 364</b>	<b>22 074</b>	<b>22 187</b>	<b>19 436</b>	<b>21 822</b>	<b>24 180</b>	<b>23 530</b>

## CONCLUSION

---

Les mesures prises en matière de prévention du tabagisme et de sevrage tabagique ont débouché sur un certain nombre de résultats très concrets :

- 395 tabacologues ont été formés depuis 2009.
- Le remboursement des consultations d'aide au sevrage est structurel.
- 1 fumeur sur 200 recherche de l'aide pour le sevrage tabagique auprès d'un médecin ou d'un tabacologue. Les femmes recourent davantage à ces séances que les hommes. L'offre d'aide est davantage utilisée en Région wallonne qu'en Région flamande ou en Région de Bruxelles-Capitale.
- Le sevrage tabagique a été le plus populaire dans la catégorie d'âge de 45 à 75 ans avec un pic pour la catégorie d'âge de 55 à 64 ans.
- Les jeunes ne font encore que très peu usage de l'aide au sevrage tabagique. La participation augmente graduellement avec l'âge.
- Par 10 000 naissances, 80 consultations d'aide au sevrage tabagique sont suivies par an. Chez les femmes enceintes, ce sont surtout les femmes plus âgées (40+) qui ont recherché cette aide.
- Le coût total du remboursement des consultations de 2009-2014 s'élève à 4 199 940 €.
- On ignore l'effet de la formation de tabacologue et de la participation à des séances de sevrage tabagique sur l'arrêt définitif du tabac. On ne dispose pas de données chiffrées à cet égard.

Ces mesures devraient se traduire par une baisse du nombre de fumeurs en Belgique. Lors du lancement du Plan Cancer, en 2008, 25 % de la population âgée de 15 ans et plus fumait. Les hommes (28 %) fumaient plus fréquemment que les femmes (21 %). En 2013, 23 % de la population fumait toujours. Cette légère baisse est visible aussi bien chez les hommes (26 % en 2013) que chez les femmes (20 % en 2013). Il est toutefois important de considérer les tranches d'âge séparément. Chez les hommes, le nombre de fumeurs diminue à partir de 44 ans. Chez les femmes, ce n'est le cas qu'à partir de 65 ans. Les jeunes (15-24 ans) fumaient également moins en 2013 (21,8 %) par rapport aux 24,9 % de fumeurs en 2008. Si l'on considère le nombre de fumeurs quotidiens, on constate la même baisse chez les jeunes (17 % en 2013 contre 19 % en 2008). Toutefois, cette baisse ne concerne que les garçons (15 % en 2013 contre 21 % en 2008). Chez les filles, on constate même une augmentation du nombre de fumeuses (18 % en 2013 contre 17 % en 2008) (Gisle, 2010 ; Gisle, 2014). Il s'agit là d'un phénomène qui n'avait jamais été constaté auparavant.

Outre le tabagisme, il faut également examiner les tendances en matière d'incidence et de mortalité des cancers liés au tabac, à savoir le cancer du poumon et le cancer de la tête et du cou (voir également Cancer burden). Chez les hommes, on constate depuis 2004, une tendance à la baisse du cancer du poumon, tant en matière d'incidence que de mortalité (ESR incidence : de 89,9 en 2004 à 79,8/100 000 en 2013 ; ESR mortalité : de 77,4 en 2004 à 62,3/100 000 en 2013). Il ressort d'une étude prospective européenne que 82 % des cancers du poumon sont imputables à la cigarette (Agudo et al., 2012). Cette tendance à la baisse s'explique probablement en grande partie par la diminution du nombre de fumeurs chez les hommes. Des types différents de cancer de la tête et du cou (cancers de la lèvre, du pharynx, de la cavité buccale, des fosses nasales, de l'oreille moyenne et du larynx) sont mis en relation avec le tabagisme ainsi qu'avec la consommation d'alcool, avec un effet cumulatif pour l'exposition combinée à la cigarette et à l'alcool. Le cancer du larynx, surtout, présente une forte corrélation avec le tabagisme. Selon la littérature internationale, 84 % des cas de cancer du larynx sont imputables au tabagisme (Agudo et al., 2012). Ici également, on constate chez les hommes une légère baisse tant de l'incidence que de la mortalité pour le cancer de la tête et du cou.

L'incidence (ESR) baisse de 35 en 2004 à 30/100 000 en 2013 ; la mortalité (ESR) diminue de 10,6 en 2004 à 9,4/100 000 en 2013. Les projections sur base de l'incidence de cancer observée prédisent pour 2025 une baisse des cancers du poumon et de la tête et du cou chez les hommes (-2,67 à 7,6 %). La tendance à la baisse du cancer de la tête et du cou pourrait donc s'expliquer par la diminution du nombre de fumeurs chez les hommes. D'autre part, on enregistre bien une augmentation de la consommation d'alcool, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Chez les femmes, en revanche, on observe une tendance à la hausse de l'incidence du cancer du poumon (ESR : 23,1 en 2004 et 33,1/100 000 en 2013) et de la mortalité (ESR : 17,2 en 2004 et 23,0/100 000 en 2013) (C). Et on s'attend à ce que cette tendance se poursuive, avec une augmentation de pas moins de 14,4 % de diagnostics de cancer du poumon chez les femmes en 2025. Pour le cancer de la tête et du cou, on a constaté peu de changement chez les femmes sur une période de 10 ans : l'incidence (ESR) s'élève à 8,6 en 2004 et à 8,7/100 000 en 2013 ; la mortalité (ESR) atteint 2,4/100 000, tant en 2004 qu'en 2013. On s'attend à une légère augmentation des cancers de la tête et du cou (+1,4 %) chez les femmes d'ici à 2025. Bien que l'on ait constaté une légère baisse du nombre de fumeurs chez les femmes belges également, l'augmentation des cancers du poumon chez les femmes reflète probablement en partie l'augmentation mentionnée ci-dessus du tabagisme chez les femmes sur une plus longue période. En outre, la baisse du nombre de fumeurs est beaucoup plus importante chez les hommes que chez les femmes.

Il est important de noter que la baisse relative des cancers liés au tabac était déjà visible à partir de l'enregistrement des données relatives au cancer en Belgique (2004), donc avant la mise en œuvre des mesures du Plan Cancer. Le tabagisme avait également déjà commencé à diminuer à partir de 1997, lorsque l'on recensait 30 % de fumeurs (28 % en 2004 ; 25 % en 2008, 23% en 2013) (Gisle, 2010 ; Gisle, 2014). Il conviendrait d'étudier davantage dans quelle mesure cette baisse est attribuable aux mesures prises. Enfin, il est également important d'indiquer que bien que l'incidence relative des cancers liés au tabac soit en baisse, le nombre absolu de cas augmentera encore considérablement au cours de la prochaine décennie (30 % pour le cancer du poumon et 15 % pour le cancer de la tête et du cou) (BCR, 2015).

En 2016, une stratégie fédérale ambitieuse pour améliorer la lutte contre la consommation de tabac sera lancée. L'objectif déclaré est de parvenir à diminuer le pourcentage des adultes fumant quotidiennement à 17 % pour 2018 et pas pour 2020, comme indiqué par les pronostics. Différentes initiatives seront prises pour transposer la directive européenne de 2014 dans la législation belge, ce qui a été réalisé en 2016 : 1) la limitation de la demande par l'augmentation des accises, 2) l'amélioration de l'accessibilité aux traitements, 3) des règles plus strictes concernant les produits à base de tabac et l'introduction de l'emballage neutre et 4) la protection contre le tabagisme passif par de meilleurs contrôles du respect de la législation anti-tabac.

## — CANCER ET HABITUDES ALIMENTAIRES

### ALIMENTATION

---

Comme mentionné dans l'état des lieux précédent de janvier 2014, il existe une relation nette entre l'alimentation et le cancer, comme l'a conclu le World Cancer Research Fund. Ces constatations ont été reprises dans le Plan National Nutrition Santé Belgique (PNNS-B), afin de fixer des priorités pour les actions et les mesures.

L'enquête de consommation alimentaire constitue un important instrument de contrôle et de suivi de la consommation d'aliments et des habitudes alimentaires. Après la première exécution en 2004-2005, une enquête étendue a de nouveau été réalisée en 2014-2015 (Lebacqz, 2015). Cette enquête, financée par le Service public fédéral Santé publique et l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) et coordonnée par l'Institut scientifique de santé publique (ISP), a été exécutée en collaboration avec le Centre international de recherche sur le cancer (IARC, Lyon, France) de l'OMS et avec le soutien scientifique du groupe de travail « Maatschappelijke Gezondheidskunde » de l'UGent.

Ce premier rapport de l'enquête de consommation alimentaire nationale 2014-2015 offre une vue d'ensemble très étendue, répartie en 13 thématiques différentes. Il en ressort notamment que 45 % de la population belge entre 3 et 64 ans présente un IMC trop élevé : 29 % sont en surpoids et 16 % sont obèses. Cela malgré le fait que la majorité des Belges prennent régulièrement trois repas par jour, consomment nettement plus de produits biologiques et font plus d'exercice physique depuis 2004. La consommation de fruits et de légumes frais n'est pas explicitement nommée. La consommation de sel iodé n'est que de 36 %. En 2009, la campagne « Top le sel ? Stop le sel ! » a été lancée. Elle a démontré son efficacité, car la consommation de sel est en effet inférieure de 10 % par rapport à 2007 lorsqu'elle a été mesurée pour la première fois (Koppen et al., 2015).

L'opinion publique par rapport à la politique alimentaire semble globalement très positive. Près de la moitié de la population (47 %) est en effet favorable à l'imposition de taxes sur les produits alimentaires malsains et près de trois personnes sur quatre (74%) prétendent être partisans de mesures visant à soutenir financièrement une alimentation saine. 64 % de la population est également favorable à une réglementation des publicités pour la malbouffe et la restauration rapide ciblées sur les enfants. Il convient également de s'intéresser à l'alimentation durant le traitement des patients cancéreux. Dans ce rapport, les mesures prises jusqu'ici sont passées en revue : le financement de diététiciens et l'élaboration de projets relatifs à la cachexie.

## ALCOOL

---

La loi du 10 décembre 2009, entrée en vigueur le 10 janvier 2010, portant des dispositions diverses en matière de santé interdit la vente de vin et de bière aux mineurs de moins de 16 ans et la vente de boissons fortes aux mineurs de moins de 18 ans. Le service d'inspection du SPF Santé publique contrôle le respect de ces mesures d'interdiction. En outre, le code de conduite concernant la publicité pour l'alcool a été revu en concertation avec le secteur pour renforcer ces mesures.

Il ressort de l'enquête belge de santé de 2013 (Gisle, 2014b) que 6 % des Belges boivent trop d'alcool. Cela équivaut à la consommation de plus de 14 verres par semaine pour les femmes et de plus de 21 verres par semaine pour les hommes. Le nombre de buveurs d'alcool quotidiens a fortement augmenté depuis 1997, tant chez les hommes que chez les femmes. En 1997, 10,9 % des hommes et 4,5 % des femmes avouaient consommer de l'alcool chaque jour ; en 2013, les chiffres s'élevaient respectivement à 19,0 % et à 9,8 %. Le nombre de buveurs d'alcool quotidiens a donc à peu près doublé chez les deux sexes sur une période de 15 ans, mais il se pourrait bien que les Belges boivent des quantités de plus en plus petites. Les Belges, les Français et les Néerlandais boivent plus fréquemment, mais des quantités bien plus petites que la moyenne européenne, selon les données de l'European Social Survey (Barbier, 2016). La quantité annuelle d'alcool consommée par personne en Belgique a en effet baissé de 10,9 litres en 1997 à 9,8 litres par personne en 2012 (OCDE, 2016).

La consommation d'alcool chez les jeunes est problématique : près d'un jeune de moins de seize ans sur trois boit régulièrement de l'alcool et un jeune sur cinq le fait aussi bien en semaine que le week-end (SPF SPSCAE, 2016). Les risques pour les jeunes sont pourtant bien plus grands, à long terme également. Les actions entreprises et les mesures prises ne semblent pas encore avoir réussi à faire baisser la consommation d'alcool, chez les jeunes non plus.

Un certain nombre de cancers sont associés à la consommation d'alcool, à savoir les tumeurs de la tête et du cou et le cancer de l'œsophage. Il est difficile d'avancer des chiffres précis, étant donné que ces tumeurs sont également causées par le tabagisme. Environ 35 % des cas de cancer de l'œsophage seraient dus au tabagisme. Sur la base d'une méta-analyse (Corrao, 2004), on a calculé les risques relatifs pour la consommation de 25 grammes d'alcool par jour (~2,5 consommations), 50 g/jour et 100 g/jour par rapport à l'abstinence totale. Le risque relatif de cancer de l'œsophage augmente de manière exponentielle, à savoir de 1,39 pour 2,5 consommations, à 1,93 pour 5 consommations et à 3,59 pour 10 consommations. Tout comme la consommation d'alcool, l'incidence et la mortalité du cancer de l'œsophage sont restées stables au fil du temps (BCR, 2015). Chez les hommes, l'incidence (ESR) s'élevait à 10,7 en 2004 et à 10,3/100 000 en 2013 ; les chiffres respectifs chez les femmes sont de 2,9 et 3,1. La mortalité (ESR en nombre par 100 000 années-personnes) s'élevait à 8,2 en 2004 et à 8,3 en 2013 pour les hommes et à 2,1 en 2004 et 1,8 en 2013 pour les femmes. L'accroissement et le vieillissement de la population auront pour effet que le nombre de cancers liés notamment à la consommation d'alcool (cancer de la tête et du cou et cancer de l'œsophage) augmentera également en chiffres absolus entre 2013 et 2025.

## — CANCER ET ENVIRONNEMENT

### 1. Exposition au rayonnement UV

Chaque année, une campagne «Soleil malin» est lancée avant l'été. C'est une initiative du CRIOC, de DETIC, de COMEOS et du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement.

Bien que la mortalité consécutive à un mélanome soit restée stable cette dernière décennie, son incidence relative augmente de 5 % par an (voir ci-dessous Cancer Burden). En 2013, le diagnostic de mélanome a été posé 2 635 fois et on s'attend à 4 100 nouveaux cas en 2025. 90 % des mélanomes sont diagnostiqués à un stade précoce (stades I et II), mais le stade augmente avec l'âge. Les personnes âgées présentent donc plus fréquemment un mélanome avancé. Les mélanomes sont de plus en plus souvent localisés sur le tronc. Ces données peuvent être utiles pour l'élaboration des prochaines campagnes (BCR, 2015).

### 2. Pesticides

Le programme fédéral de réduction des pesticides 2013-2017 remplace le programme de réduction des pesticides et des biocides en vigueur de 2005 à 2012 (SPF SPSCAE, 2016).

Le programme fédéral de réduction des pesticides 2013-2017 comprend 38 actions visant à protéger la santé publique. Il y a davantage d'actions axées sur la certification des connaissances des professionnels qui travaillent avec des produits phytopharmaceutiques (ppp), les conditions pour la vente des produits, l'information du grand public, les inspections concernant les modes d'application des ppp, les mesures de précaution contre les ppp, etc. Étant donné que le programme est encore en cours, les résultats de celui-ci ne seront disponibles qu'à partir de 2018. Certaines de ces actions sont mises en œuvre en coordination avec les entités fédérées.

La relation entre les pesticides et le cancer a été démontrée pour de nombreux types de cancers (notamment le cancer de la vessie, du rein, des os et du cerveau chez les enfants et les adultes, la leucémie, le lymphome et le cancer des yeux) (Pesticides Induced diseases database). Il n'est pas facile de déterminer la part de responsabilité des pesticides dans le nombre de nouveaux cancers par an en Belgique. Néanmoins, il semble que ce nombre ne soit pas négligeable selon ces publications détaillées. Il serait donc utile de s'efforcer, en Belgique également, de préciser la part de responsabilité de ces substances nocives dans le nombre de nouveaux cas de cancer par an et/ou d'établir si les mesures prises atteignent finalement l'effet souhaité.

## **ACTION 6 : CONSULTATION DE PRÉVENTION DES RISQUES DE SANTÉ**

- |    |   |
|----|---|
| 1. | Accès gratuit à un "check-up" de prévention santé chez le médecin généraliste |
| 2. | Formation des médecins en matière de prévention des risques de santé          |

### **ACCÈS GRATUIT À UN "CHECK-UP" DE PRÉVENTION SANTÉ CHEZ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE (A6M1)**

Les personnes âgées de 45 à 75 ans possédant un dossier médical global (DMG) ont droit une fois par an à un « check-up » de prévention santé chez le médecin généraliste. Ce module de prévention, introduit le 1<sup>er</sup> avril 2011, se base sur une liste de contrôle mise en place par le Comité de l'assurance sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, qui a formulé sa proposition après avoir recueilli l'avis du Conseil national de promotion de la qualité. Sur la base des recommandations internationales et en fonction de l'âge, la liste de contrôle comporte les thèmes suivants : 1) critères relatifs au mode de vie (alimentation, tabagisme, alcool, exercice physique, stress) ; 2) examen du système cardiovasculaire ; 3) examens de dépistage (cancer colorectal, cancer du col de l'utérus et cancer du sein) ; 4) vaccination (diphtérie, tétanos, grippe, pneumocoque) ; 5) dosages biologiques (glycémie, créatinine et protéinurie, cholestérol). Concrètement, le médecin généraliste qui communique à l'organisme assureur le lancement d'un module de prévention avec son patient qui possède un DMG perçoit des honoraires de prévention forfaitaires fixés à 10 euros à titre de supplément d'honoraires aux honoraires de gestion du DMG. Le code de la nomenclature a été supprimé le 1<sup>er</sup> janvier 2016, étant donné qu'il a été intégré dans le DMG.

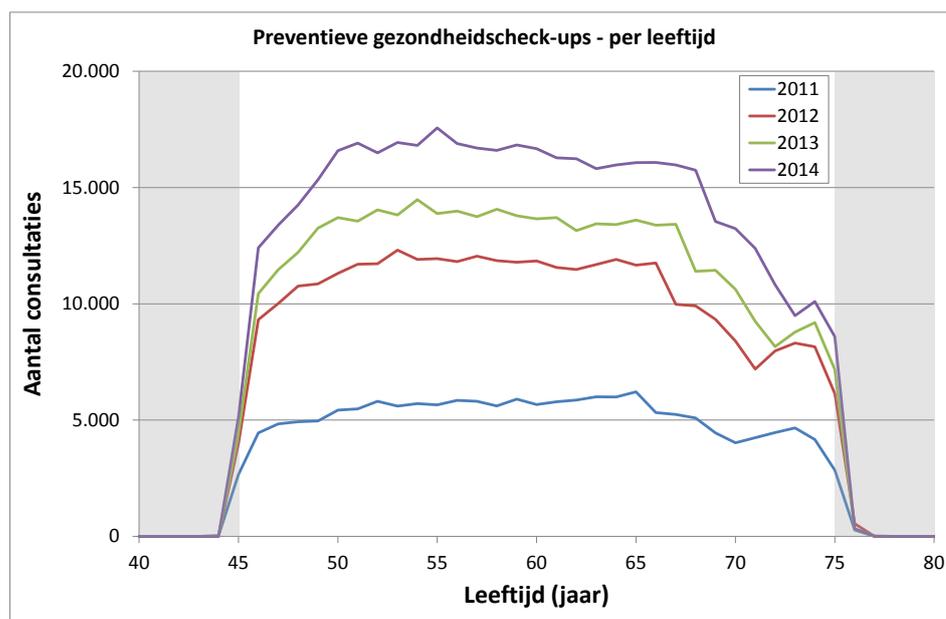
Le suivi des check-ups de prévention santé chez le médecin généraliste est assuré sur la base des données de remboursement de l'INAMI relatives à la période du 1<sup>er</sup> avril 2011 et disponibles jusqu'au 31 décembre 2014. Toutes les données sont basées sur un seul code de la nomenclature, à savoir « *Supplément pour la réalisation du module de prévention dans le cadre du DMG à l'occasion d'une consultation (101032, 101076) ou d'une visite (103132, 103412, 103434)* » (code de la nomenclature 102395).

#### **1. Check-up de prévention santé chez le généraliste : total et par catégorie d'âge**

Le nombre total de check-ups de prévention santé chez le généraliste au cours de la période 2011-2014 est présenté à la *Figure 8* et au *Tableau 6*. Sur une période de près de 4 ans, environ 1,3 million de consultations ont eu lieu. Ce nombre augmente avec le temps, à savoir d'environ 160 000 en 2011 (période de 8 mois), à 320 000 en 2012, 375 000 en 2013 et 450 000 en 2014 (*Tableau 6*).

Bien que le remboursement soit en principe limité aux personnes âgées de 45 à 75 ans, des données ont également été enregistrées pour des sujets plus jeunes ou plus âgés (voir zones hachurées en gris dans la *Figure 8*), plus particulièrement, environ 50 personnes âgées de moins de 45 ans et 1 500 sujets âgés de plus de 75 ans ont bénéficié, sur une période de 4 ans, d'un check-up de prévention santé chez leur généraliste. Dans toutes les analyses ultérieures, seules les données du groupe cible (45-75 ans) seront utilisées. Si on exprime le nombre de consultations par 100 000 habitants de cette même tranche d'âge, on constate une augmentation nette de l'âge dans les trois régions (*Tableau 6*). Les chiffres sont exprimés de cette manière pour prendre en compte la structure par âge, ce qui permet une comparaison correcte entre les trois régions.

**Figure 8** — Nombre de check-ups de prévention santé chez le généraliste, remboursés au cours de la période 2011-2014, par âge



**SOURCE** — INAMI 2011 : données à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011 ; 2012-2014 : données de 12 mois

**Tableau 6** — Nombre de check-ups de prévention santé chez le généraliste, remboursés au cours de la période 2011-2014, par âge et par région

	2011	2012	2013	2014
<b>Check-ups de prévention santé chez le généraliste – nombre de consultations</b>				
<b>Bruxelles ; 45-54 ans</b>	1 934	4 479	5 078	6 019
<b>Bruxelles ; 55-64 ans</b>	2 117	5 099	5 714	6 870
<b>Bruxelles ; 65-75 ans</b>	1 839	4 453	5 192	6 045
<b>Flandre ; 45-54 ans</b>	39 706	80 151	94 458	110 782
<b>Flandre ; 55-64 ans</b>	46 301	89 918	105 736	126 210
<b>Flandre ; 65-75 ans</b>	41 757	76 418	90 557	109 256
<b>Wallonie ; 45-54 ans</b>	8 164	19 103	21 680	27 204
<b>Wallonie ; 55-64 ans</b>	9 662	22 760	25 177	32 188
<b>Wallonie ; 65-75 ans</b>	7 081	17 829	20 477	26 472
<b>Check-ups de prévention santé chez le généraliste – nombre par 100 000 habitants de la même tranche d'âge</b>				
<b>Bruxelles ; 45-54 ans</b>	1,4	3,1	3,5	4,1
<b>Bruxelles ; 55-64 ans</b>	2,0	4,7	5,2	6,2
<b>Bruxelles ; 65-75 ans</b>	2,4	5,6	6,5	7,4
<b>Flandre ; 45-54 ans</b>	4,2	8,3	9,8	11,6
<b>Flandre ; 55-64 ans</b>	5,8	11,2	13,0	15,3
<b>Flandre ; 65-75 ans</b>	6,6	11,9	13,8	16,4
<b>Wallonie ; 45-54 ans</b>	1,6	3,7	4,2	5,3
<b>Wallonie ; 55-64 ans</b>	2,1	5,0	5,5	7,0
<b>Wallonie ; 65-75 ans</b>	2,3	5,7	6,3	7,8

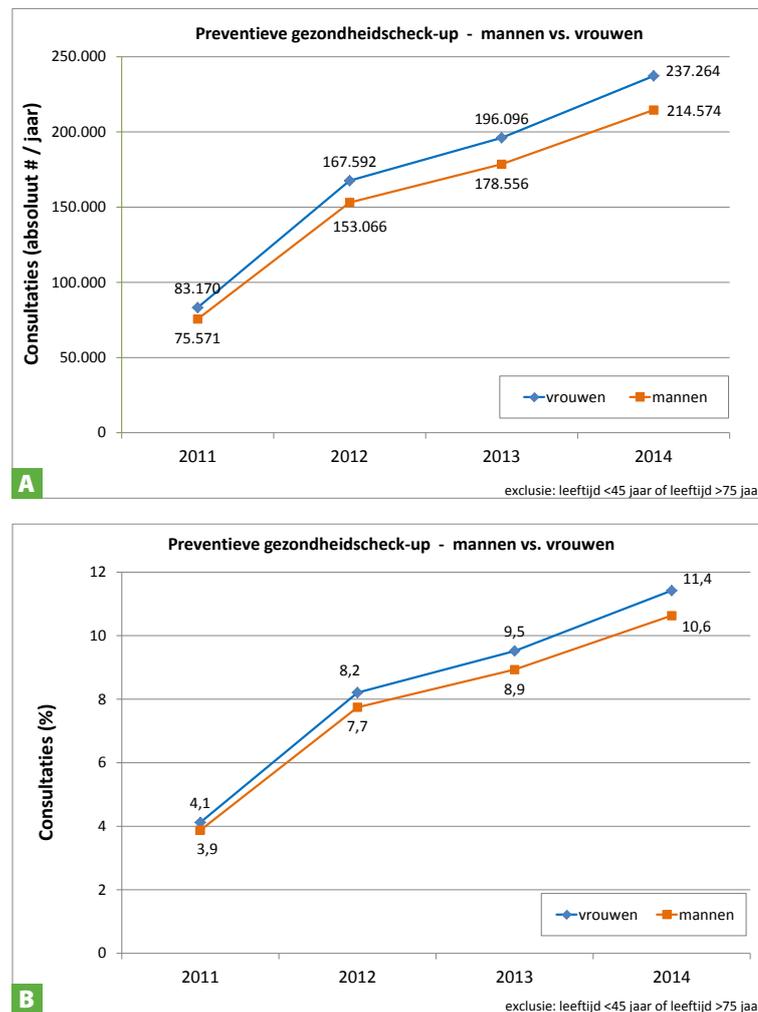
**SOURCE** — INAMI 2011 : données à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011 ; 2012-2014 : données de 12 mois.

En Région de Bruxelles-Capitale, le nombre de consultations a augmenté de 1,4 à 4,1 chez les Bruxellois de 45-54 ans, tandis qu'il est passé de 2 à 6,2 chez les Bruxellois de 55-64 ans et de 2,4 à 7,4 chez les Bruxellois de 65-75 ans. Les chiffres en Wallonie sont très semblables. En Flandre, on constate une augmentation similaire avec le temps et en fonction de la catégorie d'âge.

## 2. Check-up de prévention santé chez le généraliste : hommes vs femmes

Le nombre de check-ups de prévention santé – tant en chiffres absolus qu'exprimé en pourcentage de la population – est plus élevé chez les femmes (Figure 9). Cette différence reste stable avec le temps.

**Figure 9** — Nombre de check-ups de prévention santé chez le généraliste remboursés, séparément pour les hommes et les femmes. (A) nombre absolu par an ; (B) nombre de consultations par 100 habitants par an

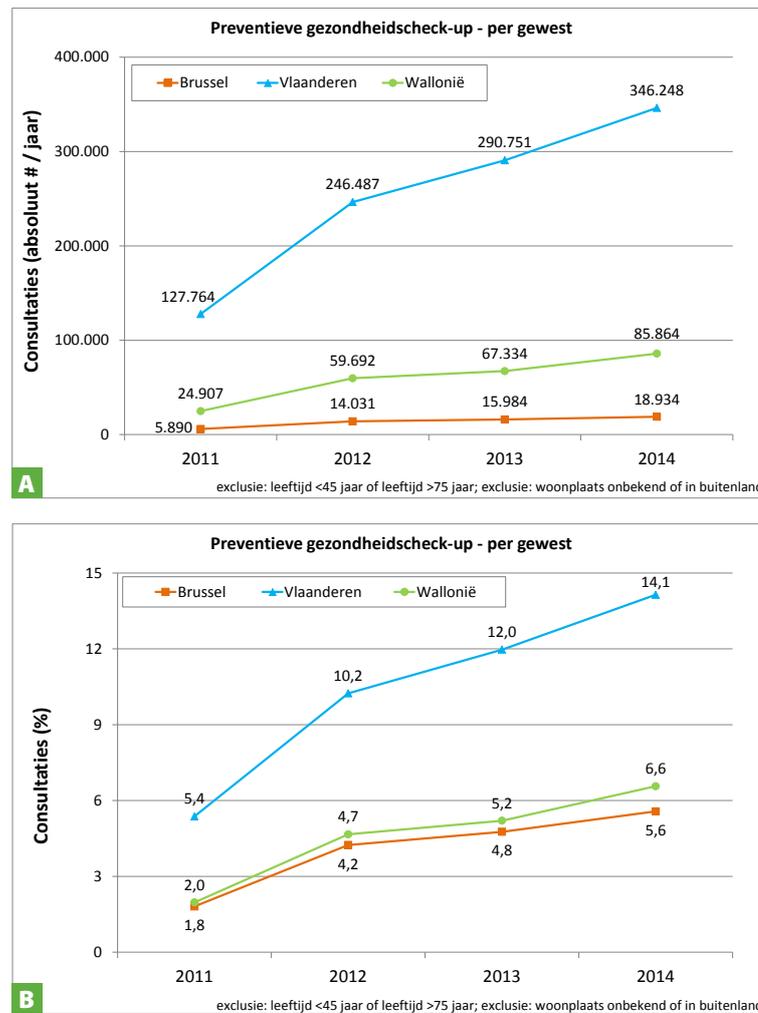


**SOURCE** — INAMI. 2011 : données à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011 ; 2012-2014 : données de 12 mois

### 3. Check-up de prévention santé: comparaison entre les régions

Le nombre de check-ups de prévention santé par région est représenté à la *Figure 10*, tant en nombre absolus qu'exprimé en pourcentage de la population. Il y a relativement plus de check-ups de prévention santé effectués en Flandre par rapport à la Wallonie ou à la Région de Bruxelles-Capitale : en 2014, environ 14 % des personnes de la tranche d'âge 45-75 ans ont subi un check-up en Flandre, contre 6,5 % en Wallonie et 5,5 % en Région de Bruxelles-Capitale. On peut déduire du *Tableau 6* que cette différence vaut pour les trois tranches d'âge.

**Figure 10** — Nombre de check-ups de prévention santé chez le généraliste remboursés, par région. (A) Nombre absolu par an ; (B) nombre de consultations par 100 habitants par an



**SOURCE** — INAMI 2011 : données à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011 ; 2012-2014 : données de 12 mois

### 4. Check-up de prévention santé chez le généraliste : impact

Ces check-ups de prévention santé et une politique préventive en général devraient se traduire par une meilleure santé générale et une diminution du nombre de décès par cancer. À l'avenir, nous pourrions examiner si des mesures politiques de ce genre ont eu une influence sur la mortalité. Plus loin dans ce rapport, nous abordons l'évolution du « Cancer Burden » en Belgique. Nous indiquons déjà ici que le WIV-ISP a reçu un mandat des Communautés flamande et française pour développer une application logicielle facilitant l'analyse des statistiques vitales (population, naissances et décès) pour la Belgique. Ce logiciel a été baptisé SPMA (*Standardized Procedures for Mortality Analysis*) et est librement disponible.

Le *Tableau 7* présente un exemple de ce genre d'analyse par le SPMA et donne déjà une vue d'ensemble du nombre de décès pour les catégories d'âge pour lesquelles un check-up de prévention santé a été financé.

**Tableau 7** — Nombre de décès par tranche d'âge et par région, pour la période 2011-2013

	Région de Bruxelles-Capitale			Wallonie			Flandre		
	45-54 a	55-64 a	65-74 a	45-54 a	55-64 a	65-74 a	45-54 a	55-64 a	65-74 a
2011	423	849	1 262	1 988	4 256	5 550	2 448	5 316	8 842
2012	439	893	1 432	1 992	4 273	5 703	2 452	5 188	9 155
2013	444	869	1 393	1 900	4 120	5 899	2 331	5 264	9 186

**SOURCE DES DONNÉES** — DGSIE ; reproduction interactive WIV-ISP (SPMA)

### FORMATION DES MÉDECINS EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DES RISQUES DE SANTÉ (A6M2)

Le module d'e-learning concernant l'approche de la surcharge pondérale et de l'obésité a été élaboré par la vzw Eetexpert. Depuis septembre 2014, ce module d'e-learning est mis à disposition via la plate-forme d'apprentissage Dokeos et peut être trouvé dans la bibliothèque d'e-learning de l'INAMI : <https://inami-riziv.dokeosnet.com>.

L'e-learning s'adresse en premier lieu aux médecins généralistes, mais il est également accessible à d'autres médecins et aux kinésithérapeutes via leur numéro INAMI. Pour les soignants intéressés d'autres disciplines, il est possible en ce moment de suivre l'e-learning sur le site web ci-dessus après enregistrement, mais sans accréditation. Le module en français se trouve sous « Surpoids et obésité ». Une version en néerlandais de ce module a également été élaborée : "Overgewicht en obesitas".

Ce module d'e-learning poursuit les objectifs d'apprentissage suivants :

- Améliorer la prise en charge de la surcharge pondérale et de l'obésité dans la première ligne, par une identification approfondie, un diagnostic, une stadification du risque et un traitement individualisé au lieu du conseil standard « mangez moins, bougez plus ».
  - Déplacer l'accent du poids vers celui de mode de vie dans l'approche de la surcharge pondérale et de l'obésité.
- Pouvoir reconnaître les signaux de problèmes et de troubles alimentaires et pouvoir utiliser des instruments de dépistage bref pour détecter les troubles alimentaires.
- Se familiariser avec la classification EOSS plus large, en plus de l'IMC, pour l'évaluation de la gravité et pouvoir l'appliquer.
- Pouvoir appliquer les outils disponibles pour agir sur la motivation dans l'approche de la surcharge pondérale et de l'obésité.
- Pouvoir évaluer la plus-value des autres disciplines dans l'approche de la surcharge pondérale et de l'obésité et travailler dans un cadre pluridisciplinaire le cas échéant.

Il ressort des données de l'INAMI que l'utilisation de ce cours en 2015 est près de 25 % plus élevée que pour les autres cours (déjà lancés en 2014). Sur base annuelle, 400 élèves ont été enregistrés pour ce module sur l'obésité, contre 300 pour d'autres thématiques. Le nombre d'accréditations pour l'obésité (40 % des starters) se situe entre les deux ; pour les autres cours, il est de 35 %, 46 % et 53 %. Il conviendrait d'étudier de manière plus approfondie les effets de ce module d'e-learning : avec quelle fréquence les médecins appliquent-ils ces nouvelles connaissances et quelles sont les expériences des patients avec celles-ci ?

**ACTION 3 : ÉLARGIR LA TRANCHE D'ÂGE DE VACCINATION CONTRE LE PAPILLOMAVIRUS AUX JEUNES FILLES DE 12 À 18 ANS (AU LIEU DE 12 À 15 ANS)**

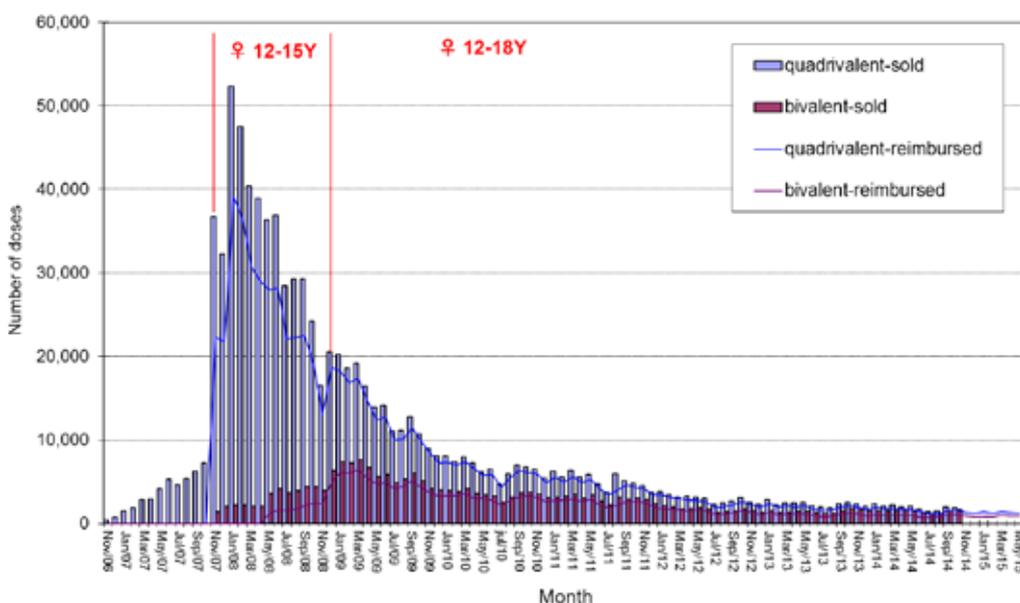
1. Élargissement du remboursement du vaccin anti-HPV jusque 18 ans
2. Campagne de vaccination contre le papillomavirus pour jeunes filles de 12 ans

**1. Élargissement du remboursement du vaccin anti-HPV**

Le vaccin anti-HPV est disponible dans les pharmacies belges depuis novembre 2006. Il est remboursé partiellement par l'INAMI depuis novembre 2007, initialement pour les jeunes filles de 12 à 15 et ensuite (depuis novembre 2008) suite à l'action 3 du Plan Cancer, pour les jeunes filles de 12 à 18 ans (Simoens et al., 2009 ; Arbyn, 2010). Initialement, seul le vaccin quadrivalent était remboursé, mais depuis novembre 2007, c'est également le cas pour le vaccin bivalent. Peu après l'introduction du remboursement, le nombre de doses vendues a spectaculairement augmenté pour dépasser les 50 000 par mois (janvier 2008). Par la suite, la consommation du vaccin a diminué progressivement avec le temps jusqu'à 3 000 à 4 000 doses par mois depuis 2014. En 2014, 74 % des vaccins anti-HPV vendus ont bénéficié d'un remboursement partiel. La part du vaccin bivalent dans le nombre total de vaccins anti-HPV vendus a augmenté avec le temps (34 % en 2014).

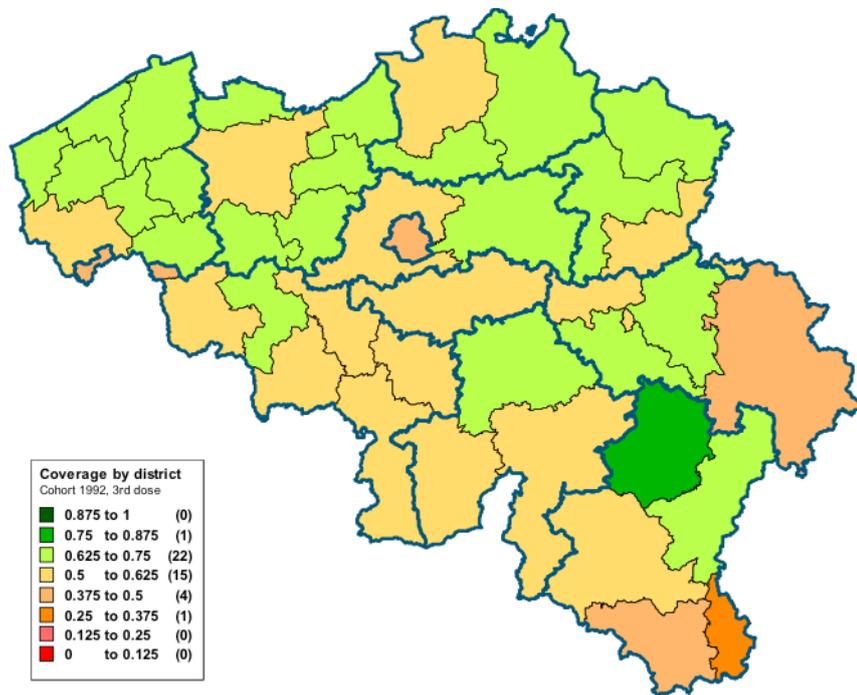
Il y a une quote-part personnelle d'environ 12 € par dose (ou 8 € pour les catégories sociales défavorisées), tandis que le reste du coût du vaccin (environ 110 € par dose) est supporté par l'assurance maladie. La *Figure 11* contient des informations concernant le nombre mensuel de doses vendues et remboursées des deux types du vaccin anti-HPV entre 2006 et 2015. Celles-ci proviennent de l'INAMI/Farmanet (remboursements) et de l'IMS (International Marketing System, nombre de doses vendues).

**Figure 11** — Nombre de vaccins anti-HPV vendus (diagramme à bâtonnets) et remboursés (courbe) par mois entre novembre 2006 et mai 2015 (Actualisation d'Arbyn et al., 2010)



Une évaluation du taux de couverture de cette vaccination opportuniste (remboursée) entre novembre 2007 et mai 2012 peut être réalisée sur la base d'un ensemble de données individuelles anonymisées de l'INAMI (Arbyn, 2012). Le taux de couverture pour les trois doses a varié par cohorte de naissance (C) et a baissé de 50 % pour C1992, à 46 % pour C1993 et à 37 % pour C1994 (Arbyn, 2012). La variation géographique du taux de vaccination anti-HPV cumulé est représentée à la *Figure 12* pour les jeunes filles nées en 1992. Celle-ci a varié entre 34 % (Arlon) et 78 % (Marche-en-Famenne) et était en moyenne de 61 % pour la Belgique, 65 % pour la Région flamande, 60 % pour la Région wallonne et seulement de 43 % pour la Région de Bruxelles-Capitale. Le taux de couverture n'a malheureusement plus pu être évalué à l'aide des données de Farmanet/INAMI après mai 2012, en raison de modifications dans l'encodage des données.

**Figure 12** — Taux de couverture cumulé pour les 3 doses du vaccin anti-HPV, atteint en mai 2012 pour les jeunes filles nées en 1992, par arrondissement



## 2. Vaccination anti-HPV organisée par les communautés

La vaccination anti-HPV gratuite (3 doses du vaccin quadrivalent) a été organisée par la Communauté flamande à partir de l'année scolaire 2010-11 pour les jeunes filles de la première année de l'enseignement secondaire ou nées en 1998. La couverture pour les trois doses a atteint 81 % et 79 %, respectivement pour les années scolaires 2010-11 et 2011-12 (Top & Paeps, 2015). Les vaccins ont été administrés pour la plupart par les CEE (93 % en 2010-11 et 97 % en 2011-12), le restant a été administré par le médecin généraliste ou le pédiatre. En 2011-12, les Communautés française et germanophone ont également mis en route une vaccination anti-HPV (3 doses du vaccin bivalent) organisée gratuitement pour les jeunes filles de la deuxième année de l'enseignement secondaire ou âgées de 13 ans. Le taux de couverture pour les 3 doses a été estimé à 29 % pour l'année scolaire 2012-13 (Vermeeren et al., 2014). En 2014, on est passé dans les deux communautés à un schéma à deux doses avec le vaccin bivalent (Arbyn et al., 2016).

### 3. Surveillance des effets de la vaccination anti-HPV

L'étude SEHIB, menée en 2010-2014, avait pour objectif d'évaluer la prévalence de l'HPV et des lésions du col de l'utérus associées au début de la vaccination anti-HPV en Belgique, ainsi que le premier effet de la vaccination chez les jeunes femmes (18-29 ans). L'étude SEHIB a inclus du matériel résiduel de 6 000 échantillons consécutifs de dépistage du cancer du col utérin, additionnés de 650 échantillons pathologiques provenant de quatre laboratoires périphériques et de quatre laboratoires universitaires belges pour la cytopathologie au cours de la période 2010-2014. Pour les échantillons prélevés dans les centres universitaires, le statut de vaccination anti-HPV de même que des biopsies ont été demandés. La vaccination anti-HPV a conféré une protection significative contre l'infection à HPV16 (efficacité du vaccin : 67 %, intervalle de confiance à 95 % : 48–79 %) et à HPV18 (67 %, intervalle de confiance à 95 % : 48–79 %) chez les femmes de moins de 30 ans. La vaccination anti-HPV a également conféré une protection contre les lésions cytologiques et histologiques. La différence de risque absolu (prévalence chez les femmes non vaccinées – prévalence chez les femmes vaccinées) s'élevait à 1,6 % (intervalle de confiance à 95 % : 2,6 % à 0,7 %) et à 0,3 % (IC à 95 % : 0,6 % à 0,1 %) respectivement pour la dysplasie cervicale modérée et grave. La protection contre l'infection à HPV16 et HPV18 était significative dans toutes les catégories d'âge de moins de 30 ans. Toutefois, aucune protection contre les lésions cytologiques dues au HPV16/18 n'a pu être mise en évidence dans le groupe des 25-29 ans. Des résultats plus détaillés peuvent être trouvés dans une publication récente (Arbyn et al, 2016). L'étude SEHIB montre que le génotypage des HPV des échantillons cytologiques de jeunes femmes qui participent à un dépistage du cancer du col de l'utérus peut être utilisé pour la surveillance de l'impact de la vaccination anti-HPV. La protection conférée par le vaccin anti-HPV observée chez les femmes de moins de 30 ans en Belgique était comparable aux effets constatés dans l'analyse ITT<sup>1</sup> d'études randomisées. L'efficacité faible ou absente chez les femmes de 25–29 ans s'explique par le fait qu'au moins une partie de ces femmes avait déjà été infectée par les types d'HPV des vaccins avant la vaccination. À l'avenir, un nombre proportionnellement plus élevé de femmes ayant été vaccinées avant l'exposition à l'HPV atteindra l'âge du dépistage. On peut s'attendre à ce que les chiffres de protection évoluent alors selon les observations per protocole<sup>2</sup> des études randomisées (Arbyn et al., 2015).

1 ITT: analyse intention-to-treat. Cette analyse englobe toutes les femmes qui ont participé à des études de vaccination randomisées, également celles qui étaient déjà infectées par les types d'HPV du vaccin.

2 Analyse per-protocol. Cette analyse englobe uniquement les femmes qui n'étaient pas encore infectées par les types d'HPV du vaccin au début des études de vaccination randomisées.

#### 4. Plans d'avenir

Étant donné que dans un proche avenir, des jeunes femmes vaccinées contre l'HPV atteindront l'âge cible pour le dépistage, il est également nécessaire de collecter les données de la vaccination anti-HPV.

Le Centre du Cancer a élaboré un plan pour la surveillance des effets de la vaccination anti-HPV en collaboration avec le Centre de référence national du papillomavirus humain. Celui-ci prévoit la collecte de matériel cellulaire résiduel archivé de frottis de femmes de 30 ans et moins, qui ont participé récemment à un dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce matériel sera testé au moyen d'un test de génotypage des HPV validé. Les données seront ensuite corrélées avec les données de la vaccination anti-HPV. Les résultats permettront de répondre à la question de savoir si la prévalence des infections avec les types d'HPV des vaccins et éventuellement d'autres types d'HPV, ainsi que des lésions du col utérin est inférieure à celle observée chez les femmes non vaccinées. Le plan de surveillance prévoit également la collecte de biopsies de patientes atteintes d'un cancer de l'utérus ou d'autres tumeurs associées à l'HPV en vue d'un génotypage des HPV. La survenue de cancers du col de l'utérus HPV-négatifs sera également contrôlée. Ces cancers HPV-négatifs seront examinés à l'aide de plusieurs tests HPV dont également le NGS (next generation sequencing) qui détectent différents gènes viraux.

## — RÉFÉRENCES

- Agudo A et al. (2012). Impact of cigarette smoking on cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study. *Journal of Clinical Oncology* ; 30 : 4550-4557.
- Arbyn M, Simoens C, Van Damme P, et al. Introduction of HPV vaccination in Belgium, Luxembourg and the Netherlands. *Gynecol Obstet Invest* 2010 ; 70 : 152-60.
- Arbyn M, Vanden Broeck D, Benoy I, et al. Surveillance of effects of HPV vaccination in Belgium. *Cancer Epidemiol* 2016 ; 41 : 152-8.
- Arbyn M, Xu L, Simoens C, Martin-Hirsch PL, Markowitz L. A Cochrane Review on prophylactic vaccination against human papillomaviruses to prevent HPV infection and cervical precancer. EUROGIN-2015 Conference : HPV Infection and Related Cancers : Translating Research Innovations into Improved Practice. 2015 Feb 7 ; Sevilla 2015.
- Arbyn M. HPV vaccination of teenage girls in Belgium. Annual Conference; Bredene (Belgium) : Flemish Society of Obstetric and Gynaecology; 2012 p. 1-21.
- Barbier, S. (2016). Belgen drinken vaker alcohol dan de gemiddelde Europeaan (Le Belge consomme plus fréquemment de l'alcool que l'Européen moyen). Consulté le 31 août 2016 via <https://www.kuleuven.be/pers/persberichten-2015/belgen-drinken-vaker-alcohol-dan-de-gemiddelde-europeaan>.
- Brawley, O. W. (2011), Avoidable cancer deaths globally. *CA : A Cancer Journal for Clinicians*, 61 : 67-68. Doi :10.3322/caac.20108.
- Corrao G et al. (2004). A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine* ; 38 :613-9.
- Ezzati, M. et al. (2005) Role of smoking in global and regional cancer epidemiology : current patterns and data needs. *Int. J. Cancer*, 116, 963-971.
- FARES. <http://www.fares.be/fr/tabagisme/>
- Programme fédéral de réduction des pesticides 2013-2017. [http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/19079775/FRPP%20voor%20raadpleging%20PDF.pdf](http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/19079775/FRPP%20voor%20raadpleging%20PDF.pdf)
- SPF Économie. Données de population. <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/structuur/>
- SPF Économie. Naissances. [http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/geboorten\\_vruchtbaarheid/](http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/geboorten_vruchtbaarheid/)
- FOD SPSCAE (2016). <http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/alcohol-tabak/alcohol>
- Gisle, L. (2010). La consommation d'alcool. Dans : J. Van der Heyden, L. Gisle, S. Demarest, S. Drieskens, E. Hesse, & J. Tafforeau (Eds.), *Enquête de santé, Belgique 2008* (pp. 389- 467). WIV-ISP, Bruxelles, 2010.
- Gisle L. (2014). La consommation d'alcool. Dans : Gisle L, Demarest S (ed.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportement de santé et style de vie*. WIV-ISP, Bruxelles.
- Gisle L. (2014). La consommation de tabac. Dans : Gisle L, Demarest S (ed.). *Enquête de santé 2013. Rapport 2 : Comportement de santé et style de vie*. WIV-ISP, Bruxelles, 2014
- Arrêté royal du 29 décembre 2010 (Moniteur belge du 31 décembre 2010).
- Arrêté royal du 19 juillet 2013 (Moniteur belge du 15 septembre 2009).
- Koppen, Paulussen et al. (2015). Estimation of salt intake by the Belgian population through analysis of sodium in 24-hour urine samples. Report number : 2015/MRG/R/0208.

Lebacqz T, Teppers E (ed.). Enquête de consommation alimentaire 2014-2015. Rapport 1. WIV-ISP : Bruxelles, 2015.

OCDE (2016), Alcohol consumption (indicator). doi : 10.1787/e6895909-en (consulté le 24 août 2016).

Pesticides induced diseases database. <http://beyondpesticides.org/resources/pesticide-induced-diseases-database/cancer>

Simoens C, Sabbe M, Van Damme P, Beutels P, Arbyn M. Introduction of human papillomavirus (HPV) vaccination in Belgium, 2007-2008. *Eurosurveillance* 2009;14 : pii=19407-.

Top G, Paeps A. Actualisering : HPV-vaccinatie in Vlaanderen – Resultaten van de eerste twee vaccinatiejaren 2010-2012 (Actualisation : Vaccination anti-HPV en Flandre – Résultats des deux premières années de vaccination 2010-2012). *Vlaams Infectiebulletin* 2015 ; 81 : 1-2.

Vermeeren A, Miermans MC, Swennen B. Évolution de 2008 à 2013 des couvertures vaccinales des enfants et jeunes en âge scolaire en Fédération Wallonie-Bruxelles. Bruxelles : PROVAC ; 2014.

VRGT. <http://www.vrgt.be/tabakspreventie>

Loi du 10 décembre 1997. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1997121037&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1997121037&table_name=wet)

Loi du 29 mai 2002. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052930&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002052930&table_name=wet)

Loi du 19 juillet 2004. [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&table\\_name=wet&cn=2004071946](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2004071946)

Loi du 31 mai 2007. [http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/waarschuwingen\\_nl.pdf](http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/waarschuwingen_nl.pdf)

Loi du 22 décembre 2009. [http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/wet\\_22\\_12\\_2009\\_nl.pdf](http://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/wet_22_12_2009_nl.pdf)

## C. DÉPISTAGE

Dans le Plan Cancer, des actions sont mises en place pour améliorer la détection précoce du cancer du sein (Action 4), du cancer du col de l'utérus (Action 5) et du cancer colorectal.

### ACTION 4 : AMÉLIORATION DU DÉPISTAGE OU DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DU CANCER DU SEIN

1. Contrôle de qualité de l'appareillage pour le dépistage

2. Gratuité des examens complémentaires à la suite d'un dépistage

3. Gratuité du dépistage pour femmes à haut risque

### ACTION 5 : PROGRAMME DE DÉPISTAGE SYSTÉMATIQUE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

1. Programme de dépistage systématique du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 64 ans

2. Remboursement majoré pour les examens complémentaires

3. Intégration de l'enregistrement des résultats des tests de dépistage dans les données du Registre du Cancer

### ACTION SUPPLÉMENTAIRE: CAMPAGNE DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

1. Programme de dépistage du cancer colorectal

Un ensemble étendu de données contenant des informations relatives au dépistage du cancer du sein, du côlon et du col de l'utérus, élaboré par l'IARC (Arbyn et al., 2015), a été collecté en collaboration avec les organisations chargées du dépistage du cancer (Bruxelles, Flandre, Wallonie, Fondation Registre du Cancer et Agence intermutualiste). Il est prévu de répéter cette opération régulièrement de manière à pouvoir établir l'état des lieux en matière de dépistage du cancer à l'aide d'une série d'indicateurs de qualité pertinents. Nous présentons ci-après une vue d'ensemble de la collecte des données.

#### 1. Dépistage du cancer du sein en Belgique

La politique de dépistage en Belgique s'inspire des directives européennes : une mammographie tous les deux ans chez les femmes de 50-69 ans, avec une double lecture de la mammographie, contrôle de qualité de l'appareillage et des données (Perry et al., 2008). Il existe trois programmes de dépistage, qui couvrent chacun une région (Région flamande, Région wallonne et Région de Bruxelles-Capitale). La mammographie de dépistage et la double lecture sont gratuites pour les intéressées, leur coût étant pris en charge par l'INAMI. Il existe également un dépistage opportuniste ou dépistage par « mammographie diagnostique », qui n'est pas lié à l'âge, à l'intervalle ou aux procédures de contrôle de la qualité.

Le *Tableau 1* présente la participation des femmes au dépistage opportuniste et au dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de la tranche d'âge cible 50-69 ans. En Flandre, le dépistage organisé est la principale forme de dépistage, tandis qu'en Wallonie, le dépistage organisé couvre à peine 10 % de la population cible. Le taux de couverture généré par le dépistage diagnostique montre une importante différence par tranche d'âge avec une tendance à la baisse pour les femmes plus âgées. Ce gradient lié à l'âge est moindre ou absent dans le dépistage organisé. Globalement, les différences entre les régions sont moins importantes si l'on considère ensemble le pourcentage de femmes ayant subi une mammographie « diagnostique » ou une mammographie de dépistage. La Région flamande a la couverture globale la plus élevée par la mammographie (75 %-53 %), suivie de la Région wallonne (60 %-51 %) et de Bruxelles (57 %-49 %).

**Tableau 1** — Pourcentage de femmes (50-69 ans), qui ont subi une mammographie (« diagnostique » ou de dépistage) au cours de la période 2011-2012 (par tranche d'âge de 5 ans et région)

	Bruxelles	Région flamande	Région wallonne
<b>Mammographie « diagnostique »</b>			
50-54 ans (%)	47,9	20,8	54,2
54-59 ans (%)	41,6	18,1	48,2
60-64 ans (%)	41,7	17,7	46,5
65-69 ans (%)	37,9	16,2	42,7
<b>Mammographie de dépistage, organisée</b>			
50-54 ans (%)	9,0	53,7	5,7
54-59 ans (%)	10,5	47,2	7,3
60-64 ans (%)	10,8	49,4	7,8
65-69 ans (%)	10,8	47,0	8,6
<b>Mammographie « diagnostique » ou mammographie de dépistage</b>			
50-54 ans (%)	57,0	74,7	60,0
54-59 ans (%)	52,2	65,3	55,5
60-64 ans (%)	52,5	67,1	54,3
65-69 ans (%)	48,6	63,1	51,3

SOURCE — Atlas AIM

Le *Tableau 2* présente les chiffres relatifs à l'année 2013, recueillis pour cette collecte de données de l'IARC. Le taux de couverture pour l'invitation est très bon pour toutes les régions et dépasse même parfois 100 %. Cela est dû au fait qu'étant donné qu'une campagne de dépistage s'étend sur deux ans, il se produit un certain chevauchement des invitations entre les années d'une campagne de dépistage. Il y a toutefois des différences frappantes dans la réponse à cette lettre d'invitation. En Flandre, le taux de réponse s'élève à 49 %, tandis que dans les deux autres régions, moins de 10 % des femmes se soumettent au dépistage après avoir reçu une lettre d'invitation. Bien que la participation en Flandre soit donc plus élevée, elle reste toujours inférieure à l'objectif européen de 70 %. Le taux de réponse diffère peu par tranche d'âge.

**Tableau 2** — Dépistage du cancer du sein organisé en Belgique en 2013

<b>Population cible (2013)</b>				
Âge (ans)	Bruxelles	Région flamande	Région wallonne	Belgique
50-54	31 154	241 186	151 534	423 874
55-59	28 286	223 463	117 710	369 459
60-64	25 032	196 985	106 212	328 229
65-69	19 527	181 476	72 648	273 651
<b>TOTAL</b>	<b>104 000</b>	<b>843 110</b>	<b>448 104</b>	<b>1 395 214</b>
<b>Nombre de femmes ayant reçu une lettre d'invitation en 2013</b>				
Âge (ans)	Bruxelles	Région flamande	Région wallonne	Belgique
50-54	14 549	133 650	75 767	223 966
55-59	16 324	96 126	58 855	171 305
60-64	14 570	93 917	53 106	161 593
65-69	13 056	83 215	36 324	132 595
<b>TOTAL</b>	<b>58 499</b>	<b>406 908</b>	<b>224 052</b>	<b>689 459</b>

### Nombre de femmes invitées en 2013 qui ont subi une mammographie de dépistage < 12 mois après une invitation

Âge (ans)	Bruxelles	Région flamande	Région wallonne	Belgique
50-54	1 198	61 736	3 793	66 727
55-59	1 412	48 239	3 831	53 482
60-64	1 228	47 516	3 519	52 263
65-69	1 267	40 384	2 820	44 471
<b>TOTAL</b>	<b>5 105</b>	<b>197 875</b>	<b>13 963</b>	<b>216 943</b>

### Taux de couverture de l'invitation (nombre d'invitations / population cible / 2)

Âge (ans)	Bruxelles	Région flamande	Région wallonne	Belgique
50-54	93,4 %	110,8 %	100,0 %	105,7 %
55-59	115,4 %	86,0 %	100,0 %	92,7 %
60-64	116,4 %	95,4 %	100,0 %	98,5 %
65-69	133,7 %	91,7 %	100,0 %	96,9 %
<b>TOTAL</b>	<b>112,5 %</b>	<b>96,5 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>98,8 %</b>

### Taux de réponse (% des femmes invitées qui ont subi une mammographie de dépistage)

Âge (ans)	Bruxelles	Région flamande	Région wallonne	Belgique
50-54	8,2 %	46,2 %	5,0 %	29,8 %
55-59	8,6 %	50,2 %	6,5 %	31,2 %
60-64	8,4 %	50,6 %	6,6 %	32,3 %
65-69	9,7 %	48,5 %	7,8 %	33,5 %
<b>TOTAL</b>	<b>8,7 %</b>	<b>48,6 %</b>	<b>6,2 %</b>	<b>31,5 %</b>

Dans la Région de Bruxelles-Capitale, les mammographies de dépistage positives, qui exigent des examens complémentaires, sont les plus fréquemment observées, à savoir dans 11,8 % des cas, contre 2,4 % en Flandre et 7,5 % en Wallonie (voir *Tableau 3*). Le taux de détection (nombre de femmes atteintes effectivement d'une tumeur maligne sur 1 000 femmes ayant subi le test) est fonction de l'âge. Il est plus élevé à Bruxelles (6,46) et en Wallonie (6,37) qu'en Flandre (5,32). La valeur prédictive positive, la proportion de biopsies avec un carcinome in situ ou un cancer invasif, par rapport au nombre de femmes présentant une mammographie anormale qui sont suivies, varie également entre les régions (9,9 % et 8,5 % respectivement à Bruxelles et en Wallonie, contre 22,6 % en Flandre) et augmente avec l'âge. En Flandre, les femmes ont la chance la plus grande d'avoir une biopsie positive après une mammographie anormale. Il semble donc qu'en Flandre, l'évaluation des mammographies anormales « aboutit » plus souvent à une tumeur maligne que dans les autres régions. Les différences régionales du pourcentage de tests de dépistage positifs, le pourcentage des anomalies qui font effectivement l'objet d'un suivi et les valeurs prédictives positives exigent des études plus approfondies. On manque d'informations sur les cancers de l'intervalle et on ne peut donc pas encore formuler de conclusions définitives quant à la sensibilité de la mammographie de dépistage.

Ce manque de données concernant les cancers de l'intervalle nous empêche d'effectuer une évaluation complète du dépistage du cancer du sein. Les facteurs d'impact tels que le taux de détection doivent être corrélés au pourcentage de cancers de l'intervalle pour pouvoir procéder à une comparaison avec les directives européennes (Perry et al., 2006). Pour cette raison, aucune distinction n'est encore faite dans ces tableaux entre premier dépistage et dépistage de suivi.

La Belgique a l'incidence la plus élevée de cancer du sein de l'Europe occidentale (BCR, 2015). C'est pourquoi une évaluation scrupuleuse des données de dépistage est extrêmement importante. Les mammographies opportunistes représentent encore une très importante partie du nombre total des mammographies dans toutes les régions, mais surtout en Wallonie et à Bruxelles. Ce dépistage opportuniste ne répond toutefois pas aux exigences de qualité prescrites par les directives européennes.

**Tableau 3 — Suivi, taux de détection et valeur prédictive positive des mammographies de dépistage par région**

	Suivi								
	Nombre de mammographies anormales			% de femmes ayant subi un dépistage présentant des anomalies			% de mammographies de dépistage anormales ayant fait l'objet d'un suivi		
	Bxl	Flandre	Wallonie	Bxl	Flandre	Wallonie	Bxl	Flandre	Wallonie
<b>50-54 a</b>	193	1 876	464	13,10 %	2,90 %	9,40 %	-	91,50 %	89,20 %
<b>55-59 a</b>	195	1 209	330	11,50 %	2,40 %	6,90 %	-	92,10 %	87,30 %
<b>60-64 a</b>	164	992	298	11,10 %	2,00 %	6,60 %	-	91,80 %	89,20 %
<b>65-69 a</b>	158	902	262	11,40 %	5,5	6,90 %	-	91,80 %	88,50 %
<b>TOTAL</b>	<b>710</b>	<b>4 799</b>	<b>1 354</b>	<b>11,80 %</b>	<b>2,40 %</b>	<b>7,50 %</b>	<b>-</b>	<b>91,70 %</b>	<b>88,60 %</b>
	Degré de détection par 1 000 femmes ayant subi un dépistage								
	CIS			Tumeurs invasives			Toutes tumeurs		
	Bxl	Flandre	Wallonie	Bxl	Flandre	Wallonie	Bxl	Flandre	Wallonie
<b>50-54 a</b>	1,36	0,87	0,61	4,74	3,52	1,62	6,1	4,39	2,22
<b>55-59 a</b>	0,59	0,98	1,46	3,54	3,69	3,96	4,13	4,67	5,42
<b>60-64 a</b>	1,35	1,05	1,33	6,07	4,8	6,89	7,42	5,85	8,22
<b>65-69 a</b>	0,72	1,11	1,31	7,94	5,78	9,46	8,66	6,9	10,78
<b>TOTAL</b>	<b>0,99</b>	<b>0,99</b>	<b>1,16</b>	<b>5,46</b>	<b>4,33</b>	<b>5,21</b>	<b>6,46</b>	<b>5,32</b>	<b>6,37</b>
	Valeur prédictive positive (VPP)								
	Bxl	Flandre	Wallonie						
<b>50-54 a</b>	5,5	15	2,4						
<b>55-59 a</b>	6,7	22,6	7,9						
<b>60-64 a</b>	16,4	28,7	12,4						
<b>65-69 a</b>	20,3	31,6	15,6						
<b>TOTAL</b>	<b>9,8</b>	<b>22,6</b>	<b>8,5</b>						

## 2. Dépistage du cancer du col de l'utérus

La version 2008 des directives européennes est suivie dans toute la Belgique (Arbyn et al., 2010). Celle-ci prescrit un dépistage tous les trois à cinq ans chez les femmes de la tranche d'âge de 25-64 ans. En Belgique, l'intervalle de dépistage recommandé est de trois ans.

Un troisième rapport de l'AIM a été établi sur le prélèvement et la lecture des frottis de col de l'utérus dans le cadre du dépistage du cancer de l'utérus, en collaboration avec l'AIM, le Registre du Cancer et le Centre du Cancer (Van den Heede et al., 2015). Ce rapport couvre la période 2006-2012 et s'inscrit dans la lignée des deux rapports précédents concernant la période 1996-2006 (Arbyn et al., 2009 ; Arbyn et al., 2014). Les *Tableaux 4 et 5* présentent les chiffres de la population cible, le nombre de femmes ayant subi un dépistage en 2012 et le taux de couverture, calculé selon les recommandations de l'IARC. Le taux de couverture était un peu plus élevé en Région wallonne (64 %) qu'en Région flamande (60 %) et qu'à Bruxelles (59 %). Le taux de couverture a atteint 61 % pour l'ensemble de la Belgique. Le profil d'âge est similaire dans toutes les régions. Le taux de couverture est assez élevé pour les femmes de moins de 40 ans (en Belgique > 70 %) et diminue ensuite progressivement (jusqu'à 40 % chez les femmes de 60-64 ans en Belgique).

**Tableau 4** — Population cible (femmes de 25-64 ans) et nombre de femmes ayant subi un dépistage du cancer du col de l'utérus en 2012 (Van den Heede et al., 2015)

Âge (en années)	Population				Nombre de femmes ayant subi un dépistage			
	Région flamande	Bruxelles	Région wallonne	Belgique	Région flamande	Bruxelles	Région wallonne	Belgique
25-29	184 547	46 960	102 707	334 214	43 385	9 730	2 785	78 900
30-34	198 257	46 919	104 344	349 520	48 949	10 149	26 273	85 371
35-39	191 997	39 815	108 523	340 335	45 137	8 561	26 585	80 283
40-44	215 477	36 084	118 785	370 346	48 068	7 477	27 456	83 001
45-49	233 452	32 822	123 336	389 610	48 268	6 686	26 987	81 941
50-54	231 428	31 368	124 301	387 097	41 820	5 814	24 715	72 349
55-59	210 649	28 566	117 934	357 149	31 287	4 633	19 413	55 333
60-64	188 901	25 400	111 212	325 513	23 848	3 548	16 104	43 500
<b>TOTAL</b>	<b>1 654 708</b>	<b>287 934</b>	<b>911 142</b>	<b>2 853 784</b>	<b>330 762</b>	<b>56 598</b>	<b>193 318</b>	<b>580 678</b>

**Tableau 5** — Taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus, par tranche d'âge et région (nombre de femmes ayant subi un dépistage en 2012 / (taille de la population / 3<sup>3</sup>)) (bevolkingsonderzoek.be, 2015)

Taux de couverture pour le dépistage du cancer du col de l'utérus				
Âge (en années)	Région flamande	Bruxelles	Région wallonne	Belgique
25-29	70,5 %	62,2 %	75,3 %	70,8 %
30-34	74,1 %	64,9 %	75,5 %	73,3 %
35-39	70,5 %	64,5 %	73,5 %	70,8 %
40-44	66,9 %	62,2 %	69,3 %	67,2 %
45-49	62,0 %	61,1 %	65,6 %	63,1 %
50-54	54,2 %	55,6 %	59,6 %	56,1 %
55-59	44,6 %	48,7 %	49,4 %	46,5 %
60-64	37,9 %	41,9 %	43,4 %	40,1 %
<b>TOTAL</b>	<b>60,0 %</b>	<b>59,0 %</b>	<b>63,7 %</b>	<b>61,0 %</b>

3 La population cible a été divisée par trois, car c'est l'intervalle de dépistage recommandé.

En **Flandre**, les femmes sont invitées depuis juin 2013 à se soumettre à un frottis chez leur généraliste ou leur gynécologue. Cet examen est organisé sur la base d'un système de convocation et de rappel (système call-recall). Le test de dépistage est une cytologie cervicale avec une fréquence de 1 fois tous les 3 ans dans le groupe cible des femmes de 25-64 ans, conformément aux recommandations européennes. Le programme flamand prévoit d'inviter les femmes faisant partie d'un groupe restreint pour lesquelles un nouveau frottis est utile. Les femmes chez qui un diagnostic de cancer de l'utérus a été posé, qui ont subi une hystérectomie totale ou qui ont déjà subi un frottis moins de trois ans auparavant ne sont pas invitées. Davantage de détails peuvent être trouvés dans le rapport annuel flamand 2015 (Bevolkingsonderzoek.be, 2015). Ce rapport permet de déduire le degré de réponse, c'est-à-dire le pourcentage de femmes qui ont reçu une invitation en 2014 et qui se sont soumises à un frottis moins de 12 mois plus tard. Le taux de réponse atteignait globalement 11 % (voir *Tableau 6*) et baissait avec l'âge, de 15 % (chez les femmes < 35 ans) à 8 % (chez les femmes de 55 ans ou plus). Il convient de noter qu'il s'agit en l'occurrence de femmes qui ne s'étaient pas soumises à un dépistage au cours des trois années précédentes. En **Wallonie**, aucun programme de dépistage organisé n'a été mis en place durant la dernière décennie. Néanmoins, le taux de couverture n'est pas plus bas qu'en Flandre.

**Tableau 6** — Nombre de Flamandes invitées en 2014, nombre et pourcentage de femmes s'étant soumises à un frottis moins de 12 mois après l'invitation (taux de réponse)

Âge (en années)	Invitées	Femmes invitées ayant subi un dépistage	Taux de réponse
25-29	51 931	7 634	14,7 %
30-34	36 022	5 295	14,7 %
35-39	35 240	4 863	13,8 %
40-44	38 702	4 993	12,9 %
45-49	43 533	5 006	11,5 %
50-54	48 855	4 983	10,2 %
55-59	54 907	4 612	8,4 %
60-64	56 653	4 419	7,8 %
<b>TOTAL</b>	<b>365 843</b>	<b>41 805</b>	<b>11,4 %</b>

Il y a un certain nombre **d'éléments de réflexion pour l'avenir**. Les indicateurs pour le suivi des femmes dont le dépistage a donné un résultat positif n'ont pas encore pu être intégrés dans la collecte de données de l'IARC mentionnée ci-dessus, en raison de différences dans la définition. Pour une vue d'ensemble de l'utilisation de la colposcopie, de la biopsie et de la conisation, on peut renvoyer aux rapports antérieurs de l'AIM et au rapport annuel flamand en relation avec le dépistage du cancer (Bevolkingsonderzoek.be, 2015).

Les directives européennes (von Karsa et al., 2015) et un rapport récent du centre de connaissances (KCE reports 238, 2015) recommandent de passer du Pap test au test HPV pour le dépistage primaire du cancer du col de l'utérus. Le récent accord de protocole du 21 mars 2016 pour la prévention prévoit un cadre pour la mise sur pied d'un groupe de travail technique avec des représentants des Communautés et des Régions, des experts et d'autres parties intéressées, sous la direction du Centre du Cancer. Ce protocole, élaboré dans le cadre de la conférence interministérielle Santé publique, est un accord conclu entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées relatif à la prévention. En attendant, il est nécessaire de poursuivre les recherches sur la survenue des cancers HPV-négatifs et le tri des femmes HPV-négatives.

L'effet de l'invitation sur l'augmentation éventuelle du taux de couverture n'est probablement pas si important. Des recherches scientifiques montrent que la mise à disposition de kits d'auto-prélèvement et de tests HPV sur ces échantillons vaginaux auto-prélevés est généralement plus efficace que l'envoi d'invitation (Arbyn et al., 2014 ; Verdoodt et al., 2015). En Flandre, une étude randomisée est actuellement en cours afin d'établir l'efficacité de cette stratégie dans le cadre de laquelle des kits d'auto-prélèvement sont envoyés à des femmes qui ne participent pas au dépistage.

Le Centre du Cancer poursuivra des études dans le domaine de la validation du test HPV et des tests HPV effectués sur des échantillons et de l'urine auto-prélevés (VALGENT (Arbyn et al., 2016) et études VALHUDES<sup>4</sup>). Le Centre du Cancer continuera de développer son expertise en relation avec l'étude des données relatives aux nouvelles méthodes de prévention et de traitement des cancers liés à l'HPV. Cela est également important, vu l'absence d'un groupe d'experts disposant d'un mandat européen pour l'actualisation des directives en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus.

### 3. Dépistage du cancer colorectal

Il y a deux programmes de dépistage organisés du cancer colorectal en Belgique. Le programme flamand, lancé en 2013, s'adresse aux hommes et aux femmes de 56 à 74 ans habitant en Région flamande. Ils reçoivent tous les deux ans un kit iFOBT. Le second programme s'adresse aux femmes et aux hommes de 50 à 74 ans de la Région wallonne et de la Région de Bruxelles-Capitale, qui reçoivent une lettre leur recommandant de se procurer gratuitement un test FOBT chez leur généraliste. Les chiffres des *Tableaux 7 et 8* se basent sur des données recueillies dans le cadre de la collecte de données de l'IARC mentionnée ci-dessus. Il convient de noter qu'il existe une différence dans la définition des dénominateurs dans les rapports initiaux des communautés et ceux spécifiés par l'IARC. Malgré cette prudence en matière d'interprétation, on constate une différence spectaculaire du taux de réponse entre la Flandre (environ la moitié) et la Fédération Wallonie-Bruxelles (moins de 1 sur 20). La principale explication réside certainement dans l'inclusion du kit de prélèvement dans la lettre d'invitation en Flandre par rapport à l'invitation à se procurer un kit de prélèvement chez le généraliste en Fédération Wallonie-Bruxelles. Le choix du test de dépistage explique également la différence en partie : l'iFOBT (en Flandre) n'exige qu'un seul prélèvement tandis que deux prélèvements sont nécessaires pour le test FOBT [en fédération Wallonie-Bruxelles].

---

4 VALHUDES: Validation of Human papilloma virus assays and collection DEvices for HPV testing on Self-samples. Le protocole d'étude est mis au point, mais l'exécution de l'étude dépend du financement.

**Tableau 7** — Population cible pour le dépistage du cancer du côlon, nombre d'invitations envoyées en 2014, nombre de tests de dépistage effectués chez les personnes invitées et nombre de tests effectués en 2014

Âge (ans)	Population cible (2014)					
	Région flamande		Région wallonne et Bruxelles		Belgique	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
50-54			146 612	153 610		
55-59	277 112	291 404	148 660	147 720	425 772	439 124
60-64	299 344	309 202	134 950	130 596	434 294	439 798
65-69	247 332	253 028	121 444	113 052	368 776	366 080
70-74	177 678	163 284	83 946	73 692	261 624	236 976
<b>TOTAL</b>	<b>1 001 466</b>	<b>1 016 918</b>	<b>635 612</b>	<b>618 670</b>	<b>1 490 466</b>	<b>1.481 978</b>

Âge (ans)	Nombre de personnes ayant reçu une lettre d'invitation en 2014					
	Région flamande		Région wallonne et Bruxelles		Belgique	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
50-54			73 306	76 805		
55-59	82 471	84 655	74 330	73 860	156 801	158 515
60-64	106 463	107 602	67 475	65 298	173 938	172 900
65-69	67 468	66 531	60 722	56 526	128 190	123 057
70-74	74 344	68 352	41 973	36 846	116 317	105 198
<b>TOTAL</b>	<b>330 746</b>	<b>327 140</b>	<b>317 806</b>	<b>309 335</b>	<b>575 246</b>	<b>559 670</b>

Âge (ans)	Nombre de personnes invitées ayant subi un test de dépistage en 2014					
	Région flamande		Région wallonne et Bruxelles		Belgique	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
50-54			2 958	2 900		
55-59	Pas d'info	Pas d'info	3 200	2 883		
60-64	Pas d'info	Pas d'info	3 367	2 934		
65-69	Pas d'info	Pas d'info	3 339	2 900		
70-74	Pas d'info	Pas d'info	1 952	1 763		
<b>TOTAL</b>	<b>171 837</b>	<b>158 765</b>	<b>14 816</b>	<b>13 380</b>	<b>186 653</b>	<b>172 145</b>

Âge (ans)	Nombre de personnes ayant subi un test de dépistage en 2014					
	Région flamande		Région wallonne et Bruxelles		Belgique	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
50-54			4 452	4 270		
55-59	33 025	29 259	4 764	4 142	37 789	33 401
60-64	45 837	42 029	5 132	4 390	50 969	46 419
65-69	48 331	48 029	4 893	4 212	53 224	52 241
70-74	36 807	34 203	2 815	2 420	39 622	36 623
<b>TOTAL</b>	<b>164 000</b>	<b>153 520</b>	<b>22 056</b>	<b>19 434</b>	<b>181 604</b>	<b>168 684</b>

**Tableau 8** — Dépistage du cancer colorectal : taux de couverture de l'invitation, taux de réponse et taux de couverture du test de dépistage

Taux de couverture de l'invitation (personnes invitées / population cible/2)						
Âge (ans)	Région flamande		Région wallonne et Bruxelles		Belgique	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
50-54			100,0 %	100,0 %		
55-59	59,5 %	58,1 %	100,0 %	100,0 %	73,7 %	72,2 %
60-64	71,1 %	69,6 %	100,0 %	100,0 %	80,1 %	78,6 %
65-69	54,6 %	52,6 %	100,0 %	100,0 %	69,5 %	67,2 %
70-74	83,7 %	83,7 %	100,0 %	100,0 %	88,9 %	88,8 %
<b>TOTAL</b>	<b>66,1 %</b>	<b>64,3 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>77,2 %</b>	<b>75,5 %</b>

Taux de réponse (% de personnes invitées ayant subi un test de dépistage)						
Âge (ans)	Région flamande		Région wallonne et Bruxelles		Belgique	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
50-54			4,0 %	4,0 %		
55-59	Pas d'info	Pas d'info	4,3 %	3,9 %		
60-64	Pas d'info	Pas d'info	5,0 %	4,5 %		
65-69	Pas d'info	Pas d'info	5,5 %	5,1 %		
70-74	Pas d'info	Pas d'info	4,7 %	4,8 %		
<b>TOTAL</b>	<b>52,0 %</b>	<b>48,5 %</b>	<b>4,7 %</b>	<b>4,3 %</b>	<b>32,4 %</b>	<b>30,8 %</b>

Taux de couverture par le dépistage (% de dépistage)						
Âge (ans)	Région flamande		Région wallonne et Bruxelles		Belgique	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
50-54			6,1 %	5,6 %		
55-59	23,8 %	20,1 %	6,4 %	5,6 %	17,8 %	15,2 %
60-64	30,6 %	27,2 %	7,6 %	6,7 %	23,5 %	21,1 %
65-69	39,1 %	38,0 %	8,1 %	7,5 %	28,9 %	28,5 %
70-74	41,4 %	41,9 %	6,7 %	6,6 %	30,3 %	30,9 %
<b>TOTAL</b>	<b>32,8 %</b>	<b>30,2 %</b>	<b>6,9 %</b>	<b>6,3 %</b>	<b>24,4 %</b>	<b>22,8 %</b>

Le *Tableau 9* présente une vue d'ensemble détaillée des résultats du dépistage du cancer du côlon en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale. Pour la Flandre, les données à cet égard sont insuffisantes pour une vue d'ensemble.

**Tableau 9** — Dépistage du cancer du côlon en Région wallonne et en Région de Bruxelles-Capitale, 2014 (test gFOBT), femmes et hommes confondus (nombre et % de résultats positifs du dépistage, suivi par colonoscopie, tumeurs détectées et taux de détection d'adénomes et de cancers avancés)

		Tranche d'âge (en années)					TOTAL
		50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	
		<b>Test positif</b>					
N		293	334	386	382	230	<b>1 625</b>
%		3,4	3,8	4,1	4,2	4,4	<b>3,9</b>
		<b>FU scopie</b>					
<b>Scopie complète</b>	N	195	215	253	272	138	<b>1 073</b>
	% des scopies totales	92,4 %	90,0 %	89,4 %	93,1 %	89,6 %	<b>91,0 %</b>
<b>TOTAL</b>	N	211	239	283	292	154	<b>1 179</b>
	% des tests positifs	72,0 %	71,6 %	73,3 %	76,4 %	67,0 %	<b>72,6 %</b>
		<b>Nombre de tumeurs détectées % de colonoscopies effectuées</b>					
<b>Adénomes</b>	N	40	61	59	67	45	<b>272</b>
	%	19,0 %	25,5 %	20,8 %	23,0 %	29,2 %	<b>23,1 %</b>
<b>Adénomes avancés</b>	N	25	43	49	49	22	<b>188</b>
	%	11,8 %	18,0 %	17,3 %	16,8 %	14,3 %	<b>16,0 %</b>
<b>Cancers invasifs</b>	N	7	10	21	26	15	<b>79</b>
	%	3,3 %	4,2 %	7,4 %	8,9 %	9,7 %	<b>6,7 %</b>
<b>TOTAL</b>	N	72	114	129	142	82	<b>539</b>
	%	34,1 %	47,7 %	45,6 %	48,6 %	53,2 %	<b>45,7 %</b>
		<b>Taux de détection (par 1 000 hommes et femmes participants) d'un adénome avancé ou d'un cancer invasif</b>					
		3,7	6,0	7,4	8,2	7,1	<b>6,4</b>

## — RÉFÉRENCES

Arbyn M, Simoens C, Van Oyen H, et al. Analysis of 13 million individual patient records pertaining to Pap smears, colposcopies, biopsies and surgery on the uterine cervix (Belgium, 1996-2000). *Prev Med* 2009 ; 48 : 438-43.

Arbyn M, Anttila A, Jordan J, et al. European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening. Second Edition – Summary Document. *Ann Oncol* 2010 ; 21 : 448-58.

Arbyn M, Fabri V, Temmerman M, Simoens C. Attendance at cervical cancer screening and use of diagnostic and therapeutic procedures on the uterine cervix assessed from individual health insurance data (Belgium, 2002-2006). *PLoS ONE* 2014 ; 9 : e92615.

Arbyn M, Verdoordt F, Snijders PJF, et al. Accuracy of human papillomavirus testing on self-collected versus clinician-collected samples : a meta-analysis. *Lancet Oncol* 2014 ; 15 : 172-83.

Arbyn M, Depuydt C, Benoy I, et al. VALGENT : a protocol for clinical validation of human papillomavirus assays. *J Clin Virol* 2016 ;76 (Suppl 1) : S14-S21.

Bevolkingsonderzoek.be. Jaarrapport 2015. Bruxelles ; 2016. Report No. : [https://www.bevolkingsonderzoek.be/media\\_processed/files/Jaarrapport2015\\_DEF\(met%20linken\).pdf](https://www.bevolkingsonderzoek.be/media_processed/files/Jaarrapport2015_DEF(met%20linken).pdf).

KCE Reports 238 (2015). Cervical cancer screening program and Human Papillomavirus (HPV) testing, part II : Update on HPV primary screening.

Perry et al. (2006). European guidelines for quality assurance in breast cancer screening & diagnosis, 4th edition Luxembourg

Perry N, Broeders M, de Wolf C, et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document. *Ann Oncol* 2008 ; 19 : 614-22.

Van den Heede A, Fabri V, Haelens A, Francart J, Arbyn M. Dépistage du cancer du col de l'utérus 2006-2012 (troisième rapport AIM en collaboration avec la Fondation Registre du Cancer et l'ISP). Bruxelles : AIM, Fondation Registre du Cancer ; Institut scientifique de santé publique ; 2015.

Verdoordt F, Jentschke M, Hillemanns P, et al. Reaching women who do not participate in the regular cervical cancer screening program by offering self-sampling kits : A systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Eur J Cancer* 2015 ; 51 : 2375-85.

von Karsa L, Arbyn M, De Vuyst H, et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Summary of the supplements on HPV screening and vaccination. *Papillomavir Res* 2015 ; 1 : 22-31.

## ■ D. DIAGNOSTIC

Un aspect très important des soins oncologiques est constitué par l'accès rapide à un diagnostic fiable du cancer, au cas où, bien entendu, un traitement peut également être instauré. Différents éléments peuvent contribuer à un tel diagnostic rapide, dont la limitation des délais d'attente, des critères et des directives clairement définis concernant les tests diagnostiques, une bonne coopération entre les soins de santé de première ligne et les soins spécialisés (oncologiques) et une transmission fluide et sûre des données médicales importantes. Ci-après, l'accent est mis sur la détection et l'accompagnement des patients présentant une prédisposition génétique au cancer (Action 2 du Plan Cancer), mais ce n'est encore que le début. Les programmes de dépistage du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer du côlon évoqués ci-dessus contribuent également à un diagnostic rapide de ces types de cancer.

### — TESTS GÉNÉTIQUES

#### **ACTION 2 : DÉPISTAGE ET ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES À RISQUE DE PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE AU CANCER**

1. Remboursement de nouveaux tests génétiques
2. Revalorisation du conseil génétique
3. Remboursement de tests ADN envoyés à l'étranger

Dans le cadre d'une étude de faisabilité réalisée par le Centre du Cancer et le KCE (rapport KCE 240), le Registre du Cancer a effectué une analyse afin d'évaluer le volume et le budget affecté en Belgique au diagnostic génétique et moléculaire chez les patients cancéreux. À cet effet, des analyses ont été effectuées sur une sélection de six types de cancer, diagnostiqués au cours de la période 2011-2012. À la demande du Centre du Cancer, le Registre du Cancer a également effectué ces analyses pour la période suivante. Les résultats des deux analyses sont rassemblés ci-après.

La population étudiée a été sélectionnée dans la base de données du Registre belge du Cancer et comprenait des patients atteints d'un type déterminé de cancer diagnostiqué au cours de la période 2011-2013. Sur la base du numéro d'identification spécifique des patients à la sécurité sociale (NISS), cette base de données a été interconnectée aux bases de données administratives des organismes assureurs, rassemblées par l'Agence intermutualiste (AIM/IMA).

Afin d'éviter d'intégrer également dans les analyses des actes médicaux consécutifs à d'autres lésions malignes, on a exclu les patients atteints de tumeurs invasives supplémentaires, diagnostiquées au cours de la période s'étendant 6 mois avant et 12 mois après la date d'incidence de la tumeur étudiée (à l'exception du cancer de la peau non-mélanome). Étant donné que les données du Registre du Cancer sont encore en cours d'analyse jusqu'à fin 2013, un certain nombre de données peuvent encore manquer pour certains patients. Les patients suivants ont également été exclus :

- Patients sans domicile officiel en Belgique
- Patients sans date d'incidence exacte de la tumeur invasive concernée
- Patients sans NISS connu
- Patients n'ayant pu être interconnectés avec la base de données de l'AIM/IMA

Tous les codes de la nomenclature ont été choisis dans les articles 32 (anatomo-pathologie), 33 (génétique) et 33bis (diagnostic moléculaire). Pour les patients concernés, tous les enregistrements contenant un de ces codes de la nomenclature dans une période de 3 mois avant et de 6 mois après la date d'incidence ont été collectés dans la base de données de l'AIM/IMA.

Cet intervalle de temps autour du diagnostic a été considéré comme le plus approprié pour englober la période de l'examen diagnostique.

Les données fournies par le Registre du Cancer peuvent être retrouvées aux *Tableaux 1 et 2*. Les détails des analyses feront partie d'un rapport distinct.

**Tableau 1** — *Vue d'ensemble des patients cancéreux sélectionnés, des données et des types de tumeurs (période 2012-2013)*

Type de tumeur	Nombre initial de patients (BCR)	Nombre de tumeurs après l'interconnexion*	Nombre de tumeurs après la sélection du code**	Nombre d'enregistrements de l'AIM/IMA après l'interconnexion**
Sein-femme	21 977	21 131	20 906	74 827
Côlon	12 061	11 305	7 233	12 259
Rectum	4 913	4 532	2 680	4 379
Poumon	16 274	15 358	13 231	31 043
Prostate	16 160	15 047	9 865	11 859

\* Limité aux patients sans autre tumeur invasive (6 mois avant et 12 mois après la date d'incidence de la tumeur étudiée, et pour lesquels l'interconnexion avec la base de données de l'AIM/IMA est possible).

\*\* Limité aux tumeurs pour lesquelles au moins un code de la nomenclature a été enregistré, au cours de la période de 3 mois avant et de 6 mois après la date d'incidence.

**SOURCE :** Données du BCR-AIM

**Tableau 2** — *Prestations médicales, pourcentage tumeurs-patients, et remboursement pour les tumeurs solides (2012-2013)*

	Sein (N = 21,131)			Côlon (N = 11,305)			Rectum (N = 4,532)		
	Actes (N)	Tumeurs (%)	Budget (€)	Actes (N)	Tumeurs (%)	Budget (€)	Budget (N)	Tumeurs (%)	Budget (€)
32_a	112 047	97,6	2 679 849	26 851	55,9	664 027	9 619	50,6	233 750
32_b	64 750	88,4	4 699 942	312	1,4	23 486	112	1,2	8 327
33_a	39	0,2	17 808	27	0,2	12 270	10	0,2	4 557
33_b	9	0,0	2 605	5	0,0	1 443	-	-	-
33_c	5	0,0	912	9	0,1	1 606	1	0,0	175
33_d	-	-	-	1	0,0	175	-	-	-
33_e	-	-	-	1	0,0	584	-	-	-
33_f	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33_g	297	1,4	43 817	9	0,1	1 367	2	0,0	302
33_h	31	0,1	4 580	6	0,0	917	-	-	-
33_i	20	0,1	7 000	116	0,8	40 686	15	0,3	5 240
33_j	16	0,1	8 837	40	0,3	22 080	5	0,1	2 747
33_k	658	3,1	903 550	55	0,5	75 523	9	0,2	12 382
33_l	35	0,2	11 357	32	0,3	10 376	11	0,2	3 546
33_m	522	1,6	167 133	227	1,7	72 973	76	1,5	24 442
33b_f	137	0,6	16 594	1 298	7,8	157 927	416	5,9	50 470
33b_g	12 875	57,6	4 236 227	12	0,1	3 957	2	0,0	672
33b_i	1	0,0	324	1 988	17,1	657 008	722	15,4	237 977
<b>TOUS</b>	<b>191 442</b>	<b>98,9</b>	<b>12 800 535</b>	<b>30 989</b>	<b>63,9</b>	<b>1 746 405</b>	<b>11 000</b>	<b>58,9</b>	<b>584 587</b>

**Tableau 2** — Prestations médicales, pourcentage tumeurs-patients, et remboursement pour les tumeurs solides (2012-2013) – Suite

	Poumon (N = 15 358)			Prostate (N = 15 047)			Hémato (N = 10 664)			Tous types	
	Actes (N)	Tumeurs (%)	Budget (€)	Actes (N)	Tumeurs (%)	Budget (€)	Actes (N)	Tumeurs (%)	Budget (€)	Actes (N)	Budget (€)
32_a	64 644	83,6	1 577 837	34 289	65,3	800 653	45 244	69,8	1 080 602	292 694	7 036 718
32_b	6 293	35,5	464 064	69	0,4	4 977	137	0,9	10 125	71 673	5 210 921
33_a	77	0,5	35 103	20	0,1	9 131	3 751	31,4	1 704 616	3 924	1 783 485
33_b	10	0,1	2 905	10	0,0	2 887	1 652	9,2	480 990	1 686	490 831
33_c	24	0,1	4 268	9	0,0	1 644	1 583	12,5	283 798	1 631	292 403
33_d	4	0,0	705	1	0,0	175	344	2,2	61 929	350	62 984
33_e	4	0,0	2 341	-	-	-	130	1,1	76 140	135	79 065
33_f	-	-	-	-	-	-	1	0,0	109	1	109
33_g	-	-	-	-	-	-	5	0,0	769	313	46 255
33_h	-	-	-	-	-	-	1	0,0	146	38	5 644
33_i	2	0,0	702	-	-	-	1	0,0	353	154	53 981
33_j	2	0,0	1 106	-	-	-	1	0,0	558	64	35 328
33_k	6	0,0	8 266	-	-	-	3	0,0	4 142	731	1 003 863
33_l	67	0,4	21 793	23	0,1	7 430	4 990	32,4	1 614 866	5 158	1 669 368
33_m	1 035	5,7	334 554	29	0,2	9 303	2 184	15,7	707 609	4 073	1 316 014
33b_f	8 860	28,0	1 070 833	22	0,1	2 666	172	1,1	20 871	10 905	1 319 361
33b_g	34	0,2	11 247	-	-	-	3	0,0	975	12 926	4 253 078
33b_i	73	0,5	24 012	3	0,0	998	4	0,0	1 296	2 791	921 615
<b>TOUS</b>	<b>81 135</b>	<b>86,1</b>	<b>3 559 738</b>	<b>34 475</b>	<b>65,5</b>	<b>839 863</b>	<b>60 206</b>	<b>79,2</b>	<b>6 049 895</b>	<b>409 247</b>	<b>25 581 023</b>

**Figure 1** — Vue d'ensemble du changement d'utilisation dans les articles 32 et 33bis pour les tests pertinents pour l'oncologie

	Prostate	9865*	Lung	25446*	Breast	40960*	Colon	13293*	Rectum	4979*	Hemato	18907*
		- 11%**		+ 4%**		+ 3%**		+ 2%**		+ 2%**		+ 7%**
		Totaal		Evolutie 2011-2013		Totaal		Evolutie 2011-2013		Totaal		Evolutie 2011-2013
32_a	69159	-2%	122981	10%	205095	17%	46615	26%	16869	25%	87669	6%
32_b	89	71%	10995	25%	127837	3%	600	8%	212	11%	280	-4%
33b_f	31	59%	11194	74%	335	-45%	2772	-14%	991	-38%	270	43%
33b_g	0	-	48	59%	22786	23%	19	42%	2	100%	9	-100%
33b_i	3	100%	107	53%	2	0%	2544	72%	930	71%	6	50%

\* Nombre total de tumeurs pour lesquels des codes pertinents ont été retrouvés au cours de la période de moins 3 à plus 6 mois de la date d'incidence.

\*\* Évolution du nombre d'incidences de cancer au cours de la période 2011-2013.

## ■ E. TRAITEMENT

Les soins oncologiques deviennent de plus en plus complexes en raison du nombre croissant de disciplines associées aux processus diagnostiques et thérapeutiques, du vieillissement de la population (y compris avec des maladies chroniques) et du progrès rapide enregistré par la recherche innovante. Tous ces facteurs conjugués font de l'organisation de la dispense des soins oncologiques un défi pour les soins de santé, d'une part dans le domaine de la coordination de tous les travailleurs de santé impliqués et, d'autre part, au niveau de la dispense des soins appropriés au patient en temps voulu au cours du processus diagnostique et thérapeutique. Sont importantes en l'espèce : l'approche multidisciplinaire de la gestion du patient cancéreux et l'intégration efficace des soins de santé par la création de centres ou de réseaux d'expertise et de réseaux de référence nationaux/européens pour le traitement des cas complexes et des formes rares de cancer. Un strict contrôle de la qualité des soins et la satisfaction du patient sont fondamentaux en l'espèce.

Ci-après, nous abordons un groupe divers de différents sujets, à savoir les aspects importants de l'organisation des soins et des trajets de soins, l'organisation du personnel, l'imagerie, l'accessibilité et le financement. Les différentes actions du Plan Cancer sont regroupées dans la mesure du possible par thème. Il est toutefois important de souligner qu'il existe souvent également un lien avec d'autres domaines et que la classification est donc quelque peu artificielle. Il y a donc ainsi un important chevauchement avec les domaines des soins psychosociaux et de la réhabilitation, et il existe également un lien évident avec des domaines transversaux tels que la formation, l'inégalité sociale et la recherche.

### — ORGANISATION DES SOINS : CONSULTATIONS

Au sein de l'organisation des soins oncologiques, la **Consultation oncologique multidisciplinaire (COM)** représente un important instrument. Une COM est une réunion où les différents spécialistes concernés par un même (type de) cancer se rassemblent pour élaborer un plan de diagnostic, de traitement et de suivi intégré de manière optimale pour chaque patient (Rapport KCE 239, 2015). La nomenclature concernant la COM a été introduite via l'AR du 25 novembre 2002 et est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2003. Au sein du Plan Cancer, un certain nombre de mesures ont été prises pour revaloriser la COM.

#### **ACTION 8 : REVALORISATION DE LA CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE (COM)**

1.	Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) obligatoire pour tout nouveau cas de cancer
2.	Revalorisation de 5 % des prestations accomplies dans le cadre de la COM
3.	Revalorisation des consultations spécifiques des oncologues médicaux, hématologues et endocrinologues
4.	Stimuler la participation des médecins généralistes aux COM

## CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE (COM) OBLIGATOIRE POUR TOUT NOUVEAU CAS DE CANCER (A8M1)

---

Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2010, la nomenclature de la prestation COM a été adaptée (AR du 18 août 2010), et en plus d'une « première COM » pour tout nouveau diagnostic de cancer, la possibilité d'une « COM de suivi » et d'une « COM complémentaire » a également été prévue. Une COM de suivi est une consultation oncologique multidisciplinaire (donc pour laquelle une décision multidisciplinaire est nécessaire) en vue de réviser le diagnostic et/ou de modifier le plan de traitement et/ou de répéter la série d'irradiations dans les 12 mois du début de la première série de rayons. Une « COM complémentaire » est prescrite pour faire confirmer le diagnostic ou le plan de traitement dans un autre hôpital lorsque la première COM n'a pas permis d'aboutir à un diagnostic ou à un plan de traitement définitif. Le financement d'une COM complémentaire n'est accordé que si le nom de l'hôpital auquel le patient est adressé figure dans le rapport de la première COM.

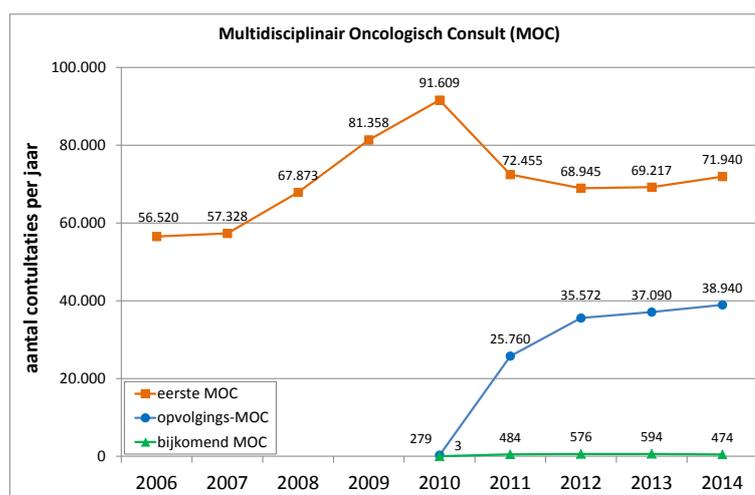
Le suivi des COM se base sur les données de remboursement de l'INAMI pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2014. Les données concernant la « première COM » (codes de la nomenclature 350372 et 350383) sont disponibles pour la période 2006-2014 ; les données concernant la « COM de suivi » (codes de la nomenclature 350276 et 350280) et la « COM complémentaire » (codes de la nomenclature 350291 et 350302) sont disponibles pour la période du 1<sup>er</sup> octobre 2010 au 31 décembre 2014.

Pour certaines analyses, les chiffres sont exprimés par nombre de patients cancéreux. Le nombre de nouveaux diagnostics a été recherché via le site web de la Fondation Registre du Cancer. Les chiffres annuels ont été recherchés pour la période de 2006 à 2013, pour tous les Belges, pour les hommes et pour les femmes séparément, par catégorie d'âge et par région. Les chiffres du Registre du Cancer pour 2014 n'étant pas encore disponibles, le nombre de consultations en 2014 a été exprimé par rapport au nombre de tumeurs invasives en 2013. Les données de l'INAMI non disponibles pour une année complète (par ex. COM de suivi et COM complémentaire en 2010) n'ont pas été reprises dans les analyses.

### 1. Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) : total

Le nombre total de COM pour la période 2006-2014 est représenté à la *Figure 1*. À titre de comparaison, le nombre total de tumeurs invasives par année est présenté au *Tableau 1*. Au cours des années 2008, 2009 et 2010, le nombre de consultations multidisciplinaires est supérieur au nombre de nouveaux patients cancéreux. Cela illustre le plus grand besoin de différenciation et de codes supplémentaires. À partir de 2011, cette constatation s'exprime également clairement dans les chiffres : le nombre de premières COM se situe aux environs du nombre de nouveaux patients cancéreux ; le nombre de COM de suivi représente environ la moitié de celui de nouveaux patients cancéreux par an. Le nombre de COM complémentaires est très limité et stable dans le temps, soit environ 500 par an.

**Figure 1** — Nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées pour la période 2006-2014



**SOURCE** — INAMI. Première COM : 2006-2014 : données de 12 mois.  
COM de suivi et COM complémentaire 2010 : données à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010 ;  
2011-2014 : données de 12 mois

**Tableau 1** — Chiffres d'incidence par an pour la Belgique

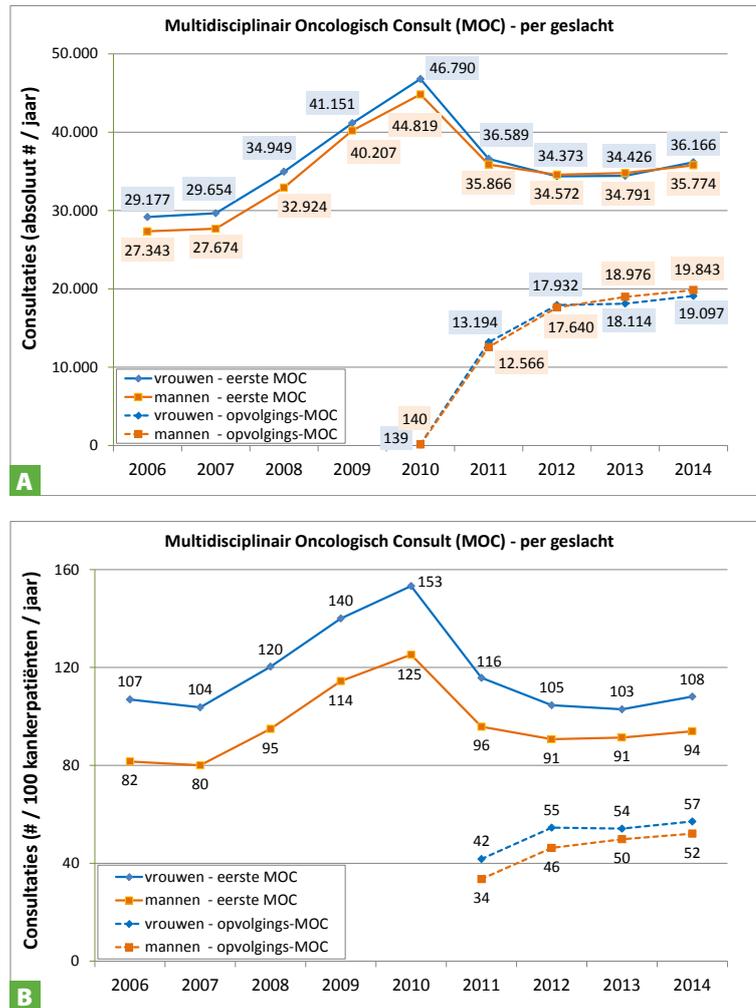
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Nombre total de tumeurs invasives par an</b>	60 812	63 170	63 738	64 526	66 331	69 062	70 992	71 536	—
<b>Nombre de tumeurs invasives par an (hors non-mélanome)</b>	57 702	59 480	59 996	60 572	62 017	64 301	65 269	65 487	—

**SOURCE** : Registre belge du cancer. Chiffres pour 2014 pas encore disponibles

## 2. Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) : hommes vs femmes

Le nombre annuel de COM pour la période 2006-2014 par sexe est présenté à la Figure 2. La tendance dans le temps est similaire chez les hommes et les femmes, à savoir une augmentation du nombre de premières COM jusqu'à 2010 ; à partir de 2011, le nombre de premières COM baisse et elles sont remplacées en partie par des COM de suivi. En nombres absolus (Figure 2A), à peu près autant de COM se sont déroulées chez les hommes et les femmes. Exprimé en fonction du nombre de patients cancéreux (Figure 2B), un nombre relativement plus important de COM s'est déroulé chez les femmes. Après 2011, le nombre de premières COM par 100 nouveaux cas de cancer s'élève à environ 90 chez les hommes et 105 chez les femmes ; le nombre de COM de suivi varie de 50 par 100 patients cancéreux chez les hommes à 55 par 100 chez les femmes. Le nombre de COM complémentaires n'est pas représenté dans la Figure. Par année, environ 270-280 COM complémentaires se déroulent tant chez les hommes que chez les femmes. Cela revient à 7 consultations par 1000 nouveaux patients cancéreux chez les hommes et à 8/1000/an chez les nouvelles patientes cancéreuses.

**Figure 2** — Nombre de COM remboursées, séparément pour les hommes et pour les femmes. (A) nombre absolu par an ; (B) nombre de consultations par 100 nouveaux patients cancéreux par an



**SOURCE** — INAMI. Première COM : 2006-2014 : données de 12 mois.  
COM de suivi : 2010 : données à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010 ; 2011-2014 : données de 12 mois

### 3. Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) : par catégorie d'âge

Le nombre absolu de COM par catégorie d'âge, pour la période 2006-2014, et séparément par type de COM est présenté au *Tableau 2*. En termes absolus, la plupart des COM se déroulent dans la tranche d'âge 60-79 ans, mais c'est également dans cette catégorie que l'incidence du cancer est la plus élevée.

**Tableau 2** — Nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées, par catégorie d'âge pour la période 2006-2014

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Catégorie d'âge</b>	<b>Première COM</b>								
< 20 ans	635	558	580	903	912	689	500	506	496
20-39 ans	2 129	2 098	2 779	3 380	4 035	3 633	3 466	3 597	3 624
40-59 ans	14 943	14 799	17 377	20 320	22 502	17 568	16 628	16 220	16 580
60-79 ans	30 680	30 967	36 108	43 011	48 085	37 332	35 406	35 436	37 425
≥ 80 ans	8 133	8 906	11 029	13 744	16 075	13 233	12 945	13 458	13 815
<b>TOTAL</b>	<b>56 520</b>	<b>57 328</b>	<b>67 873</b>	<b>81 358</b>	<b>91 609</b>	<b>72 455</b>	<b>68 945</b>	<b>69 217</b>	<b>71 940</b>
<b>Catégorie d'âge</b>	<b>COM de suivi</b>								
< 20 ans	—	—	—	—	1	456	399	381	332
20-39 ans	—	—	—	—	10	854	1 165	1 214	1 231
40-59 ans	—	—	—	—	78	6 513	8 878	8 963	9 324
60-79 ans	—	—	—	—	158	14 372	19 935	20 724	21 806
≥ 80 ans	—	—	—	—	32	3 565	5 195	5 808	6 247
<b>TOTAL</b>	—	—	—	—	<b>279</b>	<b>25 760</b>	<b>35 572</b>	<b>37 090</b>	<b>38 940</b>
<b>Catégorie d'âge</b>	<b>COM complémentaire</b>								
< 20 ans	—	—	—	—	0	7	11	10	10
20-39 ans	—	—	—	—	0	33	45	43	37
40-59 ans	—	—	—	—	3	167	189	171	130
60-79 ans	—	—	—	—	0	221	281	313	264
≥ 80 ans	—	—	—	—	0	56	50	57	33
<b>TOTAL</b>	—	—	—	—	<b>3</b>	<b>484</b>	<b>576</b>	<b>594</b>	<b>474</b>

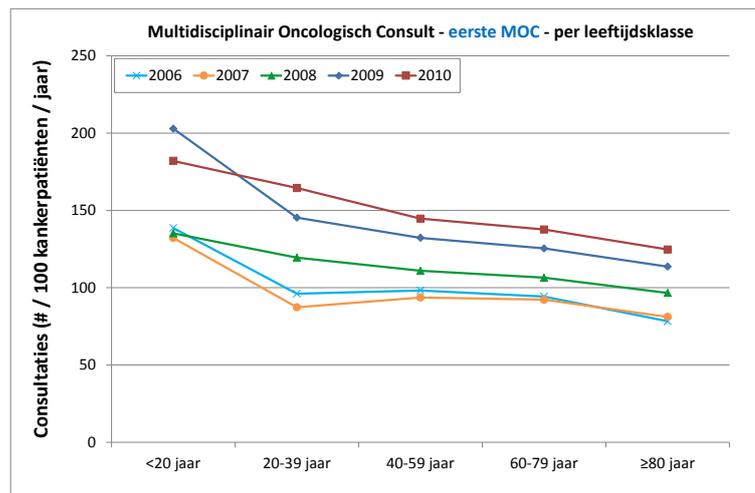
**SOURCE** — INAMI. Première COM : 2006-2014 : données de 12 mois.  
COM de suivi et COM complémentaire : 2010 : données à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010 ;  
2011-2014 : données de 12 mois

La répartition des COM par catégorie d'âge est également examinée en fonction du nombre de patients cancéreux. La *Figure 3* représente le nombre de « premières COM » pour la période de 2006 à 2010. Le nombre total de COM augmente au fil des ans, mais la tendance par âge est similaire pour les différentes années, à savoir une tendance à la baisse du pourcentage de COM avec l'âge du patient.

La Figure 4 représente le nombre de premières COM, de COM de suivi et de COM complémentaires, exprimé par 100 patients cancéreux par an, pour la période 2011-2014. Il convient de noter que l'échelle sur l'axe y diffère pour les trois figures. Pour les premières COM (Figure 4A), le nombre de COM dans toutes les années successives est très proche de 100 COM par 100 nouveaux patients cancéreux pour la catégorie d'âge « < 20 ans » (à l'exception de l'année de démarrage 2011), « 40-59 ans », « 60-79 ans » et « ≥ 80 ans ». Pour la catégorie d'âge « 20-39 ans », en revanche, cette valeur est régulièrement proche de 140 COM par 100 patients cancéreux pour une raison inexpliquée. Les COM de suivi (Figure 4B) sont surtout organisées dans la tranche d'âge plus jeune et le moins dans la catégorie d'âge la plus âgée. Il y a clairement moins de COM de suivi dans la tranche d'âge des « 20-39 ans » que dans celle des « 40-79 ans ». Cela est peut-être en rapport avec le fait qu'il y a plus de « premières COM » dans la catégorie « 20-39 ans » ou qu'après adressage à un autre centre, une « première COM » est à nouveau enregistrée alors qu'il s'agit en fait d'une COM de suivi pour le patient adressé.

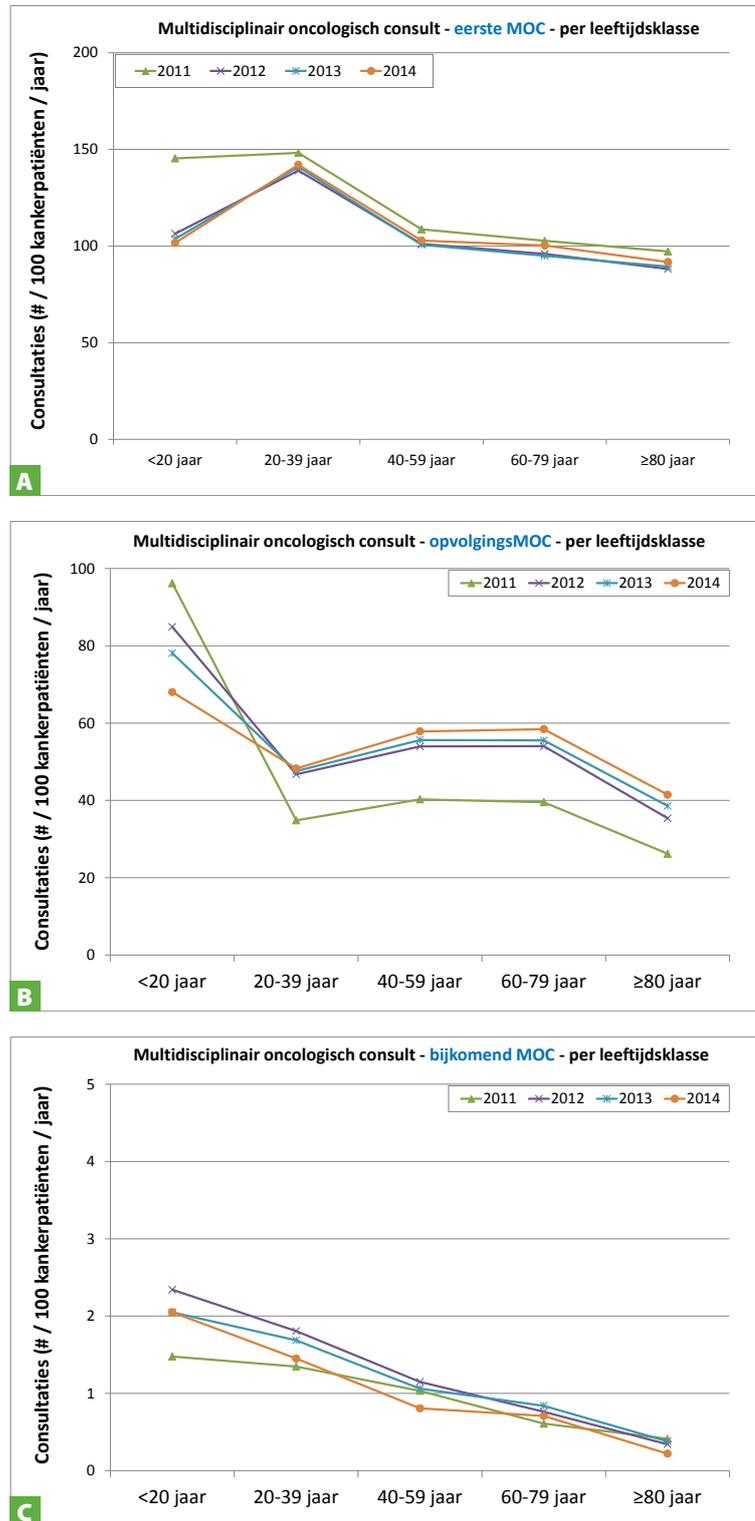
Les COM complémentaires ne sont pas souvent organisées (en moyenne 1,1 COM par 100 patients cancéreux), mais il existe bien une tendance nette en fonction de l'âge du patient, à savoir une utilisation plus importante dans les tranches d'âge plus jeunes (Figure 4C).

**Figure 3** — Nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées par catégorie d'âge pour la période de 2006 à 2010 (exprimé en nombre de consultations par 100 patients cancéreux par an).



**SOURCE** — INAMI. Premières COM : 2006-2010 : données de 12 mois.

**Figure 4** — Nombre de COM remboursées par catégorie d'âge pour la période de 2011 à 2014 (exprimé en nombre de consultations par 100 patients cancéreux par an). A. Première COM ; B. COM de suivi ; C. COM complémentaire

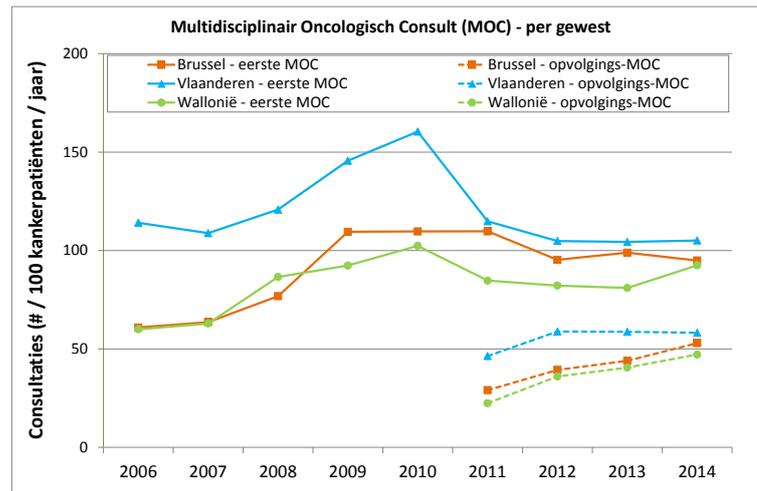


**SOURCE** — INAMI. Premières COM : 2006-2014 : données de 12 mois.  
COM de suivi et COM complémentaire : 2010 : données à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010 ;  
2011-2014 : données de 12 mois

#### 4. Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) : par région

Les chiffres annuels pour les premières COM et les COM de suivi par région sont représentés à la Figure 5. Afin de pouvoir comparer les régions entre elles, les chiffres sont exprimés par 100 nouveaux patients cancéreux par an. Pour les premières COM, il s'est produit une augmentation du nombre de consultations dans les trois régions entre 2006 et 2010. À partir de 2010, le nombre de premières COM diminue et il se produit une augmentation progressive du nombre de COM de suivi. Pour les deux types de COM, les chiffres sont plus élevés à tout moment en Flandre par rapport à Bruxelles et à la Wallonie.

**Figure 5** — Nombre de COM remboursées par région pour la période 2006-2014 (exprimé en nombre de consultations par 100 patients cancéreux par an) : premières COM et COM de suivi



**SOURCE** — INAMI. Premières COM : 2006-2014 : données de 12 mois.  
COM de suivi et COM complémentaire : 2010 : données à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010 ;  
2011-2014 : données de 12 mois

## REVALORISATION DE 5 % DES PRESTATIONS ACCOMPLIES DANS LE CADRE DE LA COM (A8M2)

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010, deux nouvelles prestations sont d'application dans le cadre de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) :

- supplément d'honoraires pour la **coordination** d'une COM par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou par le médecin spécialiste portant le titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie pédiatrique (codes de la nomenclature 350453 et 350464) ;
- supplément d'honoraires pour la **participation** à une COM par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou le médecin spécialiste portant le titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie pédiatrique (codes de la nomenclature 350475 et 350486).

La nomenclature pour la participation par un médecin à une COM existe déjà depuis le 1<sup>er</sup> février 2003, tant pour les médecins membres de l'équipe de médecins hospitaliers (codes de la nomenclature 350394 et 350405) que pour ceux qui ne sont pas membres de l'équipe de médecins hospitaliers (codes de la nomenclature 350416 et 350420).

Le *Tableau 3* présente une vue d'ensemble des honoraires et suppléments d'honoraires pour les COM octroyés au cours de la période 2010-2014. À titre de comparaison, une vue d'ensemble du nombre de COM (premières COM, COM de suivi et COM complémentaires) par an est également présentée dans le même tableau.

**Tableau 3** — Nombre de consultations oncologiques multidisciplinaires (COM) et honoraires octroyés aux médecins pour la participation à une COM ou la coordination d'une COM

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Consultations oncologiques multidisciplinaires (COM)</b>					
Première COM	91 606 a	72 452	68 943	69 215	71 925
COM de suivi	279 b	25 760	35 572	37 087	38 927
COM complémentaire	3 b	484	576	591	472
<b>Nombre total de COM</b>	<b>91 888</b>	<b>98 696</b>	<b>105 091</b>	<b>106 893</b>	<b>111 324</b>
<b>Participation à une COM</b>					
Médecin membre de l'équipe de médecins hospitaliers	265 235 a	342 435	383 131	394 450	412 522
Médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers	16 721 a	20 227	19 131	19 361	19 328
<b>Nombre total de médecins</b>	<b>281 956</b>	<b>362 662</b>	<b>402 262</b>	<b>413 811</b>	<b>431 850</b>
<b>Supplément d'honoraires pour médecin spécialiste en oncologie médicale ou médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie pédiatrique</b>					
Coordination d'une COM	26 928 c	60 852	64 718	66 416	70 390
Participation à une COM	20 677 c	47 084	52 480	54 540	57 193

**SOURCE** — INAMI. Les chiffres pour 2010 représentent différentes périodes : a 12 mois (1/1/2010-31/12/2010) ; b 2 mois (1/11/2010 au 31/12/2010) ; c 10 mois (1/3/2010 au 31/12/2010) ; 2011-2014 : données de 12 mois

On constate une légère augmentation du nombre de premières COM depuis 2012 avec 71 925 premières COM enregistrées en 2014. Le nombre de COM de suivi continue également d'augmenter. Il en résulte que les honoraires octroyés pour la participation à une COM ont également continué d'augmenter, de 362 662 € en 2011 à 431 850 € en 2014.

Les honoraires octroyés pour les médecins qui ne sont pas membres de l'équipe de médecins hospitaliers restent toutefois stables. La hausse est donc quasi complètement attribuable aux prestations supplémentaires de médecins qui font partie du personnel hospitalier. En 2011, une moyenne de 4,15 médecins ((362 662 + 47 087)/98 696) était présente lors d'une COM en 2011. Cette moyenne a légèrement augmenté jusqu'à 4,4 médecins en 2014 ((43 180 + 57 193)/111 324).

On ne dispose ni d'informations en ce qui concerne le pourcentage de suivi des conseils donnés lors de la COM, ni de données concrètes pour la Belgique quant à la plus-value de ces conseils. Les médecins perçoivent bien que les COM améliorent la qualité des soins (rapport KCE 239A, 2015). Il ressort en outre de ce rapport du KCE que la rémunération de la COM est très complexe. Pour obtenir le paiement de la discussion du cas d'un patient à une COM, il faut en effet compléter cinq documents papier et les transmettre à la mutuelle du patient, à savoir 1) une lettre du spécialiste traitant au coordinateur de la COM, qui demande l'inscription du patient dans le programme de COM ; 2) le formulaire d'enregistrement du Registre du Cancer (« annexe 55 ») ; 3) le rapport de la COM, qui contient la conclusion des discussions et qui doit donc être plus détaillé que le document du Registre du Cancer ; 4) la liste des participants à la COM, qui demandent le paiement d'honoraires, avec leur signature ; 5) une lettre d'accompagnement de la demande de paiement des honoraires pour l'organisme assureur (voir également le rapport KCE 239A). Il faudrait améliorer l'efficacité du traitement administratif, par exemple en ayant recours à la numérisation.

### REVALORISATION DES CONSULTATIONS SPÉCIFIQUES DES ONCOLOGUES MÉDICAUX, HÉMATOLOGUES ET ENDOCRINOLOGUES (A8M3)

À l'occasion de la reconnaissance du médecin spécialiste en oncologie médicale et dans le cadre de la revalorisation des oncologues médicaux et des hématologues (pédiatriques), de nouvelles prestations pour des consultations spécifiques ont été ajoutées à la nomenclature depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010 (AR du 18 décembre 2009 ; Moniteur belge du 28 janvier 2010). Les codes de la nomenclature font chaque fois la distinction entre les médecins spécialistes non accrédités (102270 pour l'oncologue médical ; 102314 pour l'hématologue clinicien et 102351 pour l'hématologue et l'oncologue pédiatriques) et les médecins spécialistes accrédités (102292 pour l'oncologue médical ; 102336 pour l'hématologue clinicien et 102373 pour l'hématologue et l'oncologue pédiatriques). Une vue d'ensemble du nombre total de consultations par les praticiens de ces disciplines pour la période de 2010 à 2014 est présentée au *Tableau 4*.

**Tableau 4** — Nombre de consultations chez un oncologue médical, un hématologue clinicien et un oncologue ou un hématologue pédiatre

	2010	2011	2012	2013	2014
	<b>Consultation chez un oncologue médical</b>				
<b>Consultation par un médecin spécialiste en oncologie médicale</b>	23 219	32 236	32 020	31 691	32 474
<b>Consultation par un médecin spécialiste accrédité en oncologie médicale</b>	137 650	218 256	229 425	244 534	253 890
<b>Nombre total de consultations chez un oncologue médical</b>	160 869	250 492	261 445	276 225	286 364

	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Consultation chez un hématologue clinicien</b>					
<b>Consultation par un médecin spécialiste en médecine interne porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique</b>	11 456	17 577	20 901	25 115	27 732
<b>Consultation par un médecin spécialiste accrédité en médecine interne porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique</b>	87 155	146 474	153 524	157 588	167 706
<b>Nombre total de consultations chez un hématologue clinicien</b>	98 611	164 051	174 425	182 703	195 438
<b>Consultations chez un hématologue pédiatre ou un oncologue pédiatre</b>					
<b>Consultation par un médecin spécialiste en pédiatrie porteur du titre professionnel particulier en hématologie et en oncologie pédiatriques</b>	0	0	1	1	58
<b>Consultation par un médecin spécialiste accrédité en pédiatrie porteur du titre professionnel particulier en hématologie et en oncologie pédiatriques</b>	0	0	0	1	9 122
<b>Nombre total de consultations chez un hématologue ou un oncologue pédiatre</b>	0	0	1	2	9 180

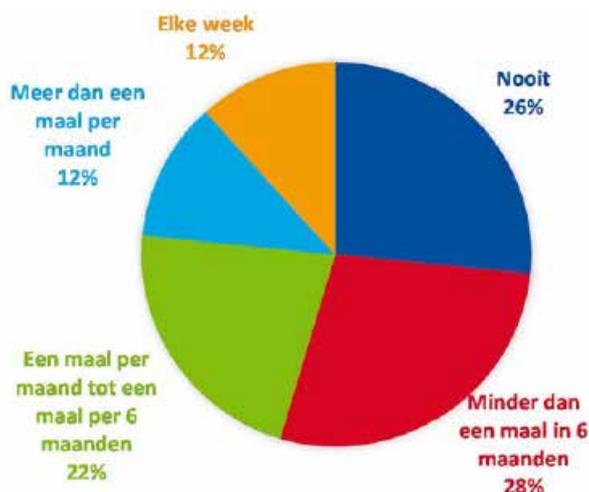
**SOURCE** — INAMI. Chiffres pour 2010 : à partir du 1<sup>er</sup> mars 2010 ; 2011-2014 : données de 12 mois

Le nombre de consultations chez l'oncologue médical augmente jusqu'à 286 364 consultations en 2014. Après le grand bond en 2011 (250 492 contre 160 869 en 2010), ce nombre augmente d'environ 10 000 consultations par an. La hausse est exclusivement due à l'augmentation du nombre de consultations chez des médecins spécialistes accrédités en oncologie médicale. Le nombre de consultations chez l'hématologue clinicien suit une tendance similaire. Le nombre de consultations a quasi doublé entre 2010 (98 611) et 2014 (195 438). Contrairement aux consultations chez l'oncologue médical, la hausse est visible ici aussi bien chez les médecins spécialistes accrédités que non accrédités. Le nombre de consultations chez les hématologues pédiatres ou les oncologues pédiatres s'est élevé à 9180 en 2014, et elles se sont déroulées quasi exclusivement chez les médecins spécialistes accrédités. Ces fortes augmentations ne sont pas directement proportionnelles à la hausse du nombre absolu de patients cancéreux.

## STIMULER LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AUX COM (A8M4)

Le KCE a reçu pour mission de l'INAMI de dresser un bilan 10 ans après l'introduction du financement des COM (rapport KCE 239As). Il ressort de cette étude que la participation des médecins généralistes est faible (voir Figure 6). Il s'avère en revanche que la participation dans les hôpitaux situés en périphérie et de petite taille est plus élevée que dans les centres universitaires, vraisemblablement parce que ces hôpitaux de plus petite taille desservent davantage la zone locale et sont situés plus près du domicile du généraliste.

**Figure 6** — Fréquence de la participation des médecins généralistes aux COM, indiquée par des participants aux COM non-médecins (Belgique, 2014)



**SOURCE** — Rapport KCE 239As

En outre, l'enquête QUALICOPC (Willems, 2014) révèle que 58 % des généralistes francophones et 20 % des généralistes néerlandophones ignorent l'existence des COM.

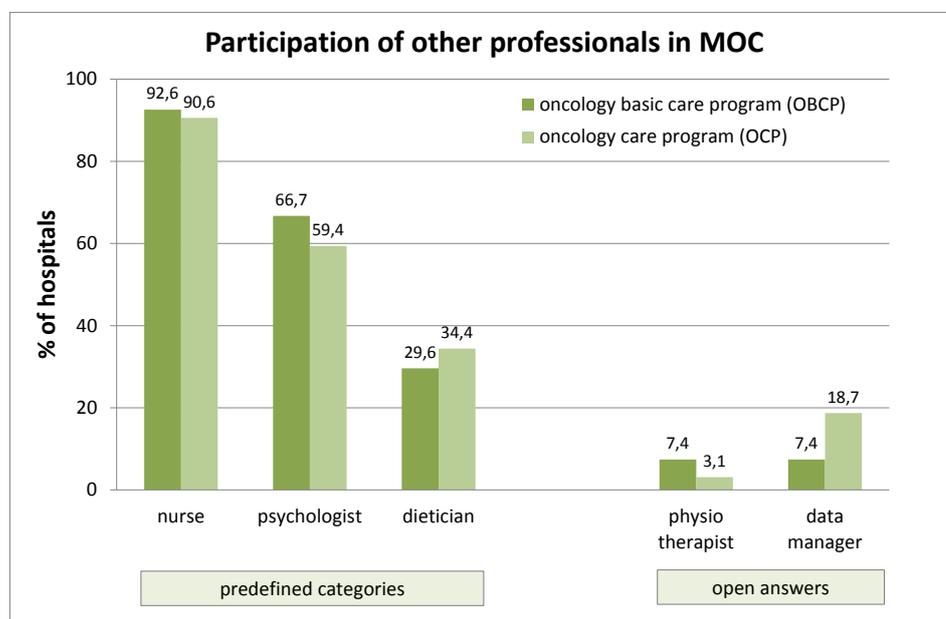
Le Collège d'oncologie a lui-même également effectué une enquête afin d'établir si les PSO et les PSBO respectent les conditions et les critères de qualité définis dans l'AR du 21 mars 2003. Un questionnaire a été envoyé à tous les hôpitaux de Belgique afin d'évaluer leur conformité par rapport à ces exigences (de qualité) imposées. Les résultats montrent que les hôpitaux font état d'une participation des médecins généralistes aux COM un peu plus élevée que ce qui est relaté dans le rapport du KCE (thèse de master d'A. Van Steirtegen, 2013). Dans 19 % des hôpitaux disposant d'un programme de soins oncologiques (PSO) reconnu, une très faible participation de moins de 1 % des médecins généralistes est rapportée. La grande majorité des hôpitaux (69 %) indiquent que les généralistes sont présents dans 1 à 20 % des COM. Dans 12 % des hôpitaux disposant d'un PSO, les généralistes participent plus fréquemment aux COM (20-40 %). Trente pour cent des hôpitaux disposant d'un programme de soins de base en oncologie reconnu (PSBO) indiquent qu'un généraliste ne participe jamais aux COM ; dans 50 % de ces hôpitaux, un généraliste est présent dans 1 à 20 % des COM, et 20 % de ces hôpitaux rapportent une participation d'un généraliste dans plus de 20 % des COM.

Dans le rapport du KCE (rapport KCE 239As), de nombreux obstacles pratiques sont mentionnés tels que l'invitation tardive, le moment de la réunion, la distance de l'hôpital, la relation avec le spécialiste, le sentiment d'être reconnu comme partenaire professionnel à part entière, et tout cela pour un seul patient et une discussion de 10 minutes tout au plus. Différentes solutions créatives sont également citées pour tenir compte également de la participation et de l'opinion du généraliste dans l'avis sur les traitements les mieux appropriés pour le patient.

## ASPECTS COMPLÉMENTAIRES DE LA COM

Il ressort de cette enquête du Collège d'oncologie que d'autres professionnels participent également régulièrement à la COM (voir Figure 7). Cela est certainement profitable à la qualité de vie du patient et de ses proches, ainsi qu'au trajet de soins.

**Figure 7** — Participation d'autres professionnels des soins aux COM, rapportée par les hôpitaux (enquête du Collège d'oncologie)



Le rapport KCE (239As) mentionne encore d'autres obstacles clairs à une réunion de COM efficace, tels que : réunion chaotique (33 %), moment impossible (30 %), absence de figures clés (29 %), financement inadapté (28 %) et manque de temps de préparation (26 %). La vidéoconférence est citée comme solution aux problèmes de mobilité des participants et également pour promouvoir la participation des généralistes. Toutefois, la résolution de ces dilemmes organisationnels constituera une condition pour pouvoir utiliser avec succès la vidéoconférence comme méthode de réunion.

Un autre point mentionné est que l'encodage des données de la COM par le gestionnaire de données est insuffisant pour une utilisation optimale par le Registre du Cancer. On peut se demander ici si ces données doivent également se baser seulement sur la réunion de COM ou si elles ne pourraient pas également être collectées par d'autres manières.

Enfin, le financement des COM forme la base pour le recours à du personnel supplémentaire dans les programmes de soins (voir infra). Le nombre d'ETP que représente ce personnel supplémentaire se calcule sur la base du nombre annuel de COM facturées par l'hôpital. Toutefois, la définition et le financement de certaines fonctions ne sont pas toujours clairs. Les incertitudes concernant les compétences pour ces fonctions et le rôle de celles-ci s'expriment par la multitude de dénominations et de titres de fonctions mentionnés dans l'enquête du KCE.

## CONCLUSION CONCERNANT LA COM

Le nombre de patients – quel que soit le type de tumeur – présenté et discuté dans une première COM et dans une COM de suivi a nettement augmenté. Différentes raisons peuvent être citées à cet égard, mais cela n'a pas été étudié : la complexité croissante du diagnostic et des traitements, également en tenant compte de l'âge croissant du patient cancéreux, le plus grand nombre de patients atteints de maladies chroniques et de plusieurs cancers... Le nombre absolu des médecins ayant participé à une COM a également augmenté.

Cette hausse est surtout imputable à la participation accrue de médecins qui font partie du personnel hospitalier. Il ressort de l'enquête du Collège d'oncologie que d'autres professionnels participent également régulièrement à une COM, ce qui est certainement profitable à la qualité de vie du patient et de ses proches, ainsi qu'au trajet de soins.

Environ la moitié des patients font l'objet d'un second examen lors d'une COM de suivi. Tous les patients ne font pas l'objet d'une COM. On constate une diminution pour les patients de plus de 80 ans par exemple. Il est possible que le fait de ne pas organiser de COM soit en relation avec la complexité et l'incurabilité du cancer. Les patients atteints de certaines formes de cancer font moins souvent l'objet d'une COM que d'autres (par exemple, les cancers de la prostate, de la tête et du cou, les tumeurs rares). L'absence de COM pour ces affections rares serait une des raisons de cette diminution du nombre de COM chez les patients de plus de 80 ans (rapport KCE 239A, 2015 et rapport KCE 219, 2014).

L'impact de ces moments de concertations multidisciplinaires est généralement considéré comme très positif (rapport KCE 239A) et les COM font partie de la routine de la majorité des hôpitaux belges. Il y a certes encore d'autres améliorations possibles, comme la participation du généraliste et les aspects organisationnels. Le KCE suggère une révision des réglementations légales relatives aux COM, de leur organisation et de leur rémunération, certainement dans le cadre de l'énorme augmentation du nombre de patients cancéreux à prévoir d'ici 2025. Le KCE formule quelques recommandations à cet égard.

### **ACTION 7 : SOUTIEN SPÉCIFIQUE AU PATIENT AU MOMENT DE L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC DU CANCER**

1. Création d'une consultation de longue durée pour l'annonce du diagnostic
3. Élaboration d'un protocole d'annonce

#### **CRÉATION D'UNE CONSULTATION DE LONGUE DURÉE POUR L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC (A7M1)**

La consultation de longue durée pour l'annonce du diagnostic de cancer est remboursée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2010 et est assurée par le médecin traitant et/ou le médecin spécialiste traitant. Au cours d'une consultation de longue durée, le patient reçoit des explications concernant le diagnostic, les examens complémentaires proposés et le plan de traitement, comme décrit dans le rapport de la Consultation oncologique multidisciplinaire (COM), qui doit être rédigé préalablement et auquel le médecin qui assure la consultation de longue durée aura collaboré. La consultation est entièrement remboursée (à environ 58 euros) et ne peut avoir lieu qu'une seule fois, uniquement après une première COM.

Les analyses concernant le suivi des consultations de longue durée par le généraliste ou le médecin spécialiste s'effectuent sur la base des données de remboursement de l'INAMI. Celles-ci sont disponibles pour la période du 1<sup>er</sup> novembre 2010 au 31 décembre 2014 pour les codes de la nomenclature 350232 (généraliste) et 350254 et 350265 (médecin spécialiste).

Pour certaines analyses, le chiffre s'exprime par nombre de patients cancéreux. Le nombre total de tumeurs invasives (y compris non mélanomes) a été recherché via le site web du Registre du Cancer. Les chiffres annuels ont été recherchés pour la période de 2010 à 2013 inclus, pour tous les Belges, pour les hommes et les femmes séparément, par catégorie d'âge et par région. Pour 2014, on ne dispose pas encore de chiffres, aussi le nombre de consultations en 2014 a-t-il été exprimé par rapport aux chiffres de 2013. Les chiffres de 2010 n'ont pas été repris dans les analyses parce que le nombre de consultations n'est disponible que pour une période de 2 mois et que le nombre de tumeurs invasives ne l'est que pour une période de 12 mois.

## 1. Consultation de longue durée pour l'explication du diagnostic et du plan de traitement : total

Le nombre total de consultations de longue durée pour l'explication du diagnostic et du plan de traitement chez le généraliste ou le médecin spécialiste au cours de la période de 2010 à 2014 est présenté au *Tableau 5*. Les chiffres de l'année de démarrage 2010 sont négligeables parce qu'ils ne couvrent qu'une période de 2 mois ; à partir de 2011, on constate une augmentation progressive du nombre de consultations de longue durée, jusqu'à environ 25 500 consultations en 2014. Avec environ 65 000 nouveaux cas de cancer par an, cela signifie qu'en 2014, *grosso modo* 40 % des nouveaux patients cancéreux ont bénéficié d'une consultation de longue durée. Au cours de la période 2010-2014, 83 599 consultations de longue durée se sont déroulées au total ; le budget total affecté à cet effet s'est élevé à 4,87 millions d'euros (*Tableau 5*).

Les consultations de longue durée se sont surtout déroulées chez le médecin spécialiste. Le nombre de consultations chez le généraliste est limité et baisse encore au fil du temps, à savoir 3,1 % du nombre total de consultations en 2011 ; 2,4 % en 2012 ; 1,5 % en 2013 et 2014. Dans toutes les analyses ultérieures, les consultations de longue durée sont analysées ensemble (sans distinction entre médecin généraliste et médecin spécialiste).

**Tableau 5** — Vue d'ensemble du nombre de consultations de longue durée pour l'annonce du diagnostic de cancer et du plan de traitement chez le médecin généraliste ou le médecin spécialiste

	2010	2011	2012	2013	2014	2010-14
	<b>Nombre de consultations (N)</b>					
Chez le médecin généraliste	11	416	488	339	380	1 634
Chez le médecin spécialiste	347	12 900	20 220	23 261	25 237	81 965
<b>NOMBRE TOTAL DE CONSULTATIONS (N)</b>	<b>358</b>	<b>13 316</b>	<b>20 708</b>	<b>23 600</b>	<b>25 617</b>	<b>83 599</b>
	<b>Budget (€)</b>					
Chez le médecin généraliste	624	23 754	28 255	19 798	22 496	94 926
Chez le médecin spécialiste	19 675	736 590	1 170 738	1 358 442	1 494 030	4 779 476
<b>BUDGET TOTAL (€)</b>	<b>20 299</b>	<b>760 344</b>	<b>1 198 993</b>	<b>1 378 240</b>	<b>1 516 526</b>	<b>4 874 402</b>

**SOURCE** — INAMI. 2010 : données à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010 ; 2011-2014 : données de 12 mois. Tarif de remboursement moyen : 56,7 € en 2010 ; 57,1 € en 2011 ; 57,9 € en 2012 ; 58,4 € en 2013 ; 59,2 € en 2014

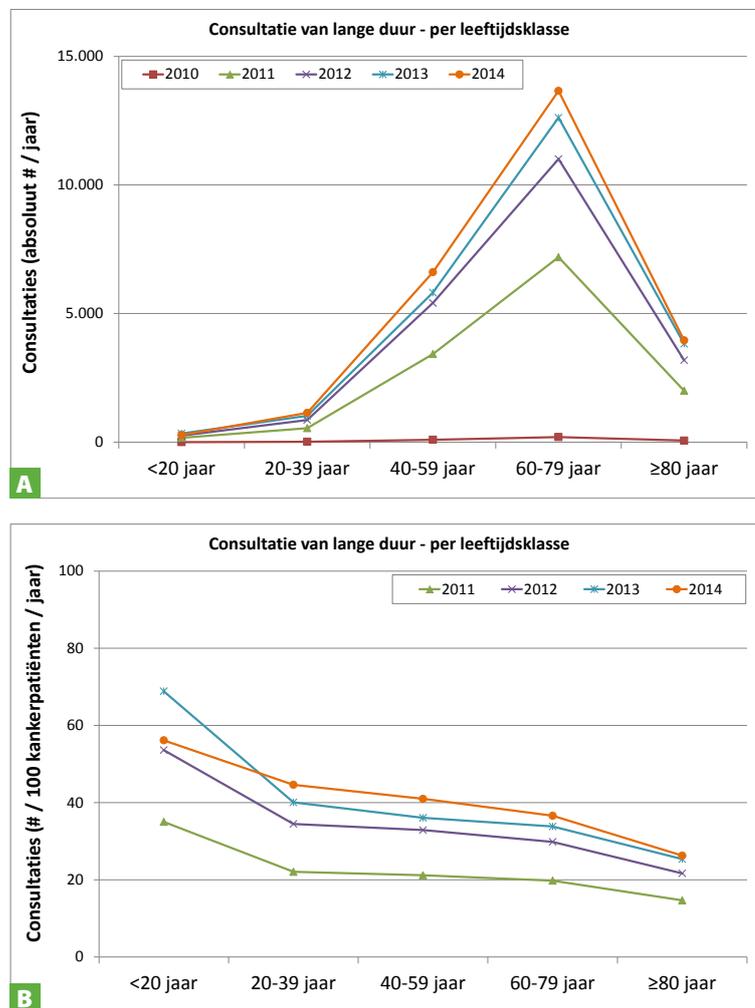
Il ressort des données de l'enquête du Collège d'oncologie que, dans les hôpitaux disposant d'un PSO ou d'un PSBO, chaque patient reçoit un plan de traitement individuel. Dans un nombre limité d'hôpitaux, il est indiqué qu'un certain nombre d'aspects des directives, définis dans le manuel oncologique pluridisciplinaire que chaque hôpital disposant d'un PSO ou d'un PSBO doit utiliser pour être agréé, ne sont pas suivis. Si le plan de traitement individuel s'écarte des directives, un certain nombre d'hôpitaux indiquent : 1) qu'ils n'organisent pas de COM (10,8 % dans les PSBO et 17,1 % dans les PSO), et 2) qu'ils n'ajoutent pas de rapport écrit au dossier du patient (5,7 % dans les PSBO et 21,4 % dans les PSO).

## 2. Consultation de longue durée pour l'explication du diagnostic et du plan de traitement : par catégorie d'âge

Le nombre de consultations de longue durée par catégorie d'âge de 20 ans est représenté à la *Figure 8*. En nombres absolus (*Figure 8A*), on note une augmentation du nombre de consultations avec l'âge, jusqu'à l'âge de 60-79 ans. Le nombre de consultations est en corrélation avec le nombre de patients cancéreux et il varie avec l'âge. La *Figure 8B* montre que le nombre de consultations de longue durée, exprimé en pourcentage du nombre de patients cancéreux, est le plus élevé dans la catégorie d'âge la plus jeune (< 20 ans) et diminue avec l'âge.

En moyenne, sur la période 2012-2014, 60 % des moins de 20 ans ont bénéficié d'une consultation de longue durée ; 40 % des 20-39 ans ; 38 % des 40-59 ans ; 36 % des 60-79 ans et 30 % des plus de 80 ans.

**Figure 8** — Nombre de consultations de longue durée remboursées pour l'annonce du diagnostic de cancer et du plan de traitement, par catégorie d'âge. (A) nombre absolu de consultations par an ; (B) nombre de consultations par 100 patients cancéreux par an

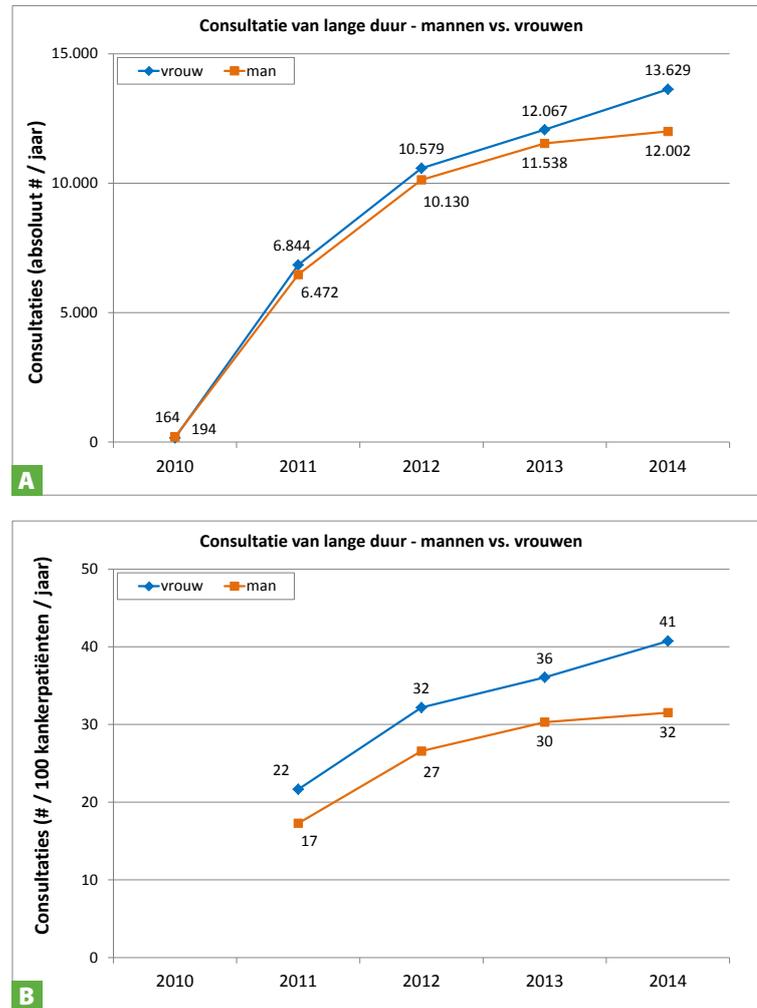


**SOURCE** — INAMI. 2010 ; données à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010 ; 2011-2014 : données de 12 mois

### 3. Consultation de longue durée pour l'explication du diagnostic et du plan de traitement : hommes vs femmes

Le nombre de consultations de longue durée, séparément pour les hommes et pour les femmes, est représenté à la Figure 9, exprimé tant en nombres absolus (Figure 9A) que par 100 patients cancéreux (Figure 9B). Étant donné que le nombre de consultations en 2010 ne couvre pas une année complète, ces chiffres ne sont pas indiqués dans le panneau B.

**Figure 9** — Nombre de consultations de longue durée remboursées pour l'annonce du diagnostic de cancer et du plan de traitement, par sexe. (A) nombre absolu de consultations par an ; (B) nombre de consultations par 100 patients cancéreux par an.



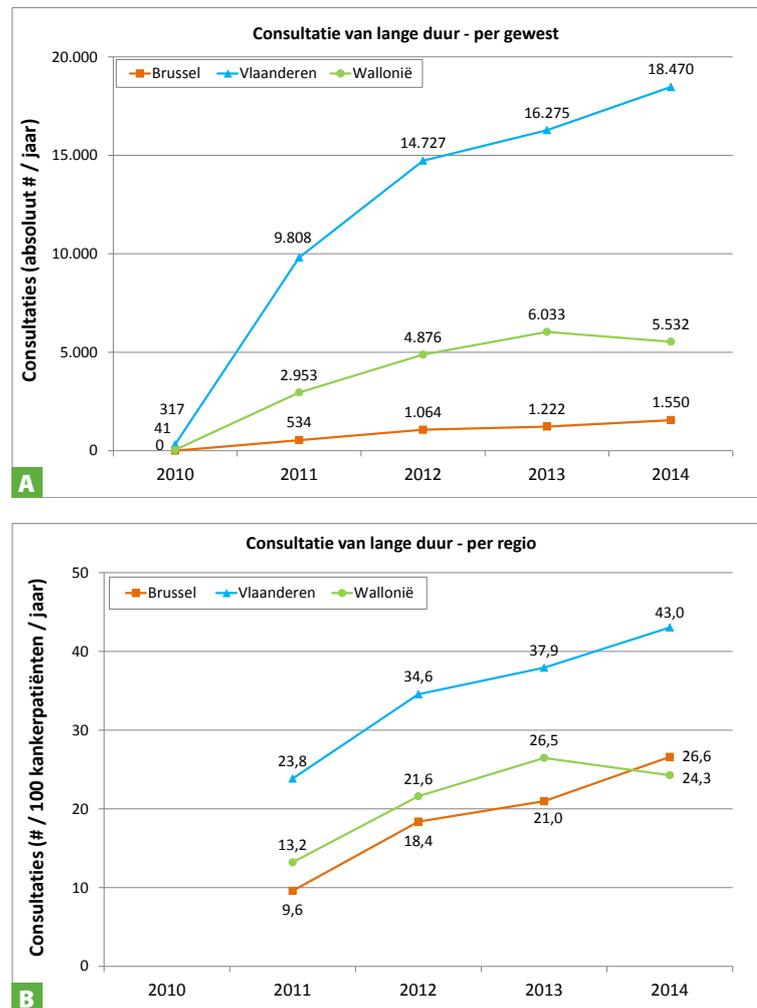
**SOURCE** — INAMI : données à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010 ; 2011-2014 : données de 12 mois

Le pourcentage de patients cancéreux ayant bénéficié d'une consultation de longue durée augmente avec le temps, tant chez les hommes que chez les femmes, mais il est systématiquement plus élevé chez les femmes (35-44 % pour la période 2012-2014) que chez les hommes (29-35 % pour la période 2012-2014).

#### 4. Consultation de longue durée pour l'explication du diagnostic et du plan de traitement : comparaison entre les régions

Le nombre de consultations de longue durée par région est représenté à la Figure 10. En Flandre et à Bruxelles, on note une augmentation nette du nombre de consultations au fil du temps ; en Wallonie, il se produit une augmentation au cours de la période 2010-2013, mais le nombre de consultations est inférieur en 2014 (Figure 10A). Lorsque le nombre de consultations est mis en corrélation avec le nombre de nouveaux patients cancéreux, on constate que les chiffres sont nettement plus élevés en Flandre qu'en Wallonie (Figure 10B) : le pourcentage de patients cancéreux bénéficiant d'une consultation de longue durée est en Flandre, à tout moment, environ le double des pourcentages enregistrés à Bruxelles ou en Wallonie. En 2014 ; près des 50 % des patients nouvellement diagnostiqués en Flandre ont bénéficié d'une consultation de longue durée avec des explications concernant le diagnostic et le traitement ; ce pourcentage s'est élevé à 29 % à Bruxelles et à 26 % en Wallonie.

**Figure 10** — Nombre de consultations de longue durée remboursées pour l'annonce du diagnostic de cancer et du plan de traitement, par région. (A) nombre absolu de consultations par an ; (B) nombre de consultations par 100 patients cancéreux par an



**SOURCE** — INAMI : données à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2010 ; 2011-2014 : données de 12 mois

### 5. Consultation de longue durée pour l'explication du diagnostic et du plan de traitement : conclusion

Le nombre de consultations de longue durée pour l'annonce du diagnostic et l'information sur les possibilités de traitement a augmenté au fil des années, aussi bien de manière absolue que relative.

Cette consultation de longue durée est principalement organisée chez des personnes plus jeunes et diminue systématiquement en fonction de l'âge. Ainsi, 60 % des patients cancéreux de moins de 20 ans bénéficient d'une consultation de longue durée, alors que ce pourcentage n'est plus que de 30 % chez les patients cancéreux de plus de 80 ans. Il ressort en outre des données de l'INAMI que ces consultations sont organisées deux fois plus fréquemment en Flandre qu'à Bruxelles ou en Wallonie. Les données de l'enquête du Collège d'oncologie montrent toutefois que quasiment chaque hôpital disposant d'un PSO ou d'un PSBO agréé établit un plan de traitement individuel pour chaque patient. Il se peut que les spécialistes n'entament pas tous les démarches administratives pour le financement de cette forme de consultation. Cela pourrait expliquer en partie les résultats différents des deux sources de données.

Avec l'augmentation du nombre absolu de patients cancéreux au cours de la prochaine décennie, l'accroissement de la diversité des possibilités de traitement et l'amélioration de la mise en œuvre de cette forme de consultation, on peut s'attendre à une augmentation considérable du nombre de consultations et des coûts afférents.

### ÉLABORATION D'UN PROTOCOLE D'ANNONCE (A7M3)

---

Un groupe de travail du Collège d'oncologie a fait une proposition en septembre 2010 concernant un protocole d'annonce pour la communication du diagnostic et de mauvaises nouvelles en cours de traitement. Pour le moment, l'élaboration de celui-ci continue d'être étudiée, afin d'évaluer son applicabilité dans d'autres maladies chroniques.

Afin d'analyser le processus de l'annonce du diagnostic chez les malades chroniques, une étude dans laquelle des recommandations pour l'annonce du diagnostic ont été intégrées a été réalisée en 2015 pour le compte du SPF Santé publique.

## — ORGANISATION DES SOINS : PERSONNEL

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008, les hôpitaux disposant d'un programme de soins d'oncologie (PSO) agréé bénéficient du soutien financier du Plan Cancer. Ce soutien prend la forme du financement de personnel supplémentaire : infirmiers, oncopsychologues et travailleurs sociaux (Action 10 du Plan Cancer) et gestionnaires de données (Action 11 du Plan Cancer). Depuis janvier 2011, ce soutien a été étendu aux diététiciens. L'administration de bons soins est indissociablement liée à la formation (permanente) des prestataires de soins. À cet égard, toutes les actions du Plan Cancer liées à la formation, à l'agrément et au financement du personnel (para)médical sont examinées ensemble.

Le programme de soins oncologiques (PSO) dans le cadre duquel les actions 10 et 11 se situent est un programme de soins axé sur le diagnostic, le traitement pluridisciplinaire et le suivi d'affections oncologiques de patients âgés de 16 ans ou plus. Pour être agréé comme PSO ou comme programme de soins de base en oncologie (PSBO), les directives et/ou les accords en matière d'adressage dans le manuel oncologique pluridisciplinaire doivent notamment être suivis, sans porter préjudice au libre choix du patient (AR du 21 mars 2003, chapitre III, section 1 – article 13).

On peut déduire des données de l'enquête du Collège d'oncologie (voir *Tableau 6*) que les normes d'agrément fixées dans l'AR du 21 mars 2003 (publié le 25 avril 2003) sont très bien suivies dans les hôpitaux disposant d'un PSBO (97,4 %) et dans 40 des 51 hôpitaux disposant d'un PSO (78,4 %). La norme à laquelle il est le plus souvent dérogé (dans 43 des 53 hôpitaux disposant d'un PSO) est celle selon laquelle on doit pouvoir faire appel en permanence à un radiothérapeute, dans le cas de sites différents.

**Tableau 6** — Médecins spécialistes en oncologie dans le PSO et le PSBO : respect des normes d'agrément de l'AR du 21 mars 2003

Personnel médical	
<b>PROGRAMME DE SOINS DE BASE EN ONCOLOGIE (PSBO)</b>	<b>N = 38</b>
<b>Coordination médicale par un médecin spécialiste, ayant une expérience d'au moins 3 ans dans le traitement d'affections malignes.</b>	97,4 % (37/38)
<b>Normes pour le personnel médical dans le PSBO : Coordination médicale par un médecin spécialiste, ayant une expérience d'au moins 3 ans dans le traitement d'affections malignes.</b>	<b>Respect des normes : 97,4 % (37/38)</b>
<b>PROGRAMME DE SOINS EN ONCOLOGIE</b>	<b>N = 54</b>
– au moins 1 oncologue à temps plein	92,6 % (50/54)
– au moins 1 radiothérapeute	96,3 % (52/54)
– chirurgiens, spécialisés en oncologie ou ayant une expérience d'au moins 3 ans	96,3 % (52/54)
– au moins 1 hématologue clinicien	92,6 % (50/54)
– spécialistes en médecine interne : au moins 3 des 4 spécialisations suivantes : gastro-entérologie, pneumologie, gynécologie, urologie	92,6 % (50/54)
– médecins spécialistes joignables en permanence : anatomopathologie	98,1 % (53/54)
– médecins spécialistes joignables en permanence : biologie clinique	100 % (54/54)
– médecins spécialistes joignables en permanence : radiothérapie	100 % (51/51) (m.v. : N=3)
<b>Normes d'occupation de personnel médical dans le PSO</b>	<b>Respect des normes<sup>1</sup> : 78,4 % (40/51)</b>
– dans le cas de sites différents : permanence d'un oncologue médical	96,2 % (51/53) (m.v. : N=1)
– dans le cas de sites différents : permanence d'un médecin ayant l'expertise requise en urgence oncologique	100 % (54/54)
– dans le cas de sites différents : permanence d'un radiothérapeute	81,1 % (43/53) (m.v. : N=1)
<b>Normes relatives au personnel médical permanent dans le PSO dans le cas de sites différents</b>	<b>Respect des normes<sup>1</sup> : 78,8 % (41/52)</b>

<sup>1</sup> Le respect n'est calculé que sur des archives complètes. (m.v. = missing values)

L'AR du 21 mars 2003 définit également des critères relatifs à d'autres groupes professionnels médicaux et paramédicaux. Le respect des normes pour l'autre personnel professionnel médical et paramédical se présente de la manière suivante : normes relatives aux infirmiers agréés (90,6 % dans les PSBO et 57,1 % dans les PSO), normes relatives aux exigences minimales de l'équipe de soutien psychosocial pluridisciplinaire (51,4 % dans les PSBO et 78,4 % dans les PSO) et respect des normes relatives aux exigences minimales d'autre encadrement (97,3 % dans les PSBO et 100 % dans les PSO).

### **ACTION 10 : SOUTIEN PSYCHOSOCIAL AUX PATIENTS DANS LE CADRE DES PROGRAMMES DE SOINS ONCOLOGIQUES (PSO)**

#### **1. Financement d'infirmiers, travailleurs sociaux et psychologues au sein des programmes de soins oncologiques**

Les budgets des moyens financiers octroyés aux hôpitaux (BMF) (AR du 25 avril 2002, art 64). L'Action 10 prévoit le financement d'infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux supplémentaires dans les PSO, afin de mieux entourer et soigner les patients cancéreux hospitalisés. Le *Tableau 7* ci-dessous présente, par année, le total d'équivalents temps plein (ETP) financés pour chaque catégorie professionnelle (infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux). Le nombre est resté stable depuis 2012 : 330 infirmiers, 330 psychologues et 165 travailleurs sociaux.

**Tableau 7** — *Nombre total d'équivalents temps plein financés pour les infirmiers, psychologues et travailleurs sociaux, par année*

<b>Financement</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Infirmiers</b>	215	266	319	330	330	330	330
<b>Psychologues</b>	215	266	319	330	330	330	330
<b>Travailleurs sociaux</b>	108	133	159	165	165	165	165

Le financement est alloué aux hôpitaux disposant d'un PSO agréé. Comme cela est mentionné dans l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, le financement de ces personnes supplémentaires est calculé au prorata du nombre de COM remboursées par l'assurance maladie-invalidité. Le financement se calcule sur la base de ces données comptabilisées. La fin de l'année n'est pas reprise dans les données comptabilisées ; par contre, elles ne comprennent que les prestations de 1 à maximum 2 années précédentes. Le nombre obtenu à partir des données comptabilisées peut varier en fonction d'un certain nombre de facteurs : remboursement effectif par les mutualités, facturation interne dans les hôpitaux... Pour 2011, le calcul a été effectué, comme prescrit dans l'AR du 25 avril 2002 (art. 64, §§ 1 et 2) mentionné ci-dessus, sur la base des données comptabilisées à l'INAMI en 2009. Dans le cadre de la révision du budget des moyens financiers, ce financement a été revu annuellement à partir de 2008 jusqu'en 2010 et ensuite, tous les trois ans sur la base de l'affectation effective, de la qualification, de l'expérience ou de la formation requise des ETP décrits ci-dessus, ainsi que du nombre réel de COM prestées pendant l'année considérée.

Le nombre de COM permet de déterminer combien d'ETP un hôpital reçoit, selon la formule suivante : 1 ETP infirmier / 250 COM – 1 ETP oncopsychologue / 250 COM – 1 ETP travailleur social / 500 COM. Le calcul du nombre d'ETP sur la base des COM remboursées par l'INAMI pour l'année concernée (n-2) a pour inconvénient qu'en cas de diminution ou de suppression d'ETP, aucune garantie ne peut être donnée à terme sur le plan des soins directs aux patients.

Dans cette mesure de l'Action 10, le type d'infirmier à utiliser n'est pas précisé. De ce fait, les fonctions d'infirmier à déployer « en plus » dans les soins psychosociaux aux patients cancéreux ne sont toujours pas claires. La pratique actuelle montre qu'il existe des différences dans l'affectation d'infirmiers dans le cadre de cette action. Certains hôpitaux ont opté pour l'affectation complémentaire d'« advanced practice nurses » en oncologie (infirmiers consultants – appelés « oncocoaches » – et infirmiers spécialisés). D'autres établissements ont choisi d'affecter ces moyens financiers à l'engagement d'infirmiers en oncologie dans les différents services couverts par le programme de soins en oncologie. Dans la plupart des cas, ces infirmiers ne sont pas libérés pour assumer une tâche spécifique dans l'accompagnement psychosocial du patient et ne peuvent donc pas non plus être considérés comme « advanced practice nurses » en soins oncologiques.

L'absence d'une description de fonction claire de l'« oncocoach » a donné lieu à la création d'un groupe de travail. Celui-ci a été mis sur pied dans le giron de la Vereniging voor Verpleegkundigen Radiotherapie en Oncologie (VVRO) et l'un de ses objectifs consiste à élaborer la fonction d'« oncocoach » pour en faire une fonction uniforme et à part entière au sein du paysage hospitalier. Ce groupe de travail a déjà établi une note conceptuelle « Verpleegkundige specialisten en consulenten in de oncologische zorg » (infirmiers spécialistes et consultants en soins oncologiques), dans laquelle il indique que la pratique connaît actuellement un rapport déséquilibré entre le nombre d'infirmiers financés. L'aide psychosociale constitue un aspect très important des soins oncologiques, mais l'étude (NCCN guideline distress management) montre qu'une minorité (30 %) des patients cancéreux bénéficie d'une aide psychosociale professionnelle. Les infirmiers et les médecins doivent jouer un rôle important en premier lieu dans la dispensation de soins psychosociaux et dans l'adressage adéquat des patients présentant une problématique psychosociale à des psychologues et des travailleurs sociaux. Moyennant un bon « dépistage de la détresse » par les infirmiers consultants en oncologie, les psychologues et les travailleurs sociaux peuvent apporter une aide psychosociale adaptée en deuxième ligne.

## ACTION 14 : AGRÉMENT POUR LE TITRE D'INFIRMIER EN ONCOLOGIE

### 1. Agrément pour le titre d'infirmier en oncologie

**Tableau 8** — Nombre d'agrément d'infirmiers domiciliés en Belgique, pour le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en oncologie, par communauté et par année

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
<b>Néerlandophones</b>	7	265	369	566	255	288	<b>1 785</b>
<b>Francophones</b>	49	210	235	210	156	83	<b>985</b>
<b>TOTAL</b>	<b>56</b>	<b>475</b>	<b>604</b>	<b>776</b>	<b>411</b>	<b>371</b>	<b>2 770</b>

L'arrêté ministériel du 28 janvier 2009 définit les critères d'agrément pour le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en oncologie. Ce titre professionnel est accordé pour une durée indéterminée. Pour pouvoir conserver le titre professionnel, l'infirmier doit suivre une formation permanente pour se mettre au courant des nouvelles évolutions des soins infirmiers oncologiques (au minimum 60 heures par période de 4 ans) et avoir presté au minimum 1 500 heures auprès de patients oncologiques sur une période de 4 ans. Depuis la sixième réforme de l'État, l'agrément est devenu une compétence régionale, mais l'établissement des normes reste une affaire fédérale. Le *Tableau 8* présente une vue d'ensemble du nombre d'infirmiers agréés en Belgique.

À ce jour, on n'a pas encore vérifié si les porteurs du titre suivent la formation permanente prescrite. En Flandre, la Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid est en train de mettre sur pied les nouvelles commissions d'agrément pour la reconnaissance des titres professionnels particuliers en soins infirmiers. La nouvelle commission recevra probablement pour mission d'effectuer les contrôles de la formation permanente.

Dans la note conceptuelle « Verpleegkundige specialisten en –consultanten in de oncologische zorg », des recommandations spécifiques sont formulées, telles que l'utilisation d'une terminologie univoque (infirmier spécialisé en oncologie versus advanced practice nurse en oncologie (= infirmier spécialisé et infirmier consultant) ; l'organisation d'une formation adaptée pour l'infirmier spécialisé et l'infirmier consultant, etc. Ces recommandations fournissent des points de départ pour mieux définir la fonction d' « oncocoach ».

## ACTION 11 : FINANCEMENT DE GESTIONNAIRES DE DONNÉES DANS LE CADRE DES PROGRAMMES DE SOINS ONCOLOGIQUES (PSO)

### 1. Financement de gestionnaires de données dans le cadre des PSO

L'Action 11 prévoit le financement de gestionnaires de données pour suivre la qualité des PSO et des résultats des traitements des patients cancéreux. Les gestionnaires de données doivent enregistrer les données des cas de cancer et vérifier le respect des décisions prises lors des COM et des recommandations du manuel d'oncologie. Le *Tableau 9* présente le nombre de gestionnaires de données financés par année.

**Tableau 9** — Nombre total d'équivalents temps plein de gestionnaires de données financés, par an

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Gestionnaires de données</b>	54	66	79	82	82	82	82

L'AR du 25 avril 2002 et l'AR du 21 mars 2003 contiennent d'importants éléments concernant la description de fonction et les conditions d'engagement de gestionnaires de données, à savoir qu'un gestionnaire de données doit assister aux COM, être activement impliqué dans l'enregistrement auprès du Registre du Cancer, vérifier le respect du manuel oncologique et des décisions des COM. Il est également tenu de suivre une formation de base, ainsi que des formations continues organisées par la Fondation Registre du Cancer. Étant donné que l'AR du 20 septembre 2009, relatif au budget des moyens financiers des hôpitaux prévoit une rémunération de 1 ETP de niveau universitaire par 1 000 COM pour les gestionnaires de données, on peut en déduire qu'un gestionnaire de données doit avoir bénéficié d'une formation universitaire. Ce même AR dispose que le financement peut être revu sur base de l'affectation effective de ces gestionnaires de données, de leur qualification, de leur expérience et des conditions spécifiques à satisfaire pour pouvoir bénéficier du financement. L'AR du 2 avril 2014 fixant les normes des programmes de soins en hématologie pédiatrique dispose, quant à lui, de manière très spécifique que la personne qui assure l'enregistrement de ces programmes de soins auprès du Registre du Cancer doit être titulaire d'un master ou d'un baccalauréat.

Collaborateur chargé de l'enregistrement, gestionnaire de données chargé de l'enregistrement des données relatives au cancer, gestionnaire de données en oncologie, gestionnaire de données chargé de l'enregistrement oncologique sont quelques-unes des dénominations par lesquelles une même fonction est définie dans différents hôpitaux. Réunies par un enregistrement des données relatives au cancer pourtant uniforme, d'innombrables applications d'enregistrement (différentes) sont néanmoins utilisées.

Avec le soutien de la législation en vigueur et compte tenu de la situation confuse actuelle, un certain nombre de gestionnaires de données ont eu l'idée de mettre sur pied un groupe de travail au printemps 2012. C'est ainsi qu'est né le Werkgroep Datamanagers Oncoregistratie (WeDO). Ce groupe de travail est hébergé par la VVRO et a pour objectif en premier lieu de fournir une contribution à la réalisation d'un enregistrement des données relatives au cancer et d'une organisation des COM de qualité et uniformes. Dans la foulée, le WeDO s'engage à soutenir les besoins et les intérêts de tous les collaborateurs chargés de l'enregistrement des données relatives au cancer, afin de contribuer à développer la profession de gestionnaire chargé de l'enregistrement des données relatives au cancer en une fonction à part entière et uniforme au sein de l'hôpital.

Il est important de chercher à établir à présent dans quelle mesure les recommandations formulées par le WeDO peuvent continuer à être mises en œuvre. C'est ainsi qu'il a formulé les recommandations suivantes au vu des goulets d'étranglement actuels : 1) faire la promotion d'un bon enregistrement oncologique au sein de l'hôpital, pas seulement en raison de l'aspect financier lié à l'enregistrement, 2) pouvoir objectiver la qualité ou recenser les points faibles et les considérer comme un défi, 3) établir une base de données claire au sein de l'hôpital au lieu de 20 programmes différents se chevauchant, qui fonctionnent parallèlement ou se considèrent mutuellement comme des concurrents (surtout dans les plus grands hôpitaux), 4) faciliter les dossiers pour les mutualités et ne plus les laisser enregistrer sur papier, 5) reconsidérer les remboursements par l'intermédiaire des mutualités, 6) organiser davantage de formations continues, 7) rédiger une description de fonction officielle du gestionnaire de données, qui s'étend au-delà du seul enregistrement, 8) contrôler la fonction de gestionnaire de données, de la COM et de l'enregistrement, contrôle assorti d'éventuelles sanctions comme motivation, 9) reconsidérer la répartition des fonds, l'adapter aux besoins réels et lui conférer un caractère structurel, et 10) faire de la place pour la contribution du gestionnaire de données au sein de la commission oncologique de l'hôpital et de l'organisation de la COM.

## **ACTION 7 : SOUTIEN SPÉCIFIQUE AU PATIENT AU MOMENT DE L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC DU CANCER**

### **2. Formation à la communication avec le patient et ses proches + formation en psycho-oncologie**

Afin de garantir la qualité de l'entretien de diagnostic, le financement d'une formation en communication avec les patients et leurs proches a également été prévu. Après un appel à candidatures en juillet 2008, le SPF Santé publique a créé un consortium de 29 experts afin de formuler des propositions de formations. Le consortium a remis en juillet 2009 une proposition d'une formation à la communication pour les médecins et le personnel soignant travaillant dans les hôpitaux avec des patients oncologiques et une formation en psycho-oncologie pour les psychologues qui travaillent dans le cadre d'un PSO.

L'Action 7.2 prévoit l'organisation et le financement de deux formations sur une base structurelle : 1) une formation à la communication en oncologie destinée aux médecins et au personnel soignant hospitalier qui entrent en contact avec des patients oncologiques et 2) une formation interuniversitaire certifiée en psycho-oncologie d'une durée de deux ans destinée à tous les psychologues travaillant dans le cadre d'un PSO. Les deux instituts organisateurs sont indépendants, mais financés par l'intermédiaire des hôpitaux, via un contrat « B4 » : le Cédric Hèle Instituut (Chi) en collaboration avec l'UZ Brussel, du côté néerlandophone et le Centre de Psycho-Oncologie (CPO), en collaboration avec l'Institut Jules Bordet, du côté francophone.

Les objectifs des formations sont : 1) la « communication » : améliorer la communication entre les prestataires de soins (médecins, personnel infirmier et paramédical) et leurs patients atteints de cancer et 2) la « psycho-oncologie » : améliorer leurs connaissances théoriques, perfectionner leurs stratégies de communication et leurs compétences psychothérapeutiques, et leur permettre d'approfondir leur ressenti sur le plan des relations qu'ils ont nouées avec les patients, leurs proches et les soignants.

Depuis 2011, le CPO et le CHi reçoivent 169 000 euros pour le financement de la formation en psycho-oncologie. La formation à la communication bénéficie d'un financement forfaitaire de 50 000 euros par an. On vise un nombre d'environ 150 participants.

### 1. Formation à la communication avec les patients et leurs proches (30 heures, pour les médecins : 6 heures)

**Tableau 10** — Nombre total d'inscriptions au CHi et au CPO pour la formation "Communication en oncologie" par année civile et par catégorie professionnelle

Institution de formation	Catégorie professionnelle	2010	2011	2012	2013	2014
CHi	Médecin	70	27	15	5	10
	Infirmier	76	90	95	99	56
	Travailleur social	12	29	17	11	8
	Autre	4	32	20	21	5
	<b>TOTAL</b>	<b>162</b>	<b>178</b>	<b>147</b>	<b>136</b>	<b>79</b>
CPO	Médecin	22	4	10	18	12
	Infirmier	122	145	141	152	149
	Travailleur social	-	-	14	-	3
	Autre	31	1	-	10	10
	<b>TOTAL</b>	<b>175</b>	<b>150</b>	<b>165</b>	<b>180</b>	<b>174</b>
<b>CHI + CPO</b>		<b>337</b>	<b>328</b>	<b>312</b>	<b>316</b>	<b>253</b>

Tant le CHi que le CPO sont confrontés à des difficultés de recrutement de médecins pour la formation à la communication (voir *Tableau 10* pour une vue d'ensemble des inscriptions). Au CPO, une tendance légèrement à la hausse de l'inscription des médecins est perceptible, probablement imputable aux facteurs suivants : l'offre d'une formation pluridisciplinaire à la carte, adaptée aux besoins des médecins, une prise de contact proactive par téléphone avec les médecins et l'effet boule de neige.

### 2. Formation en psycho-oncologie (2 ans, 26 jours de formation au CHi et 22 jours de formation au CPO)

**Tableau 11** — Nombre total d'inscriptions pour la formation "Psycho-oncologie" par année académique

Institution de formation	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
CHi	33	27	46	20	23
CPO	47	43	47	50	47
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>70</b>	<b>93</b>	<b>70</b>	<b>70</b>

Le *Tableau 11* présente une vue d'ensemble du nombre d'inscriptions à la formation organisée par le CHi et le CPO. Le nombre minimal d'inscriptions à la formation en psycho-oncologie n'est pas toujours respecté, et cela en raison d'un manque d'intérêt de la part de bon nombre de psychologues, qui possèdent déjà une grande expérience en oncologie. Les institutions de formation doivent donc mettre tout en œuvre pour persuader autant de participants

potentiels que possible, notamment via des campagnes de communication et d'autres actions de ce genre. Nous devons également veiller à ce que les deux centres accordent la priorité aux praticiens professionnels financés par le Plan Cancer et pas à des externes ou à des étudiants en psychologie.

Bon nombre des inscrits à la formation en oncopsychologie n'exercent pas leurs activités dans cette discipline. Cela est notamment dû au fait que le personnel hospitalier ne bénéficie pas suffisamment d'exemptions de services pour pouvoir suivre la formation. C'est pourquoi, le CHI et le CPO ont pris l'initiative de faire reconnaître un congé éducatif pour la formation en oncopsychologie. Cela n'est toutefois pas possible pour les hôpitaux publics. En 2014, le SPF Santé publique a envoyé une lettre aux directions hospitalières pour les inciter à encourager les membres de leur personnel, employés dans le cadre du PSO et qui entrent en contact avec des patients oncologiques, à participer à ces formations gratuites.

Un autre motif du manque d'inscriptions de psychologues exerçant déjà leurs activités en oncopsychologie réside dans l'article 1<sup>er</sup> de l'AR du 30 août 2013 modifiant l'AR du 21 mars 2003 fixant les normes auxquelles le programme de soins de base en oncologie et le programme de soins d'oncologie doivent répondre pour être agréés. Cet article dispose en effet qu'un psychologue faisant partie de l'équipe de soutien psychosocial pluridisciplinaire doit avoir cinq années d'expérience au moins dans la prise en charge de patients souffrant d'affections oncologiques ou avoir suivi une formation de trente heures au moins en oncopsychologie.

Les nouvelles connaissances et idées issues des projets de l'Action 21-22 doivent s'intégrer dans la formation scientifique des psychologues et dans l'offre de formation actuelle du CHI et du CPO. Ces actions étaient axées sur l'amélioration de l'accompagnement psychosocial des patients et de leurs proches et le soutien de la recherche scientifique sur les soins psychosociaux en oncologie.

Les formations sont suivies via des rapports d'activité annuels et des comités d'accompagnement. La concertation au sein du comité d'accompagnement facilite la communication mutuelle du contenu des formations et la garantie de l'uniformité des formations en Flandre et en Wallonie. L'uniformité dans la manière dont les deux institutions de formation évaluent aujourd'hui leurs formations est également un aspect à approfondir.

Pour favoriser le profilage (inter)national des deux institutions de formation, celles-ci doivent œuvrer à la propagation des directives (nationales) sur les interventions effectives pour l'accompagnement psychosocial des patients cancéreux et de leurs proches. À cet effet, on peut consulter l'International Psycho-Oncology Society (IPOS), qui a déjà publié des directives qui nécessitent encore une transposition dans le paysage des soins en Belgique.

Ces nouveaux aspects sont importants pour faire progresser le travail, et ainsi, valider l'expérience accumulée dans le futur. Le Centre du Cancer a récemment mis sur pied le groupe de travail « Psycho-oncologie » au sein duquel une réflexion est menée avec des représentants du CHI et du CPO à propos d'un plan d'approche de ces aspects à approfondir.

### **ACTION COMPLÉMENTAIRE (36) MEILLEUR TRAITEMENT EN MATIÈRE DE NUTRITION DES PATIENTS CANCÉREUX**

1. Financement de diététiciens dans le cadre des programmes de soins oncologiques
2. Appel à projets relatifs à la cachexie

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, de 1 à 4 diététiciens à temps plein sont financés dans les hôpitaux disposant d'un programme de soins oncologiques agréé. Le nombre spécifique a été calculé sur la base des consultations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées.

Ces diététiciens jouent un rôle important dans la prise en charge de la cachexie, une pathologie latente chez les patients cancéreux qui n'est bien souvent détectée qu'à un stade tardif. La cachexie se définit comme un syndrome multifactoriel, caractérisé par une perte progressive de masse musculaire squelettique (avec ou sans perte de masse adipeuse). La perte de masse musculaire squelettique n'est pas complètement réversible par une intervention nutritionnelle et entraîne une régression fonctionnelle progressive.

Finalement, la cachexie se caractérise par un bilan protéique et énergétique négatif consécutif à une combinaison variable d'une réduction de l'apport alimentaire et d'un métabolisme anormal (Fearon, Kenneth, et al. 2011). En vue d'améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement des patients oncologiques, exposés au risque de cachexie ou qui en souffrent, 11 projets pilotes ont été mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire.

Afin d'améliorer la prise en charge nutritionnelle des personnes atteintes d'un cancer, une initiative a été lancée début 2011 dans le cadre du Plan Cancer afin d'apporter un soutien financier à des projets innovants et originaux envers les patients oncologiques à risque ou souffrant de cachexie.

Les projets sélectionnés ont été financés sur une durée de 2 ans à partir de juillet 2011 pour un montant forfaitaire maximum total de 150 000 € par projet. Deux projets faitiers pour lesquels au moins trois hôpitaux ont collaboré ont été financés à hauteur de 160 000 €. Un total de 1 670 000 € a été alloué à ces projets (835 000 € par an). Il n'est pas aisé de tirer un certain nombre de conclusions générales, vu les grandes différences entre les projets. Les responsables des projets pilotes ont tout de même formulé eux-mêmes une série de recommandations.

- Élaboration d'une définition claire de la cachexie.
- Plusieurs projets indiquent que le non-remboursement des consultations diététiques et des compléments alimentaires constitue un frein au traitement de nombreux patients.
- Un dépistage précoce est recommandé, dès le diagnostic. Le diététicien doit être impliqué dès le diagnostic ou le démarrage du traitement. Et ensuite, prévoir des moments de suivi, à des moments fixes, et un suivi fixe des patients à risque.
- Systématiquement, à chaque nouveau démarrage de traitement, un entretien d'admission de base avec analyse d'impédance bioélectrique (BIA), test de préhension et analyse de sang. Si la BIA et le test de préhension sont appliqués en pratique journalière, la durée moyenne d'une consultation s'allonge jusqu'à 1 heure environ.
- Le suivi des patients par impédancemétrie par le diététicien. Il s'agit par ailleurs également d'une recommandation de l'ESPEN (*The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*).
- Des lignes directrices devraient être définies pour les diététiciens spécifiquement pour les patients oncologiques, un chemin clinique du soutien nutritionnel du patient oncologique depuis le diagnostic ou le début du traitement jusqu'à la fin du traitement.
- Les besoins en énergie doivent être objectivés via une calorimétrie indirecte et la technologie sensewear. Cela suppose de disposer du matériel adéquat.
- Le SNAQ score semble être un outil intéressant, rapide et facile d'utilisation pour identifier dans une population de patients cancéreux, ceux qui présentent une anorexie et surtout ceux qui ont un apport calorique et protéique insuffisant pour couvrir les besoins.
- Le type de chimiothérapie et les inter-cures devraient également être pris en considération car ces variables peuvent influencer l'état nutritionnel du patient.
- Élaboration de nouveaux outils pratiques pour apprendre aux patients à enrichir leur alimentation en protéines et en calories.
- Importance de l'approche multidisciplinaire et importance de la présence d'un nombre suffisant de diététiciens pour assurer le suivi des patients.

## CONCLUSION

---

L'état des lieux en matière d'organisation du personnel soignant nous apprend qu'une professionnalisation appréciable a été atteinte via le Plan Cancer.

À l'avenir, les actions suivantes seront très importantes pour améliorer encore la professionnalisation actuelle du personnel soignant en oncologie : évaluation des normes d'agrément du personnel soignant spécialisé en oncologie ; développement d'un système d'enregistrement et de réenregistrement en fonction de la reconnaissance des titres professionnels particuliers ; l'établissement d'un profil de fonction d'un oncocoach et d'un gestionnaire de données ; l'évaluation de l'éventail des tâches du personnel soignant en oncologie en fonction d'une meilleure adéquation mutuelle de leurs soins ; l'évaluation de l'offre actuelle en matière de formation en psycho-oncologie et en communication, et l'ajustement de cette offre sur la base des besoins de la pratique et des nouvelles connaissances scientifiques.

## — ORGANISATION DES SOINS : TRAJETS DE SOINS

### ADULTES

#### **ACTION 9 : MISE EN PLACE DE TRAJETS DE SOINS POUR LES PATIENTS CANCÉREUX**

- |    |   |
|----|---|
| 1. | Favoriser la participation du médecin généraliste au processus de prise en charge du cancer |
| 2. | Définition des trajets de soins pour les patients cancéreux                                 |

La collaboration avec d'autres programmes de soins est essentielle afin de garantir et d'optimiser la qualité des soins. C'est pourquoi l'arrêté royal du 21 mars 2003 prescrit des accords de collaboration par écrit entre les programmes de soins. Ces accords de collaboration sont obligatoires pour les programmes de soins de base en oncologie (PSBO) et sont fortement recommandés pour les programmes de soins oncologiques (PSO). Un accord de coopération implique notamment qu'il doit y avoir des transferts et des retransferts effectifs tels qu'ils sont prescrits dans le manuel oncologique pluridisciplinaire. Un hôpital, qui dispose d'un programme de soins (de base) en oncologie, doit en outre faire partie d'un accord de collaboration en soins palliatifs.

Les données de l'enquête du Collège d'oncologie montrent qu'il existe effectivement une très grande collaboration entre les programmes de soins (voir *Tableau 12*). Comme prescrit dans la loi, tous les PSBO ont conclu des accords de collaboration par écrit avec un PSO. Plus de 90 % des PSO ont conclu un accord de collaboration, soit avec un autre PSO, soit avec un PSBO. Les transferts et retransferts de patients dans le cadre des accords de collaboration sont très fréquents. Bien que cela soit prescrit par la loi, 5 des 39 PSBO ne disposent pas encore de programme de soins palliatifs et c'est également le cas pour 1 des 55 PSO.

**Tableau 12** — Accords de collaboration, transferts et programmes de soins palliatifs

	<b>PSBO N = 39</b>	<b>PSO N = 55</b>
<b>Accords de collaboration par écrit</b>		
<b>Accords de collaboration par écrit entre PSBO et PSO</b>	100 % (N = 39/39)	72,7 % (N = 40/55)
<b>Accords de collaboration par écrit entre PSO et PSO</b>	-	87,0 % (N = 47/54 ; m.v. = 1)
<b>Accords de collaboration par écrit entre un PSO et un PSBO ou un autre PSO</b>	-	90,9 % (N = 50/55)
<b>Transferts dans le cadre d'un accord de collaboration</b>		
<b>Transferts dans le cadre d'un accord de collaboration</b>	100 % (N = 39/39)	96 % (n = 48/50)
<b>Enregistrement systématique des transferts</b>	68,7 % (N = 22/32 ; m.v. = 7)	60,5 % (N = 26/43 ; m.v. = 5)
<b>Retransferts dans le cadre d'un accord de collaboration</b>	89,7 % (N = 35/39)	100 % (N = 49/49 ; m.v. = 1)
<b>Enregistrement systématique des retransferts</b>	70,4 % (N = 19/27 ; m.v. = 8)	61,9 % (N = 26/42 ; m.v. = 7)
<b>Programme de soins palliatifs</b>		
<b>Partie de l'accord de collaboration</b>	86,5 % (N = 32/37 ; m.v. = 2)	96,4 % (N = 53/55)
<b>Unité de soins palliatifs interne</b>	33,3 % (N = 13/39)	65,4 % (N = 36/55)
<b>Programme de soins palliatifs, via une collaboration ou une unité interne</b>	87,2 % (N = 34/39)	98,2 % (N = 54/55)

La place du généraliste dans le trajet n'a pas été examinée. Il ressort du rapport du KCE 239A (2015) et de l'enquête du Collège d'oncologie (voir A8) que la participation du généraliste dans la COM n'est que modeste en général. La question est de savoir comment le retour d'information de l'hôpital vers le généraliste a lieu. Si le généraliste est informé en temps opportun et de manière adéquate des conclusions et des traitements (y compris des effets indésirables à prévoir) d'une autre manière que via la COM, il peut alors exercer sa fonction de fil rouge dans la coordination du trajet de soins. Il s'avère en revanche que d'autres professionnels tels que des infirmiers, des psychologues et des diététiciens participent aux COM (voir supra). Cela est positif pour la communication et le trajet de soins au sein de l'hôpital et pour celle de l'hôpital adressant et vers celui-ci.

### ACTION 13 : TRAITEMENT DES TUMEURS RARES

1. Lancement d'une étude par le Centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE) en vue d'établir les critères qualitatifs et quantitatifs pour la prise en charge des tumeurs rares

Cette étude, lancée en 2013, visait à établir la définition des cancers rares et complexes. Ses résultats ont à présent été publiés (rapport KCE 219, 2014). Dans l'étude, un **cancer rare** est défini comme un cancer dont moins de 6 nouveaux cas sont constatés par année par 100 000 habitants. Ce seuil se fonde sur une définition européenne (RARECARE) (Gatta et al., 2011).

Un **cancer qui exige des soins complexes**, est défini comme a) un cancer ayant une localisation anatomique spécifique et extrêmement difficile d'accès (par ex. certaines tumeurs cérébrales, une tumeur oculaire) ou b) un cancer qui survient dans des circonstances spécifiques (par ex. en cours de grossesse) ou c) un cancer dont le diagnostic et/ou le traitement adéquat(s) exige(nt) un niveau élevé de qualification et d'expertise (par ex. sarcome des tissus mous, cancer de l'œsophage) ou d) un cancer exigeant une infrastructure de haute technologie ou coûteuse (par ex. chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale pour des tumeurs du péritoine).

La Belgique pourrait retirer des enseignements de différentes initiatives européennes pour améliorer les soins des patients atteints d'un cancer rare ou complexe. Plusieurs pays européens (Pays-Bas, Royaume-Uni et Danemark) disposent déjà d'un modèle différencié permettant d'adresser les adultes atteints de cancers rares à des centres de référence. Les objectifs en l'espèce sont universels : améliorer la qualité des soins et orienter le patient vers des institutions de soins spécialisées qui obtiennent de meilleurs résultats. Il ressort également du rapport KCE 219, 2014 qu'une surveillance continue de la qualité via des audits, des accréditations et du « benchmarking » revêt une importance essentielle pour garantir la qualité constante des soins de santé.

Il ressort des données du Registre belge du Cancer que selon les estimations, 4 000 adultes par an en Belgique sont atteints d'une forme de cancer rare (selon la définition RARECARE) (rapport KCE 219A, 2014). Pour un nombre important de ces types de cancer, il y a moins de 100 patients par an. Pourtant, ces patients sont encore diagnostiqués et traités dans chaque hôpital belge. Nous devons nous efforcer de moins disperser les soins spécialisés. On ne peut pas généraliser, mais il existe une certaine relation entre un volume élevé et de meilleurs résultats des soins, même si ces résultats dépendent de nombreux facteurs. Le rapport KCE 200, 2013 a par exemple montré que les volumes de soins du cancer de l'œsophage et de l'estomac par hôpital étaient très bas en Belgique. Une relation claire peut être établie entre le volume de soins et tant une réduction de la mortalité postopératoire (cancer de l'œsophage) que la survie à cinq ans (cancers de l'œsophage et de l'estomac) (rapport KCE 200, 2013).

## ACTION 12 : DÉFINITION ET FINANCEMENT D'UN PROGRAMME DE SOINS ONCOLOGIQUES PÉDIATRIQUES

1.	Agrément des centres actuels d'oncologie pédiatrique
2.	Soutien financier aux synergies entre les centres d'oncologie pédiatrique
3.	Réalisation d'un programme de soins en oncologie pédiatrique
4.	Financement dès 2009 d'un renforcement de 2 ETP pour l'encadrement paramédical

Un programme de soins en hémato-oncologie pédiatrique (HOP) a pour objectif d'offrir un encadrement de qualité aux enfants atteints de cancer, hospitalisés dans des centres d'oncologie pédiatrique. Le Plan Cancer soutient les synergies entre les différents centres afin que tous les enfants cancéreux puissent bénéficier d'un traitement spécialisé.

Le dévouement d'un groupe de travail d'experts issus de centres d'oncologie pédiatrique a permis de formuler une proposition de normes d'agrément pour les programmes de soins en hémato-oncologie pédiatrique. Cette proposition a été ancrée ultérieurement dans un arrêté royal. L'AR du 2 avril 2014 définit les normes auxquelles le programme de soins spécialisés en hémato-oncologie pédiatrique et le programme de soins satellite en hémato-oncologie pédiatrique doivent satisfaire pour être agréés. Cet AR décrit au chapitre 2, section 1, article 3 les objectifs généraux d'un HOP, à savoir: « Le programme de soins spécialisés en hémato-oncologie pédiatrique est axé sur le diagnostic, le traitement pluridisciplinaire, la réadaptation, le suivi des effets tardifs et les soins palliatifs pour tous les patients âgés de moins de 16 ans et atteints d'affections hémato-oncologiques ou hématologiques non oncologiques sévères pouvant nécessiter une transplantation de cellules souches. À cet égard, les directives et accords en matière de transferts entre hôpitaux décrits dans le manuel d'hémato-oncologie pédiatrique pluridisciplinaire, visé à l'article 28, seront respectés sans porter préjudice au libre choix du patient. » L'agrément est une compétence des communautés et régions. En ce moment, il n'y a pas encore d'agréments des programmes de soins en hémato-oncologie pédiatrique. Le financement se poursuit sur la base de contrats avec sept hôpitaux.

Une cellule de coordination a été créée pour promouvoir et organiser la recherche clinique entre les différents centres agréés. Le Registre du Cancer participe à cette initiative visant à assurer un enregistrement adapté des tumeurs pédiatriques. La cellule de coordination poursuit 3 objectifs : 1) la rédaction d'un manuel d'oncologie pédiatrique, 2) la coordination et la préparation d'essais cliniques en oncologie pédiatrique dans les différents centres de traitement en Belgique et 3) la collaboration avec le Registre du Cancer afin d'étendre et d'améliorer l'enregistrement des affections oncologiques pédiatriques.

### 3. Registre du Cancer

Un ETP (Nancy Van Damme) travaille au Registre du Cancer pour la BSPHO. Elle est responsable des contacts avec les services d'oncologie pédiatrique dans le cadre de l'enregistrement. À cet égard, l'enregistrement spécifique est suivi et un contrôle de qualité et un retour d'information sont assurés. Elle est également responsable de l'établissement de rapports et de l'assistance des collaborateurs chargés de l'enregistrement sur le plan technique et du contenu. Les demandes spécifiques de données du Registre du Cancer transitent par elle.

Projet « Suivi à long terme » : qualité de la survie des enfants cancéreux : préparation de projet pour élargir le jeu de données enregistré lors du diagnostic d'un cancer pédiatrique, plus particulièrement avec des paramètres qui permettront d'améliorer la compréhension de la toxicité à long terme des affections et de leur traitement. Ce projet bénéficie également du soutien de Kom op tegen Kanker. Pour ce projet, des contacts internationaux sont entretenus notamment avec Pancare, l'ENCCA et la SIOPE.

## **ACTION 23 : FINANCEMENT STRUCTUREL DES FILIÈRES DE SOINS PÉDIATRIQUES « SOINS CONTINUS ENFANTS »**

### **1. Création d'une fonction de liaison pédiatrique**

En Belgique, les soins palliatifs sont dispensés par l'intermédiaire de 5 équipes de liaison spécialisées (2 néerlandophones et 3 francophones), localisées dans les hôpitaux universitaires. L'AR du 15 novembre 2010 décrit la mission et la composition en personnel de ces équipes. Cet AR indique que ces équipes doivent assurer la continuité et la qualité des soins aux patients aussi bien hospitalisés que soignés à domicile, dont la durée de vie est limitée en raison de leur maladie, et ce, via une équipe de soins pluridisciplinaire (4 infirmiers équivalents temps plein, 1 psychologue équivalent mi-temps en tant que prestataire de soins psychosociaux, 1 médecin équivalent mi-temps et 1 collaborateur administratif équivalent mi-temps), qui dispense des soins aussi bien curatifs que palliatifs et qui assure l'accompagnement de fin de vie et du deuil.

Le SPF Santé publique a demandé à chaque équipe de liaison de compléter un rapport annuel d'activité. Les rapports d'activité de 2010 à 2014 de toutes les équipes de liaison nous apprennent ce qui suit : au cours de la période de 2010 à 2014, 3 607 enfants au total ont été suivis par les cinq équipes pédiatriques. 47 % des membres de ce groupe de patients étaient âgés de 1 à 10 ans, 25 % avaient moins de 1 an, 25 % étaient âgés de 11 à 20 ans et 3 % avaient plus de 20 ans. À titre illustratif, les rapports d'activité de 2014 indiquent quels types de patients ces équipes ont suivis à l'époque : 50 % atteints d'une affection cancéreuse, 27 % atteints d'une affection neurologique, d'une anomalie génétique, d'une affection métabolique ou dégénérative, et 23 %, d'un groupe d' « autres affections », qui comprennent des affections cardiologiques, immunologiques, gastro-entérologiques, pneumologiques, néphrologiques ou périnatales. Sur les 3 607 patients suivis au total ; 51 % sont décédés à leur domicile, 41 % à l'hôpital et 8 % dans des services de soins de répit ou dans des institutions accueillant des patients handicapés. Chaque année, plus de 40 cas de décès à domicile sont accompagnés par ces équipes de liaison.

Un enregistrement systématique permanent des activités de ces équipes de liaison est nécessaire. Pour mettre en œuvre cet enregistrement, ce qui devait être rapporté dans les rapports d'activité peut servir de base, mais avec des ajouts concernant la qualité des mesures des soins, une classification uniforme des affections et d'autres résultats en matière de structure, de processus et de produit liés aux soins palliatifs.

Les moments de concertation que l'Action 23 a entraînés ont amené un certain nombre de prestataires de soins palliatifs pédiatriques motivés à se réunir. Cela s'est traduit par la création du groupe Belgian Paediatric Palliative Care (BPPC), qui peut être considéré comme une communauté de prestataires de soins palliatifs, qui œuvre à l'élaboration de directives pour l'administration de soins palliatifs pédiatriques en Belgique. Le groupe BPPC a pour objectif final d'élaborer pour la fin de 2017 des directives pour les thèmes suivants : définition du patient bénéficiant de soins palliatifs pédiatriques ; contrôle des symptômes ; advanced care planning ; organisation des soins palliatifs pédiatriques en Belgique et décisions liées à la fin de vie. Le Centre du Cancer apporte un soutien organisationnel et sur le plan du contenu à ces groupes de travail.

La Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs établit un rapport d'évaluation à l'attention de la Chambre des représentants tous les deux ans. Un nouveau rapport est en préparation. Il est à noter que, comparé aux rapports d'évaluation antérieurs, c'est la Cellule d'évaluation qui a demandé à des représentants du Belgian Paediatric Palliative Care de rédiger une section spécifique sur l'état des lieux en matière de soins palliatifs pédiatriques.

## CONCLUSION

---

Quasiment chaque hôpital disposant d'un programme de soins (de base) en oncologie satisfait aux normes minimales légales. La COM est mise en place, les directives concernant le diagnostic et le traitement sont appliquées et une COM de suivi est régulièrement organisée en cas de demandes de suivi.

Les soins des patients atteints d'une forme rare de cancer ou d'un cancer complexe sont encore dispensés dans chaque hôpital disposant d'un PSO ou d'un PSBO. En raison de cet éparpillement, l'expertise dans ces formes de cancer n'est pas utilisée de manière optimale en Belgique. Le KCE (rapport 291) a formulé quelques recommandations d'amélioration, dont la création de réseaux autour d'un centre de référence, à évaluer régulièrement. L'élaboration ultérieure de trajets de soins pour les patients atteints d'une forme rare ou complexe de cancer pourrait donner une impulsion afin de continuer à élaborer et à évaluer tous les trajets de soins, également en fonction de la satisfaction des patients.

Pour bien suivre le fonctionnement des équipes de liaison pédiatriques et surveiller la charge de travail, il convient d'œuvrer à la mise en place d'un système d'enregistrement. En plus des données par équipe, ce système devrait collecter des informations sur le nombre de nouveaux patients par an, et également sur certains résultats pour le patient (par ex., mesure de la qualité de vie).

**ACTION 15 : AMÉLIORATION DE LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX PAR L'ASSURANCE OBLIGATOIRE SOINS DE SANTÉ**

1.	Remboursement des médicaments anticancéreux
2.	Remboursement de médicaments anticancéreux pour le cancer du sein chez l'homme
3.	Accès rapide aux médicaments pour les « unmet medical needs » – analyse
4.	Remboursement accéléré pour certaines spécialités pharmaceutiques ou thérapies innovantes hors indication

**REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX (A15M1)**

Les efforts en vue du remboursement des médicaments anticancéreux se poursuivent. En 2014 (voir *Tableau 13*), 4 médicaments supplémentaires de la classe 1 ont été remboursés, de même que 6 médicaments de la classe 2 et 3 médicaments de la classe 3. En outre, les indications pour 8 médicaments ont été élargies. En 2015 (voir *Tableau 14*), 1, 3 et 8 médicaments supplémentaires ont été remboursés respectivement pour les classes 1, 2 et 3. En 2015, les indications ont été étendues pour 3 médicaments. Un certain nombre de médicaments orphelins supplémentaires ont également été admis au remboursement : 5 en 2014 et 4 en 2015.

**Tableau 13** — *Nombre de remboursements de médicaments anticancéreux en 2014*

Médicaments orphelins	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Modifications (élargissement des indications)
JAKAVI	ZALTRAP	AMELUZ	CAPECITABINE ACCORD	ALIMTA
BOSULIF	PERJETA	AMSIDINE	CAPECITABINE SANDOZ	AVASTIN
ADCETRIS	ERIVEDGE	GIOTRIF	PACLITAXEL SANDOZ	ERBITUX
	KADCYLA	HERCEPTIN (forme SC)		LEVACT
		MABTHERA		MABTHERA
		TAFINLAR		TYVERB
				VECTIBIX
				VELCADE
<b>TOTAL : 3</b>	<b>TOTAL : 4</b>	<b>TOTAL : 6</b>	<b>TOTAL : 3</b>	<b>TOTAL : 8</b>

**Tableau 14** — Nombre de remboursements de médicaments anticancéreux en 2015

Médicaments orphelins	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Modifications (élargissement des indications)
IMBRUVICA	ZYDELIG	ZELBORAF	OXALIPLATIN SANDOZ	AVASTIN
GAZYVARO		STIVARGA	PACLITAXEL ACCORD HEALTHCARE	MABTHERA
OFEV		ALIMTA	TOPOTECAN SANDOZ	SPRYCEL
LYNPARZA			CYCLOPHOSPHAMIDE SANDOZ	
			ETOPOSIDE ACCORD HEALTHCARE	
			FLUDARABINE ACCORD HEALTHCARE	
			DOXORUBICIN ACCORD HEALTHCARE	
			MITOXANTRONE ACCORD	
<b>TOTAL : 4</b>	<b>TOTAL : 1</b>	<b>TOTAL : 3</b>	<b>TOTAL : 8</b>	<b>TOTAL : 3</b>

#### REMBOURSEMENT DE MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX POUR LE CANCER DU SEIN CHEZ L'HOMME (A15M2)

En 2013, un cancer du sein a été diagnostiqué chez 83 hommes en Belgique. À défaut de remboursement automatique par l'assurance maladie obligatoire, c'est le Fonds spécial de solidarité de l'INAMI qui se charge du remboursement des médicaments anticancéreux pour les rares cas de cancer du sein chez l'homme. Le Fonds spécial de solidarité ne reçoit toutefois que très peu de demandes en ce sens. Toute demande donne lieu à une étude de l'état des connaissances scientifiques. Malheureusement, l'efficacité des traitements habituellement administrés aux femmes, tels que les inhibiteurs de l'aromatase, n'a pas encore été démontrée chez l'homme. Les différences hormonales entre les hommes et les femmes expliquent cette différence d'action et de valeur scientifique.

Le remboursement du médicament tamoxifène (Nolvadex) est en revanche devenu structurel dans le cancer du sein, tant chez l'homme que chez la femme.

#### UNMET MEDICAL NEED (A15M3)

Dans le cadre du projet «Unmet Medical Need», on a créé la possibilité de prévoir une intervention dans les coûts des soins médicaux, plus particulièrement pharmaceutiques, des patients ayant des besoins médicaux avérés, c.-à-d. des besoins médicaux qui ne peuvent pas ou pas suffisamment être aidés avec l'arsenal thérapeutique existant (et remboursable), et ce même avant que le médicament en question ait reçu une autorisation de mise sur le marché (enregistrement).

La décision relative à l'intervention – chaque fois sur base individuelle – sera prise par le Collège des Médecins Directeurs. À cet effet, le Collège se basera sur les «décisions de cohorte», c.-à-d. les décisions de «principe» pour des groupes cibles définis et dans des conditions définies, prises auparavant par le Collège, sur proposition de la Commission d'avis en cas d'intervention temporaire dans l'utilisation d'un médicament (CAIT).

Ces propositions de décisions de cohorte sont formulées sur base de demandes des firmes pharmaceutiques ou de la ministre, pour autant que les médicaments visés cadrent dans le traitement d'un « besoin médical non rencontré », plus spécifiquement, d'une des indications présentes sur la liste des besoins médicaux non rencontrés, telle qu'elle est fixée par le Conseil Général pour le 31 octobre de chaque année.

Ci-dessous (*Tableau 15*) est reprise la liste des besoins médicaux dans le domaine du cancer non rencontrés de 2016 établie par le Conseil Général, se basant sur les avis de la CAIT et du Collège des Médecins Directeurs. Prochainement, des décisions de remboursement de médicaments vont être prises en tenant compte explicitement des opinions et préférences des citoyens et des patients. (KCE reports 272A).

**Tableau 15** — *Liste des besoins médicaux dans le domaine du cancer*

<b>Liste UMN 2016*</b>	
Recidiverend glioblastoom	Glioblastome récurrent
Pancreaskanker BRCA+	Cancer du pancréas BRCA+
Mesothelioom (2L)	Mésothéliome (L2)
Acute lymfoblastische leukemie (ALL)	Leucémie lymphoblastique aiguë (ALL)
Metastatic uveal melanoma	Mélanome uvéal métastatique
Acute myeloïde leukemie (AML) FLT3 positieve	Leucémie myéloïde aiguë (AML) FLT3 +
Gemetastaseerd niet kleincellig longkanker T790m+	Cancer du poumon non à petites cellules métastasé T790m+
Recidiverend en/of gemetastaseerd plaveiselcelkankers van het hoofd-halsgebied (SCCHN)	Carcinome à cellules squameuses de la tête et du cou récurrent et/ou métastatique (SCCHN)
Gemetastaseerd gevorderd maagkanker HER2 positief (2L en +)	Cancer gastrique métastasé et avancé HER2 + (L2 et)
Niet kleincellig longkanker ALK + met progressie na crizonitib	Cancer du poumon non à petites cellules ALK + ayant progressé après crizonitib
Gemetastaseerd borstkanker ER+/HER2-	Cancer du sein métastatique ER+/HER2-
Niet kleincellig longkanker PD-L1+ (3L)	Cancer du poumon non à petites cellules PD-L1+ (L3)
Gemetastaseerd borstkanker BRCA+	Cancer du sein métastatique BRCA+
Recidiverende of refractaire Chronische Lymfatische Leukemie met 17p deletiemutatie (17p del R/R CLL)	Leucémie Lymphatique Chronique récidivante ou réfractaire avec mutation délétion 17p (17p del R/R CLL)
Niet kleincellig longkanker KRASm+	Cancer du poumon non à petites cellules KRASm+
Niet kleincellig longkanker (L2)	Cancer du poumon non à petites cellules (L2)
Non-Hodgkin lymfoom (1L)	Lymphome non hodgkinien (L1)

## ACTION 16 : SOUTENIR LA RADIOTHÉRAPIE ET L'IMAGERIE ONCOLOGIQUE

1	Contrôle de qualité de l'ensemble des appareillages
2	Nouvelle programmation si cela s'avère opportun
3	Financement au sein du Budget des Moyens financiers (BMF) des hôpitaux

Dans le cadre de l'Action 16, le SPF Santé publique a pris différentes initiatives en vue d'améliorer la qualité de la radiothérapie et de l'imagerie oncologique en Belgique. Il ressort de l'analyse des rapports d'activité (rapport SPF SPSCAE) que près de la moitié des projets participants (12 sur 25) avait déjà un système de gestion de la qualité (SGQ) dans le **service de radiothérapie** avant le début du financement par le Plan Cancer. La plupart de ceux chez qui ce n'était pas encore le cas ont mis en place un SGQ dès la 1<sup>re</sup> année de financement. Les hôpitaux qui disposaient déjà d'un SGQ avant d'être financés par le Plan Cancer (n= 12) indiquent dans leur rapport annuel que les moyens du Plan Cancer ont débouché sur une politique en matière de qualité plus dynamique, étendue et structurée. On a fréquemment œuvré à l'actualisation/l'introduction de procédures et à l'établissement de nouvelles structures de coordination et/ou de concertation (voir *Tableau ci-dessous*). L'engagement d'un responsable de la qualité a également été considéré comme une plus-value par plus de la moitié des hôpitaux. Les établissements ne disposant pas d'un SGQ avant le début du financement par le Plan Cancer ont tous (à une exception près) mis en place un SGQ. Cela s'est accompagné dans tous les hôpitaux par l'introduction/l'actualisation/l'harmonisation des procédures. D'autres changements importants dans ces hôpitaux ont consisté en la création de structures de coordination et/ou de concertation, la mise en œuvre d'un système de gestion des documents et la mise en place d'un système d'enregistrement des (quasi-) incidents. Dans une moindre mesure, ils mentionnent également l'établissement d'indicateurs (de qualité) / d'une analyse des risques, l'engagement du responsable de la qualité et l'adaptation du dossier du patient.

La plupart des hôpitaux indiquent que depuis le financement par le Plan Cancer, ils ont étendu ou amélioré leur système d'enregistrement des incidents ou des quasi incidents, ou en ont introduit un s'il n'en existait pas encore. L'utilisation de Prisma-RT est également un changement fréquemment rapporté (16/25 des hôpitaux le citent dans leur rapport annuel). Ce projet a pour but d'enregistrer les incidents de manière uniforme dans une base de données nationale centrale. Les véritables causes des incidents peuvent ainsi être mieux analysées. Le projet Prisma-RT (<http://www.prisma-rt.be/>) est financé par le Plan Cancer depuis 2010. Les 25 services de radiothérapie de Belgique font à présent tous partie du réseau.

Dans les hôpitaux participants, des audits aussi bien internes qu'externes ont été réalisés. Le Collège des médecins a effectué systématiquement 5 audits externes par an à partir de 2011. Ces audits ne sont toutefois pas les seuls audits externes réalisés. Le Plan Cancer a financé les projets BeldART (1 & 2), qui ont fait effectuer quatre audits de dosimétrie. En outre, d'autres audits externes ont encore été réalisés dans 9 hôpitaux, par 9 instances différentes au total, dont 7 ont délivré des certificats. Il s'agit tant d'audits de dosimétrie et de mécanique que d'audits (souvent à l'échelle de l'hôpital) de la qualité des soins/la gestion de la qualité/la sécurité des patients. Il ressort des rapports annuels de 2014 que la majorité des hôpitaux donne suite aux résultats des audits internes et externes, bien que la description de ce qu'ils font exactement reste souvent assez générale.

Lievens et al. (2015) ont publié dans le cadre du projet HERO (Health Economics in Radiation Oncology) que la Belgique, tout comme le Danemark et la Norvège, dispose du plus grand nombre d'appareillages de radiothérapie mégavolt par million d'habitants. En revanche, il y a relativement moins de personnel présent par appareil. En termes de séances de radiothérapie, la Belgique se situe juste au-dessous de la moyenne pour l'utilisation de l'appareillage (B = < 400 séances/appareillage ; médiane 438, intervalle 262-1061), le nombre de séances par radiothérapeute par année (B = 225 séances par radiothérapeute ; médiane 208,9,

intervalle 99,9-348,8), par physicien clinique (B = 200 séances/physicien clinique, médiane 303,3 intervalle 85-757,7) et par manipulateur en radiothérapie (B = 70 séances/an/manipulateur en radiothérapie ; médiane 76,8, intervalle 25,7-156,8). En plus de ces données, il est important de savoir si l'indication de la radiothérapie est bien optimale. Borras et al. (2015) se sont penchés sur cette question et ont élaboré un modèle à l'aide des données de pays européens. Ce modèle offre la possibilité de calculer combien de patients auraient dû subir une radiothérapie si celle-ci avait été utilisée de façon optimale, et ensuite également le nombre d'appareillages mégavolt nécessaires pour permettre ces traitements.

Dans le cadre de l'utilisation de **l'imagerie médicale**, la campagne de sensibilisation active a été poursuivie. Elle a pour objectif de sensibiliser tant les professionnels que les patients au fait que les images médicales ne sont pas des « photos de vacances », étant donné qu'elles peuvent également avoir des effets néfastes. Un site web ([www.pasderayonssansraisons.be](http://www.pasderayonssansraisons.be)) donne des explications aux visiteurs sur l'importance du bon usage et des risques de l'imagerie médicale. Des études ont en effet montré que l'utilisation de ces appareils en Belgique est très élevée par rapport au reste de l'Europe. C'est pour cette raison que la BELMIP (Belgium Medical Imaging Platform) a été créée en 2010. Au sein de cette plateforme, le SPF Santé publique, l'INAMI, l'AFCN et le secteur collaborent à différentes initiatives en matière de qualité.

Outre la campagne de sensibilisation mentionnée ci-dessus, des directives concernant les appareils médicaux ont également été élaborées en 2010 ([www.health.belgium.be/richtlijnen-medische-beedvorming](http://www.health.belgium.be/richtlijnen-medische-beedvorming)). Leur utilisation est encouragée par l'ASBL « Focus on Medical Imaging ». Cette ASBL publie périodiquement les brochures homonymes dans lesquelles elle fait la promotion du bon usage de l'imagerie médicale. BELMIP œuvre également pour le moment à un système de qualité standardisé pour la radiologie sur la base des critères de qualité de l'IAEA (International Atomic Energy Agency).

## **ACTION 17 : SOUTIEN STRUCTUREL AUX BANQUES ET AUX UNITÉS DE THÉRAPIE CELLULAIRE POUR LES CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES ET DE SANG DE CORDON**

### **1. Soutien structurel de base aux banques de cellules souches hématopoïétiques et de sang de cordon**

Il ressort des chiffres du Registre du Cancer qu'il y a une hausse nette de l'incidence des maladies onco-hématologiques, dont le nombre de cas a augmenté de 4 % en moyenne entre 2004 et 2011 (Mores et al., 2014). Une transplantation de cellules souches peut sauver la vie des patients atteints d'un cancer hématologique (leucémie et lymphomes). Il est crucial en l'espèce de trouver un donneur approprié.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, les hôpitaux disposant d'une banque de cellules souches hématopoïétiques bénéficient d'un financement structurel. Un financement supplémentaire est également octroyé aux banques de sang de cordon. Ce financement doit couvrir les frais de fonctionnement des banques, tant la coordination de la qualité pour la conservation optimale du matériel que les coûts liés à la préparation et au stockage des échantillons.

Un groupe de travail thématique a été réuni sous la direction du Centre du Cancer (WIV-ISP) en vue d'évaluer la politique des autorités belges en matière de don et de gestion des cellules souches. Au sein de celui-ci, des propositions ont été élaborées au niveau du registre des cellules souches et du recrutement des donneurs, à l'égard des activités des banques de sang de cordon, ainsi que des propositions de réforme pour une amélioration du financement. Ces propositions ont été reprises par les pouvoirs publics en 2015.

Par rapport aux pays voisins, la Belgique possède de nombreuses banques de cellules souches et de sang de cordon. C'est pourquoi une stratégie est élaborée en ce moment, qui devrait déboucher sur une synergie et une concentration plus grande, afin de garantir l'efficacité et la qualité, et d'améliorer encore celles-ci à terme.

## ACTION 27 : CRÉATION D'UNE TUMOROTHÈQUE

### 1. Financement de tumorothèques

Les hôpitaux universitaires ou assimilés qui disposent d'une tumorothèque avec une gestion centralisée bénéficient d'un financement structurel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Celui-ci reste inchangé.

L'Action 27 a pour objectif de faciliter la recherche translationnelle en oncologie par la mise sur pied d'une tumorothèque virtuelle, dont le Registre du Cancer a été chargé en 2008. L'initiative s'est développée en une collaboration interuniversitaire. Depuis son lancement, onze institutions dont tous les hôpitaux universitaires collaborent à celle-ci (voir Figure 11).

Les tumorothèques communiquent leurs données au Registre du Cancer à intervalles réguliers par l'intermédiaire d'un module d'enregistrement sur le web. Le Registre du Cancer est responsable du stockage, du contrôle de la qualité et de la validation de ces données centralisées, publiées dans le catalogue en ligne. Les chercheurs consultent ce catalogue pour retrouver des informations sur les échantillons à des fins scientifiques. Fin 2015, ce catalogue comprenait déjà plus de 42 000 échantillons de tumeurs.

À intervalles réguliers, le comité de pilotage de la « Belgian Virtual Tumor Bank (BVT) » se réunit pour examiner l'état d'avancement du projet et débattre de (nouvelles) activités. Entre 2013 et 2015, l'accent a été mis sur la qualité des données dans la base de données centrale et la mise en place de procédures standards à cet égard. Le module d'enregistrement a été adapté en profondeur à cet effet.

Pour l'instant, des initiatives sont prises en vue de favoriser la visibilité de la BVT et l'échange interuniversitaire d'échantillons. Pour plus d'informations, consultez : [www.virtualtumourbank.be](http://www.virtualtumourbank.be).

**Figure 11** — Partenariat avec la tumorothèque virtuelle



## ACTION 18 : AMÉLIORATION DU REMBOURSEMENT DE CERTAINS COÛTS ANNEXES AUX TRAITEMENTS ANTI-CANCÉREUX

1.	Pour les patients laryngectomisés
2.	Pour les personnes qui, à la suite de traitements anticancéreux, perdent leurs cheveux (alopécie)
3.	Pour les personnes devant subir l'ablation d'un sein (mastectomie)

### AMÉLIORATION DU REMBOURSEMENT POUR LES PATIENTS LARYNGECTOMISÉS (A18M1)

La marge de délivrance de l'implant phonatoire est remboursée depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009. Vu la fréquence du remplacement de l'implant phonatoire (2 à 3 fois par an) et du kit d'entretien de la laryngectomie (4 à 5 fois par an), et vu l'importance de la marge de délivrance, cette dernière est prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé. Nous examinons ci-après le nombre de marges de délivrance remboursées par catégorie d'âge, par sexe et par région.

#### 1. Nombre de marges de délivrance remboursées : total par catégorie d'âge

Il ressort du *Tableau 16* que le nombre total de marges de délivrances a augmenté de 2009 à 2013, année pour laquelle 1 788 marges de délivrance ont été remboursées. Le nombre a ensuite baissé jusqu'à 1 292 remboursements en 2014. Peu de patients de moins de 40 ans ont reçu un remboursement à cet effet. Le plus grand nombre de remboursements est effectué pour des patients de 60 à 79 ans.

L'ablation du larynx est pratiquée chez des patients atteints du cancer du larynx. Les données du Registre du Cancer montrent en effet que l'incidence de cette forme de cancer a baissé entre 2004 et 2013 chez les hommes. La baisse du nombre de laryngectomies résulte vraisemblablement de la combinaison d'une baisse de l'incidence et de l'utilisation de la lasérothérapie pour le traitement du cancer du larynx.

L'incidence chez les femmes reste à peu près stable au fil des années, mais elle est généralement six fois inférieure à celle observée chez les hommes. La répartition par âge constatée correspond à l'âge moyen auquel le cancer du larynx est diagnostiqué : chez l'homme, cela a lieu entre 50 et 70 ans, tandis que chez la femme, c'est souvent 5 à 10 ans plus tôt.

**Tableau 16** — Nombre de marges de délivrance remboursées par an pour les prothèses phonatoires (2009\* : à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009) : par tranche d'âge

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
< 20 ans	0	2	1	0	0	0
20-39 ans	0	0	1	0	6	6
40-59 ans	81	252	278	340	398	315
60-79 ans	153	658	842	1 066	1 271	888
≥ 80 ans	8	88	79	114	113	83
<b>TOTAL</b>	<b>242*</b>	<b>1 000</b>	<b>1 201</b>	<b>1 520</b>	<b>1 788</b>	<b>1 292</b>

#### 2. Nombre de marges de délivrance remboursées : hommes vs femmes

La plupart des marges de délivrance pour les prothèses phonatoires sont remboursées à des hommes, avec un pic des remboursements en 2012, après quoi la baisse mentionnée ci-dessus intervient (voir *Tableau 17*). Le rapport homme/femme varie avec le temps (11,1 en 2009 ; 10,9 en 2010 ; 7,1 en 2011 ; 5,4 en 2012 ; 9,2 en 2013 et 5,8 en 2014).

**Tableau 17** — Nombre de marges de délivrance remboursées par an pour les prothèses phonatoires (2009\* à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009) : femmes vs hommes

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Femmes</b>	20	84	148	236	165	191
<b>Hommes</b>	222	916	1 053	1 284	1 523	1 101
<b>TOTAL</b>	<b>242*</b>	<b>1 000</b>	<b>1 201</b>	<b>1 520</b>	<b>1 788</b>	<b>1 292</b>

### 3. Nombre de marges de délivrance remboursées : par région

Le nombre de remboursements par région est présenté au *Tableau 18*. Ce qui frappe, c'est que le nombre est beaucoup plus élevé à Bruxelles par rapport à la Wallonie jusqu'en 2012, bien que la population de la Région bruxelloise soit moindre. À partir de 2013, un plus grand nombre de remboursements est effectué en Wallonie par rapport à Bruxelles.

**Tableau 18** — Nombre de marges de délivrance remboursées par an pour les prothèses phonatoires (2009\* à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2009) : par région

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Bruxelles</b>	82	281	319	403	383	307
<b>Flandre</b>	110	458	581	747	891	521
<b>Wallonie</b>	50	258	297	368	513	463
<b>Étranger ou inconnu</b>	0	3	4	2	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>242*</b>	<b>1 000</b>	<b>1 201</b>	<b>1 520</b>	<b>1 788</b>	<b>1 292</b>

## AMÉLIORATION DU REMBOURSEMENT POUR LES PERSONNES QUI, À LA SUITE DE TRAITEMENTS ANTICANCÉREUX, PERDENT LEURS CHEVEUX (A18M2)

Une revalorisation des interventions forfaitaires pour les prothèses capillaires des personnes qui perdent leurs cheveux à la suite d'un traitement anticancéreux est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2009 (AR du 19 décembre 2008).

### 1. Nombre de prothèses capillaires remboursées : total et par catégorie d'âge

**Tableau 19** — Nombre de prothèses capillaires remboursées en cas de calvitie résultant d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie : par âge

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>&lt; 20 ans</b>	37	28	35	41	46	39
<b>20-39 ans</b>	420	430	441	381	425	385
<b>40-59 ans</b>	2 818	2 696	2 825	2 751	2 745	2 585
<b>60-79 ans</b>	3 323	3 412	3 612	3 528	3 615	3 610
<b>≥ 80 ans</b>	259	266	302	334	305	349
<b>TOTAL</b>	<b>6 857</b>	<b>6 832</b>	<b>7 215</b>	<b>7 035</b>	<b>7 136</b>	<b>6 968</b>

Le nombre total de prothèses capillaires remboursées est relativement stable entre 2009 et 2014 (voir *Tableau 19*). Ces remboursements sont le plus souvent octroyés à des patients de 40 à 79 ans.

## 2. Nombre de prothèses capillaires remboursées : hommes vs femmes

**Tableau 20** — Nombre de prothèses capillaires remboursées en cas de calvitie résultant d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie : hommes vs femmes

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Femmes</b>	6 702	6 685	7 102	6 889	7 003	6 853
<b>Hommes</b>	155	147	113	146	133	115
<b>TOTAL</b>	<b>6 857</b>	<b>6 832</b>	<b>7 215</b>	<b>7 035</b>	<b>7 136</b>	<b>6 968</b>

Le nombre total de prothèses capillaires remboursées est environ 50 fois plus élevé chez les femmes (voir *Tableau 20*). Il n'y a en réalité que très peu d'hommes qui en font usage.

## 3. Nombre de prothèses capillaires remboursées : par région

Il ressort du *Tableau 21* que les différences de nombres de remboursements entre les régions restent stables entre 2009 et 2014, tout comme c'était le cas pour les nombres totaux. Par rapport à la population, les remboursements sont en revanche plus fréquents en Flandre qu'en Wallonie (proportion du remboursement = 2 vs proportion de la population = 1,78). Tant les patients flamands que wallons bénéficient également relativement beaucoup plus fréquemment de ce remboursement par rapport à Bruxelles (proportion de remboursement Fl/Br = 9,5 vs proportion de la population Fl/Br = 5,63 ; proportion du remboursement Wall/Br = 4,7 vs proportion de la population Wall/Br = 3,15) (chiffres de la population : SPF Économie).

**Tableau 21** — Nombre de prothèses capillaires remboursées en cas de calvitie résultant d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie : par région

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Bruxelles</b>	456	440	490	488	436	454
<b>Flandre</b>	4 286	4 252	4 437	4 397	4 517	4 285
<b>Wallonie</b>	2 109	2 133	2 274	2 138	2 170	2 212
<b>Étranger ou inconnu</b>	6	7	14	12	13	17
<b>TOTAL</b>	<b>6 857</b>	<b>6 832</b>	<b>7 215</b>	<b>7 035</b>	<b>7 136</b>	<b>6 968</b>

## AMÉLIORATION DU REMBOURSEMENT POUR LES PERSONNES DEVANT SUBIR L'ABLATION D'UN SEIN (MASTECTOMIE) (A18M3)

Le remboursement des reconstructions mammaires, y compris celui des toutes dernières techniques, a été revalorisé depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2008. Deux mesures complémentaires sont en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 : 1) intervention de l'assurance pour les prothèses mammaires externes en cas d'agénésie unilatérale et 2) intervention de l'assurance pour deux prothèses mammaires externes après l'amputation du second sein. En 2016, la Commission nationale médico-mutualiste (médico-mut) espère parvenir à un accord prévoyant un meilleur remboursement de la reconstruction mammaire par tissu autologue après une mastectomie consécutive à un cancer ou à titre de prévention d'un cancer.

## **ACTION 30 : UTILISATION DE L'HADRONTHÉRAPIE EN BELGIQUE**

1. Étude de faisabilité sur la création d'un centre d'hadronthérapie en Belgique
2. Renforcer le remboursement des soins et frais de déplacement aux patients cancéreux nécessitant le recours à l'hadronthérapie

### **ÉTUDE DE FAISABILITÉ SUR LA CRÉATION D'UN CENTRE D'HADRONTHÉRAPIE EN BELGIQUE (A30M1)**

Dans ce contexte, la Fondation « Belgian Hadrontherapy Center Project » (BHTC) a élaboré une proposition d'étude ayant pour objectif d'analyser la faisabilité d'un tel projet en Belgique. Le SPF Santé publique en a examiné les conditions et a approuvé le lancement du projet dès juillet 2011. Un rapport intermédiaire a été discuté lors de la réunion du comité d'accompagnement organisée le 23 octobre 2012. En mai 2013, un rapport définitif a été présenté. Un certain nombre de risques ont été formulés, de même que les limitations qui ne permettent pas de tirer de conclusions définitives en matière de faisabilité et de rentabilité.

En octobre 2015, la KU Leuven et l'UCL ont annoncé qu'elles investissaient dans un tout nouveau centre de recherche et de traitement par protonthérapie. Elles sont soutenues dans cette entreprise par l'UZ Gent et ont conclu un accord de coopération avec un partenaire industriel. Des chercheurs et des experts du secteur de l'industrie collaboreront dans le nouveau centre au perfectionnement des traitements par protons et ions carbone. Le but est que d'autres hôpitaux universitaires et non universitaires puissent également adhérer à ce projet.

Des spécialistes tant de l'Hôpital universitaire Saint-Luc que de l'UZ Leuven sont responsables du fonctionnement du centre de protonthérapie. Le centre est hébergé sur le campus Gasthuisberg de l'UZ Leuven. Avec plus de 5 000 nouveaux patients par an, c'est le plus grand centre de cancérologie de Belgique et un centre de référence au niveau international, tout comme le « Centre du Cancer » de Saint-Luc, situé dans la partie francophone du pays (UZ Leuven, 2016).

### **RENFORCER LE REMBOURSEMENT DES SOINS ET FRAIS DE DÉPLACEMENT AUX PATIENTS CANCÉREUX NÉCESSITANT LE RECOURS À L'HADRONTHÉRAPIE (A30M2)**

Dans notre pays, il n'existe aucun centre d'hadronthérapie pour le moment. Les patients pour lesquels ce traitement est indiqué peuvent être adressés à un centre étranger, comme le centre d'Orsay (France), le PSI (Suisse), les centres de Munich et d'Heidelberg (Allemagne) et le centre de Pavie (Italie). En 2007, le KCE a indiqué à l'INAMI qu'il existait des indications cliniques suffisamment démontrées pour prévoir un remboursement de l'hadronthérapie pour des indications cliniques bien déterminées. Une procédure standard intégrée dans un cadre légal serait la plus appropriée (étude KCE 67A, 2007).

L'arrêté royal du 18 juin 2013 définit un cadre légal pour une procédure standard de remboursement des traitements par hadronthérapie dans un centre spécialisé. Cet arrêté entrera en vigueur le 25 juillet 2013 et restera valable jusqu'au 30 septembre 2017 compris. Les conventions avec les centres référents resteront donc en vigueur jusqu'en septembre 2017. Par la suite, il sera peut-être nécessaire d'adapter la procédure, notamment par rapport à un ou plusieurs centres de protonthérapie prévus en Belgique, comme cela a été décrit ci-dessus. Pour l'irradiation par ions carbone, l'adressage à l'étranger restera sans doute nécessaire.

## **ACTION SUPPLÉMENTAIRE : INTERVENTION DANS LES FRAIS DE TRANSPORT DES PATIENTS CANCÉREUX**

1.	Simplification de la procédure pour l'intervention dans les frais de transport
2.	Modification des conditions d'intervention lors de l'hospitalisation de l'enfant atteint d'un cancer

En plus des frais médicaux, les patients cancéreux sont confrontés à une foule de frais non médicaux, tels que les frais de transport pour se rendre à l'hôpital et en revenir. Les patients peuvent bénéficier d'une intervention de la mutualité dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008, une procédure simplifiée permet le remboursement de la totalité ou d'une partie des frais de transport individuel pour l'aller-retour à l'endroit du traitement ou d'un contrôle par la suite. La distinction entre transport collectif et transport individuel a été supprimée, de même que la limite de distance. Les conditions de remboursement des frais de déplacement des parents ou tuteurs d'enfants mineurs hospitalisés ont également été modifiées depuis le 1<sup>er</sup> août 2008 (AR du 30 juin 2008 (Moniteur belge du 14 juillet 2008)). Pour demander ce remboursement, un formulaire doit être introduit auprès de la mutualité.

Dans la pratique, il n'est toutefois généralement pas possible pour les patients (atteints de cancer ou d'une autre maladie chronique) de se rendre à l'hôpital avec leur propre moyen de transport et cela est également souvent déconseillé du point de vue médical. Si le patient prend tout de même cette initiative, l'assurance refusera son intervention en cas d'accident. Les transports publics ne sont guère utilisés par les patients. En général, ils font appel durant leur traitement à des aidants au sens large du terme ou à des services de transport. Les résultats non encore publiés d'une enquête de la Fondation contre le cancer identifient encore un certain nombre d'aspects susceptibles d'amélioration concernant cette mesure. En premier lieu, il existe un manque de cadre législatif en ce qui concerne les conditions des services de transport pour le transport non urgent de patients non couchés (notamment l'hygiène indispensable, la tarification, la qualité de la prestation et l'organisation pratique). Cela permettrait de remédier aux grandes différences qui existent entre les entreprises et au manque de clarté de l'offre pour les patients et les assistants sociaux accompagnants. En deuxième lieu, la procédure administrative aurait bien besoin d'être revue. En fonction de l'hôpital et parfois également de la mutualité, les formalités administratives doivent ou ne doivent pas être accomplies par le patient lui-même (le formulaire mentionné ci-dessus). En outre, les modalités de l'assurance complémentaire manquent souvent de clarté et il existe des différences régionales au sein d'une même mutualité. En troisième lieu, les frais de transport augmentent souvent rapidement. L'étude de la Fondation pourra fournir des indications à ce sujet. Conjointement avec les frais de traitement, ils constituent ainsi un risque de pauvreté consécutive au cancer et un seuil inéquitable pour bénéficier de soins vitaux (prépublication du rapport de la Fondation contre le cancer, 2016).

## — RÉFÉRENCES

Belgium Medical Imaging Platform. <http://health.belgium.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2divers/19103329.pdf>

Borras JM et al. (2015) The optimal utilization proportion of external beam radiotherapy in European countries : An ESTRO-HERO analysis. *Radiotherapy & Oncology*, 116 (1), 38–44.

Borras JM et al. (2015). The impact of cancer incidence and stage on optimal utilization of radiotherapy : Methodology of a population-based analysis by the ESTRO-HERO project. *Radiotherapy and Oncology*. 116 (1), 45–50.

Enquête du Collège d'oncologie (résultats non publiés).

SPF SPSCAE. Compilation des rapports scientifiques finaux des projets-pilotes cachexie financés par le Plan Cancer de 2011 à 2013.

SPF SPSCAE. Rapport sur l'Action 16 : Système de gestion de la qualité en radiothérapie. Résultats des rapports d'activités 2010-2013.

Fearon, Kenneth, et al. «Definition and classification of cancer cachexia : an international consensus.» *The Lancet Oncology* 12.5 (2011) : 489-495.

Gatta G, Van Der Zwan JM, Casali PG, Siesling S, Dei Tos AP, Kunkler I, et al. Rare cancers are not so rare : The rare cancer burden in Europe. *European Journal of Cancer*. 2011 ; 47(17) : 2493-511

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&table\\_name=wet&cn=2008121951](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2008121951)

Rapport KCE 67 (2007). Hadronthérapie. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/hadrontherapie#V2lLka8rN8>

Rapport KCE 200 (2013). Indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de l'œsophage et de l'estomac. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/kwaliteitsindicatoren-voor-de-aanpak-van-slokdarm-en-maagkanker#V1Z56eQ8rN8>

Rapport KCE219 (2014). Organisation des soins pour les adultes avec un cancer rare ou complexe. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/organisatie-van-de-zorg-voor-volwassenen-met-een-zeldzame-of-complexe-kanker#V1VmOeQ8rN8>

Rapport KCE239A (2015). 10 ans de concertations oncologiques multidisciplinaires : bilan et perspectives. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/10-ans-multidisciplinaire-oncologische-consulteren-balans-en-vooruitzichten#VvUpLeLhBD8>

Arrêté royal du 25 avril 2002 (Moniteur belge du 30 mai 2002) [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002042549&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002042549&table_name=wet)

Arrêté royal du 25 novembre 2002 (Moniteur belge du 13 décembre 2002) [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002112531&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002112531&table_name=wet)

Arrêté royal du 21 mars 2003 (Moniteur belge du 25 avril 2003) [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2003032133&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2003032133&table_name=wet)

Arrêté royal du 19 décembre 2008 (Moniteur belge du 31 décembre 2008)

Arrêté royal du 20 septembre 2009 (Moniteur belge du 6 octobre 2009) [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2009092015&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2009092015&table_name=wet)

Arrêté royal du 18 décembre 2009 (Moniteur belge du 28 janvier 2010)

Arrêté royal du 18 août 2010 (Moniteur belge du 24 septembre 2010) [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&table\\_name=wet&cn=2010081826](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2010081826)

Arrêté royal du 15 novembre 2010 (Moniteur belge du 30 décembre 2010) [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2010111514&table\\_name=wet](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2010111514&table_name=wet)

Arrêté royal du 30 août 2013 (Moniteur belge du 2 octobre 2013) [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&table\\_name=wet&cn=2013083049](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2013083049)

Arrêté royal du 2 avril 2014 (Moniteur belge du 18 avril 2014) [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/loi\\_a.pl](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl)

Thèse de master d'A. van Steirtegen : « De Organisatie van Oncologie in België, Anno 2013 » (L'organisation de l'oncologie en Belgique en 2013). Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, année académique 2013-2014.

Arrêté ministériel du 28 janvier 2009 (Moniteur belge du 18 février 2009) <http://www.fnbv.be/wp-content/uploads/downloads/2012/06/Criteria-BBT-Oncologie.pdf>

Lievens, Dunscombe, P., Defourny, N., Gasparotto, C., Borrás, J. M., & Grau, C. (2015). HERO (Health Economics in Radiation Oncology) : A Pan-European project on radiotherapy resources and needs. *Clinical Oncology*, 27(2), 115-124.

Mores et al. (2014). Thematic Working Group 3 Stem cell and umbilical cord blood donation and banking. WIV-ISP : Bruxelles.

Prisma-RT project. Website : <http://www.prisma-rt.be/>

Directives sur les appareillages médicaux. [www.health.belgium.be/richtlijnen-medische-beedvorming](http://www.health.belgium.be/richtlijnen-medische-beedvorming).

Sara Willems (2014). Présentation des résultats de l'étude QUALICOPC le 25 mars 2014 pour le « Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie – Conseil National de la Promotion de la qualité » (NRKP-CNPQ) (RIZIV-INAMI).

UZ Leuven (2016) <https://www.uzleuven.be/radiotherapie-oncologie/news/14/02/20/nieuw-centrum-voor-protontherapie-in-strijd-tegen-kanker>.

## **F. RÉHABILITATION**

Selon le registre du Cancer, le 31 décembre 2010, vivaient en Belgique 428 349 personnes ayant eu un cancer au cours des 20 années précédentes (BCR, 2015). La réinsertion de ces citoyens dans la société et dans leurs rôles de la vie quotidienne est un enjeu majeur. La réhabilitation après cancer est un domaine qui comporte 3 volets principaux : (1) la revalidation physiologique & psychologique ; (2) la réinsertion sociale et (3) la réinsertion professionnelle.

### **— LA REVALIDATION PHYSIQUE ET PSYCHOLOGIQUE**

Les effets secondaires à court, moyen et long terme liés au cancer et à son traitement peuvent être particulièrement lourds et invalidants. La littérature scientifique démontre que leur détection, évaluation et prise en charge précoce permet une meilleure gestion et contrôle de ces symptômes. Cette prise en charge passe par la mise en place de programmes personnalisés de revalidation physiologique et de soutien psychosocial et professionnel. Actuellement l'offre dans notre pays existe, mais n'est ni systématique, ni organisée, ni équitable. Un plan de suivi à long terme est donc à prévoir.

### **— LA RÉINSERTION SOCIALE**

Le maintien de la qualité de vie des patients atteints de cancer passe par leur maintien, ou réinsertion, dans leurs activités quotidiennes. L'éducation, les tâches ménagères, la sexualité et la reproduction, le sport, les activités culturelles, etc. sont essentielles, surtout pour les patients les plus vulnérables, tels que les enfants, les personnes âgées et les invalides. Cela comprend un suivi scolaire adapté et un accès aux assurances et aux prêts hypothécaires. Il est nécessaire de rapidement identifier les barrières à la réinsertion sociale et proposer des moyens de les surmonter.

### **— LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE**

L'arrêt des activités professionnelles, à court, moyen ou long terme représente un important fardeau social et économique pour les patients, leur famille et le système de sécurité sociale. Le maintien ou le retour à l'emploi des patients-travailleurs doit être assuré/facilité/mieux organisé afin d'éviter leur exclusion du marché du travail et assurer la viabilité de notre système de sécurité sociale.

Deux études menées par le Centre du Cancer ont permis de quantifier (de manière préliminaire) le retour au travail après cancer.

1. L'étude longitudinale de cohorte (2006-2011) menée au travers de l'échantillon permanent (EPS) a montré que 5 ans après le diagnostic, environ 50% des patients retrouvent le chemin du travail (27 % sont décédés, 13% en incapacité ou invalidité et 10% au chômage).
2. Une analyse des données des travailleurs invalides suite à un cancer, montre qu'après 7 ans (2007-2013), 35% sont capables de travailler, 32% sont décédés, 31% restent invalides et 2% sont pensionnées.

Un couplage des données du Registre du Cancer et de la Banque Carrefour permettra au Centre du Cancer d'affiner ces résultats et identifier le parcours de ces patients (via leur position socio-économique). La présentation et la discussion de ces résultats avec les autorités compétentes permettra de prendre des décisions stratégiques.

## ACTION 19 : DÉVELOPPER LA REVALIDATION FONCTIONNELLE DU PATIENT CANCÉREUX

1. Mener des projets pilotes visant à déterminer le type de programme de soins multidisciplinaires de révalidation nécessaires à la réintégration sociale des patients guéris ou en période de rémission

Depuis septembre 2013, 15 hôpitaux belges exécutent un projet de recherche «*Amélioration de la qualité de vie et réintégration des femmes atteintes d'un cancer du sein, suivant un traitement adjuvant, par l'entraînement physique et l'encadrement du mode de vie*». L'hôpital Universitaire de Gand coordonne ce projet financé par l'INAMI.

L'intervention a inclus un programme de révalidation d'une durée de 12 semaines organisé au sein des centres participants et se composant d'entraînement physique (48 heures) et de séances psychoéducatives (24 heures). Un maximum de 15 patients participait par cycle de révalidation au programme. Le groupe témoin ne suivait pas de programme de révalidation oncologique.

Au total, 1 341 patients ont été inclus dans les analyses, dont 477 dans le groupe témoin et 864 dans le groupe d'intervention. Le score du groupe d'intervention a été plus mauvais que celui du groupe témoin au T1 pour 13 des 15 sous-échelles/items. Le score du groupe d'intervention a également été significativement plus mauvais par rapport au groupe témoin au T1 pour la fatigue (FACIT-Fatigue), les sous-échelles anxiété (HADS) et dépression (HADS), ainsi que l'anxiété situationnelle (STAI) et le trait d'anxiété (STAI).

Le pic absolu et relatif d'absorption d'oxygène (plus bas dans le groupe d'intervention), le pic absolu et relatif de charge (plus bas dans le groupe d'intervention) et la charge subjective indiquée (à 40 et à 60 watts) mesurée durant une épreuve d'effort progressif ont été significativement plus mauvais dans le groupe d'intervention. Le score du groupe d'intervention a également été plus mauvais pour la charge subjective indiquée durant le test de marche de six minutes, le pourcentage de graisses, l'agilité et la force de préhension.

Après 3 mois de révalidation oncologique (T2), on constate un rattrapage (amélioration) important pour 12 des 15 sous-échelles/items de la qualité de vie liée à la santé du groupe d'intervention par rapport au groupe témoin (pas de révalidation oncologique). Un rattrapage est également constaté par rapport au groupe témoin pour la fatigue (FACIT-Fatigue), les sous-échelles anxiété (HADS) et dépression (HADS), de même que pour l'anxiété situationnelle (STAI) et le trait d'anxiété (STAI). Après 12 semaines d'entraînement physique, on constate une amélioration de quasiment tous les paramètres physiques dans le groupe d'intervention.

Dans le groupe témoin, on constate une évolution positive, toutefois moindre entre T1 et T2, pour 9 des 15 sous-échelles/items de la qualité de vie liée à la santé, fatigue (FACIT-Fatigue) et anxiété situationnelle (STAI). Dans le groupe témoin, on ne constate qu'une augmentation du pic relatif d'absorption d'oxygène et de la distance de marche de six minutes après 12 semaines.

En dépit de l'évolution positive entre T1 et T2, le score du groupe d'intervention par rapport au groupe témoin après trois mois (à T2) est toujours plus faible pour 10 des 15 sous-échelles/items de la qualité de vie liée à la santé, fatigue (FACIT-Fatigue), anxiété (HADS), dépression (HADS), anxiété situationnelle (STAI) et trait d'anxiété (STAI). Après 12 semaines d'entraînement physique, le score du groupe d'intervention est significativement meilleur par rapport au groupe témoin pour le pic absolu et relatif d'absorption d'oxygène, le pic absolu et relatif de charge et la distance de marche de six minutes. Pour le test de force de préhension à droite, le score du groupe d'intervention était toujours plus mauvais par rapport au groupe témoin.

Dans le groupe d'intervention, on ne constate plus d'autres modifications entre T2 et T3, à l'exception de 1 sous-échelle/item de la qualité de vie liée à la santé. Dans le groupe témoin, on n'observe plus non plus de modification entre T2 et T3, à l'exception de 1 sous-échelle/item de la qualité de vie liée à la santé et d'une légère baisse du trait d'anxiété (STAI). À T3, les groupes d'intervention et témoin diffèrent encore toujours entre eux pour 11 des 15 sous-échelles/items de la qualité de vie liée à la santé, fatigue (FACIT-Fatigue), anxiété (HADS), dépression (HADS), anxiété situationnelle (STAI) et trait d'anxiété (STAI). Le projet a été terminé en 2016.

## **ACTION 20 : FIXER LES CONDITIONS DE RECONNAISSANCE D'UN HANDICAP CONSÉCUTIF AU TRAITEMENT DU CANCER**

1. Procédure de traitement accélérée des demandes d'allocation aux personnes moins valides

La demande de reconnaissance d'un handicap ne fait aucune distinction en fonction du type de pathologie créant (ou ayant créé) le handicap. Dans le futur, afin de mesurer l'impact du cancer sur les limitations physiques (et donc l'exclusion sociale et professionnelle), le Centre du Cancer devra investiguer les limitations physiques de manière plus précise et en extraire ceux liés à un cancer.

Selon les résultats de l'enquête de santé 2013 (Van der Heyden & Charafeddine, 2014) : « plus d'une personne sur quatre âgée de 15 ans et plus indique souffrir d'une maladie chronique, définie dans l'enquête de santé comme une maladie de longue durée, une affection de longue durée ou un handicap ».

Selon les chiffres du SPF Sécurité sociale, DG Personnes handicapées :

- en 2014, 115 574 dossiers de demande d'évaluation ont été traités dans un délai moyen de 3 mois et de 5 mois pour le traitement des allocations (au total, une moyenne de 8 mois) ;
- depuis 2008, le nombre de demandes est passé de 113 253 à 144 392 (en 2014) ;
- en 2014, 170 687 personnes en Belgique bénéficiaient d'une allocation de remplacement de revenus. Parmi eux 141 597 ont ≤ 64 ans (83 %), 70 888 (50 %) sont des hommes et 70 709 (50 %) sont des femmes.

## **ACTION 26 : ACTIONS À MENER EN CONCERTATION AVEC LES MINISTRES COMPÉTENTS AU NIVEAU FÉDÉRAL**

1. Améliorer la conciliation vie professionnelle / cancer pour le patient
2. Améliorer la conciliation vie professionnelle / cancer pour les parents
3. Procédure de déductibilité fiscale des dons facilitée et adaptée

### **AMÉLIORER LA CONCILIATION VIE PROFESSIONNELLE / CANCER POUR LE PATIENT (A26M1)**

La réinsertion professionnelle après cancer dépasse le cadre des prérogatives des autorités de santé et de sécurité sociale. Les partenaires sociaux, les autorités compétentes pour l'emploi (régionales et fédérales) doivent se concerter afin d'arriver à des mesures facilitant la réinsertion professionnelle après cancer (ou après une absence de longue durée, quelle que soit la pathologie en question).

Le Centre du Cancer a mis en place un groupe de travail qui oeuvre dans ce sens depuis novembre 2015. La mise en place d'une étude pilote concernant « *Évaluation des capacités et communication* » est en cours et devrait démarrer au premier trimestre 2017.

## AMÉLIORER LA CONCILIATION VIE PROFESSIONNELLE / CANCER POUR LES PARENTS (A26M2)

---

Nous ne pouvons pas, pour l'instant, savoir exactement le nombre de parents ayant bénéficié de ces mesures (rallongement de la durée de congé, remplacement par un autre entrepreneur indépendant), spécifiquement afin de prendre soin de leur enfant atteint d'un cancer.

Toutefois, de manière générale, en Belgique en 2015, 28 801<sup>5</sup> travailleurs salariés ont bénéficié de ces mesures :

- ils avaient entre 19 et 66 ans (en moyenne 47 ans) ;
- la durée a varié de 1 à 48 mois (en moyenne 13 mois) ;
- 41 % ont demandé un mi-temps, 36 % un 4/5 et 23 % une réduction complète ;
- 70 % sont des femmes et 30 % des hommes ;
- 89 % en Région flamande, 9 % en Région wallonne et 2 % à Bruxelles ;
- 70 % sont des employés.

Le recours à cette mesure en Wallonie est moins important comparé à la Flandre, de plus amples investigations pour en comprendre les raisons seraient nécessaires.

## PROCÉDURE DE DÉDUCTIBILITÉ FISCALE DES DONS FACILITÉE ET ADAPTÉE (A26M3)

---

La procédure de déductibilité fiscale des dons a été facilitée et adaptée afin de permettre au monde associatif de mieux bénéficier de cette aide. Depuis le 1er janvier 2011, le montant minimal de déductibilité fiscale est passé de 30 à 40 euros sous l'effet de l'indexation.

---

5 Ces chiffres nous sont parvenus via l'ONEM.

## — RÉFÉRENCES

Belgian Cancer Registry (BCR) (2015). Cancer Burden in Belgium 2004-2013. Brussels. [http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR\\_publicatieCancerBurden2016\\_revisededition.compressed.pdf](http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR_publicatieCancerBurden2016_revisededition.compressed.pdf)

SPF Sécurité sociale (2016) : <https://handicap.fgov.be/sites/5030.fedimbo.belgium.be/files/explorer/fr/form-evaluation-handicap.pdf>

Van der Heyden J, Charafeddine R. (éd.) Enquête de santé 2013. Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats D/2014/2505/53 – référence interne : PHS Report 2014-031.

## G. SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs constituent un important aspect des soins oncologiques. C'est une approche qui permet d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille confrontés à des problèmes associés à l'affection (oncologique) engageant le pronostic vital, via la prévention et le soulagement de la douleur par une identification, une évaluation et un traitement précoces de la douleur et d'autres problèmes ayant un grand impact, tels que fatigue, nausée, anorexie, constipation, etc. Nous passons en revue ci-après les mesures prises pour améliorer l'offre de soins palliatifs pour les patients cancéreux en Belgique (Action 25), à savoir une étude des besoins en soins palliatifs, un renforcement de l'offre de soins dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins (MRS), au domicile du patient et dans les centres de soins palliatifs de jour.

### ACTION 25 : AMÉLIORER L'OFFRE DE SOINS PALLIATIFS POUR LES PATIENTS CANCÉREUX

1.	Étude des besoins en soins palliatifs
2.	Renforcement de l'encadrement pour les soins palliatifs en maisons de repos et en maisons de repos et de soins (MRS)
3.	Revalorisation du forfait de soins palliatifs à domicile
4.	Centres de jour en soins palliatifs

#### ÉTUDE DES BESOINS EN SOINS PALLIATIFS (A25M1)

Le KCE a publié, en octobre 2009, une étude concernant la situation des patients palliatifs en Belgique, en collaboration avec les fédérations de soins palliatifs et des équipes universitaires (rapport KCE 115, 2009). Le KCE souligne que le statut du patient palliatif devrait reposer sur ses besoins, plutôt que sur son pronostic vital.

Des représentants des trois fédérations belges de soins palliatifs, des organismes assureurs et de la commission Euthanasie siègent au sein de la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs. Cette Cellule d'évaluation est notamment chargée de formuler un avis approfondissant les recommandations de l'étude menée par le KCE. Celui-ci doit traiter des questions suivantes : la définition donnée au patient palliatif, la conformité de la définition avec la réglementation actuelle, la continuité et les soins palliatifs transmuraux, l'enregistrement des soins palliatifs et la programmation des lits Sp (spécialisés) pour les soins palliatifs. Il a été décidé d'inviter des représentants de plusieurs organes consultatifs et, suite au transfert de compétences, les représentants des administrations concernées, aux réunions de la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs.

La Cellule d'évaluation s'est fixé pour priorité de définir la notion de patient palliatif. En collaboration avec le SPF Santé publique, la Cellule fédérale d'évaluation a commandé une étude au Pr De Smedt M. (UCL) concernant la définition du patient palliatif. L'étude s'est basée sur un outil anglophone le « Supportive & Palliative Care Indicators Tool » (SPICT). Cet outil a été traduit et adapté à la situation belge, ce qui a permis de disposer d'un nouvel outil adapté : le Palliative Indicators Tool (PICT). Cet instrument, validé en décembre 2015, comporte une matrice qui permet de définir les soins palliatifs dont peut bénéficier le patient, en fonction de son lieu de résidence et de son statut palliatif (simple, majoré ou complet). L'outil a été largement testé dans différents contextes de soins, plus particulièrement les soins à domicile, l'hôpital et les maisons de repos.

Le rapport final de cette étude, qui comprenait une étude de faisabilité et une étude de prévalence, a été transmis à la ministre, accompagné d'un avis de la Cellule fédérale d'évaluation. Un avis avait été transmis préalablement en ce qui concerne la programmation des lits Sp pour les soins palliatifs. La ministre a communiqué cet avis de la Cellule fédérale accompagné de questions de politique complémentaires au Conseil national des établissements hospitaliers, qui émettra un avis à ce sujet pour la fin de 2016.

### RENFORCEMENT DE L'ENCADREMENT DU PERSONNEL POUR LES SOINS PALLIATIFS EN MAISONS DE REPOS ET EN MAISONS DE REPOS ET DE SOINS (MRS) (A25M2)

Cette mesure est entrée en vigueur le 1er juillet 2008. Depuis le 1er juillet 2014, toutes les compétences pour cette matière ont été transférées aux Régions et Communautés, suite au transfert de compétences prévu dans la sixième réforme de l'État (textes législatifs relatifs à la réforme de l'État : Moniteur belge du 22 août 2012 et du 31 janvier 2014).

### REVALORISATION DU FORFAIT DE SOINS PALLIATIFS À DOMICILE (A25M3)

La revalorisation du forfait de soins palliatifs permet une amélioration des soins à domicile pour les patients palliatifs, soulageant ainsi leur entourage, en particulier lorsque ces proches doivent reprendre leur activité professionnelle. Le forfait de soins palliatifs est une intervention, spécifique et liée à des conditions, dans les frais de médicaments, de soins et de dispositifs, nécessaires pour les soins à domicile des patients palliatifs. La revalorisation de 15 % du forfait de soins palliatifs est entrée en vigueur le 1er mars 2009. Le forfait est passé de 512,44 euros à 589,31 euros (Arrêté royal du 12 février 2009). Depuis 2015, ce forfait s'élève à 647,16 euros. Le *Tableau 1* présente le nombre de forfaits de soins palliatifs à domicile versés par an.

**Tableau 1** — *Nombre de forfaits de soins palliatifs versés, par an*

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Forfait de soins palliatifs</b>	19 752	20 464	20 728	21 072	22 638	22 639	22 640	22 641

### CENTRES DE JOUR EN SOINS PALLIATIFS (A25M4)

Les centres de soins de jour pour les personnes souffrant d'une maladie grave offrent un accueil et des soins de jour aux patients palliatifs. Ils permettent à certaines personnes atteintes d'une pathologie potentiellement mortelle de rester chez elles au lieu d'être admises à l'hôpital ou dans une maison de repos. Ces centres de soins palliatifs de jour présentent en outre l'avantage de permettre l'administration de traitements de courte durée, tels que les ponctions évacuatrices ou les nutriments parentéraux.

Cette matière a également été transférée aux régions et communautés en exécution de la sixième réforme de l'État. Celles-ci sont responsables, depuis le 1er janvier 2015, de la programmation, de l'agrément, de la réglementation et du financement de ces centres (textes législatifs relatifs à la réforme de l'État : Moniteur belge du 22 août 2012 et du 31 janvier 2014).

## — RÉFÉRENCES

Rapport KCE 115 (2009). Organisation des soins palliatifs en Belgique. <https://kce.fgov.be/nl/publication/report/organisatie-van-palliatieve-zorg-in-belgi%C3%AB#.V2ucO6l8rN8>

Arrêté royal du 12 février 2009 (Moniteur belge du 25 février 2009). [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&table\\_name=wet&cn=2009021234](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2009021234)

## H. RECHERCHE

La recherche sur les mécanismes sous-jacents au développement du cancer est cruciale pour le développement ultérieur et la découverte de moyens efficaces pour guérir le cancer ou, encore mieux, pour aider à le prévenir. Les évolutions récentes donnent de l'espoir pour l'avenir. Nous passons en revue ci-dessous les projets mis sur pied dans le cadre du Plan Cancer concernant l'accompagnement de sous-groupes spécifiques tels que les enfants et les adolescents, les membres de la famille et les patients gériatriques, ainsi que les initiatives prises pour stimuler la recherche translationnelle. Le projet relatif à l'introduction de la nouvelle technologie « Next-generation-sequencing » (NGS) est également abordé ici.

### **ACTION 21 : SOUTIEN AUX PARENTS D'ENFANTS AVEC UN CANCER**

### **ACTION 22 : ACCÈS À UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE OU À LA PARTICIPATION À DES GROUPES DE PAROLE OU D'ACTIVITÉS DE SOUTIEN**

- |    |  |
|----|--|
| 1. | Appel à projets de soutien et d'accompagnement des parents et des enfants  |
| 2. | Appel à projets de soutien psychologique ou d'accompagnement aux patients (adultes, adolescents ou enfants) et/ou aux familles de patients |

Afin de renforcer le soutien et l'accompagnement psychosocial des patients et de leurs proches face à la maladie, de leur offrir une meilleure qualité de vie et de faciliter la recherche psychosociale en oncologie, un appel à projets a été lancé le 12 juin 2008 conjointement pour les initiatives 21 et 22 du Plan Cancer. Dans le cadre de cette action, 49 projets de soutien psychosocial ont été financés entre 2009 et 2011. Après la première période, le Service public fédéral (SPF) Santé publique a lancé un second groupe de projets pour la période de 2012 à 2015. Cette initiative s'est concrétisée par la sélection de 65 projets axés sur trois volets. Les 25 projets du volet A étaient centrés sur « l'organisation de contacts entre les personnes qui traversent des épreuves similaires » ; les 23 projets du volet B visaient la mise en place d'« espaces d'accompagnement pour les enfants » et les 17 projets du volet C étaient axés sur des « approches innovantes du soutien psychosocial ». Ces projets sont terminés et les résultats ont été présentés dans des rapports finaux, publiés et disponibles sur le site web du SPF Santé publique (<http://www.health.belgium.be/fr/publications-et-recherches>). Ces rapports finaux communiquent les informations suivantes concernant les projets : présentation et analyse des projets (à l'aide d'une analyse des points forts, des points faibles, des opportunités et des menaces) ; les actions d'accompagnement ; les rapports d'activité ; l'évaluation des projets et les recommandations pour de futurs projets de l'équipe scientifique recrutée pour le suivi et l'accompagnement des projets.

L'évaluation des projets a été difficile et complexe, surtout en raison du caractère hétérogène des projets. Les équipes des projets ont notamment travaillé avec des approches très différentes, variables en fonction des objectifs (accueil, prévention, détection précoce, psychothérapie), du groupe cible (adultes, enfants ou parents/proches des patients) et du cadre d'intervention (groupes ouverts ou fermés). L'utilisation d'un même outil pour des projets aussi divergents n'a pas permis une évaluation adéquate des projets. Malgré la complexité de l'évaluation des projets, ceux-ci ont apporté des enseignements et des recommandations très importants. Des recommandations spécifiques ont été formulées dans les rapports finaux ; elles soulignent l'importance d'une meilleure collaboration entre les hôpitaux pour apporter une amélioration et une véritable innovation sur le plan du soutien psychosocial en oncologie, et pour élaborer de « bonnes pratiques ». Une même collaboration devrait également être stimulée entre les différents prestataires de soins qui exercent leurs activités en dehors de l'hôpital. Finalement, ces recommandations devront permettre de propager l'expertise en Belgique, de valoriser les résultats des projets et de permettre ainsi un meilleur accompagnement des patients cancéreux et de leurs proches.

Sur le plan de la valorisation, les connaissances et les idées issues des projets devraient être intégrées dans la formation scientifique des psychologues et reprises dans l'offre de formation actuelle du CHI et du CPO. Un plan d'approche de ces exercices de valorisation est élaboré au sein d'un groupe de travail « Psycho-oncologie », mis en place par le Centre du Cancer avec des représentants du CHI et du CPO.

## **ACTION 24 : SOUTIEN À DES PROJETS-PILOTES D'ONCOGÉRIATRIE CLINIQUE**

### **1. Appel à projets en oncogériatrie**

Après les 15 projets pilotes entre 2009-2011, une nouvelle série de 17 projets a été soutenue pour la période 2012-2015. Outre un nouvel appel à projets concernant « l'approche optimale du patient oncogériatrique », une équipe scientifique a également été recrutée pour l'accompagnement et l'évaluation scientifique des projets. L'équipe scientifique était constituée de représentants de l'UZ Leuven, de l'UZ Brussel et de l'UCL Saint-Luc. Ces projets ont été suivis de plusieurs publications scientifiques et un symposium a été organisé en septembre 2015 sous le titre : « Cancer chez les personnes âgées : les soins oncogériatriques en Belgique ».

Au total, 36 hôpitaux belges ont organisé une approche spécifique pour les personnes âgées atteintes de cancer. Un des projets avait pour objectif d'évaluer la faisabilité d'un carnet de liaison oncogériatrique. Les seize autres projets ont organisé concrètement un trajet clinique spécifique pour la personne âgée atteinte de cancer dans les hôpitaux participants en optimisant la collaboration entre le programme de soins en oncologie et le programme de soins en gériatrie. La plupart des projets ont engagé un coordinateur en oncogériatrie pour faire le lien entre les deux programmes de soins. Les responsables de seize des dix-sept projets souhaitent poursuivre leurs activités oncogériatriques, car ils sont convaincus que celles-ci améliorent significativement les soins des patients âgés atteints de cancer.

Globalement, tous les projets recommandent la mise en œuvre d'un outil de dépistage gériatrique, et plus particulièrement de l'outil de dépistage G8 (Hamaker et al., 2014). Si cet outil de dépistage gériatrique révèle des résultats anormaux, tous les projets recommandent la réalisation d'une évaluation gériatrique (EG) plus approfondie et de tenir compte de ses résultats dans les décisions relatives au traitement oncologique. En ce qui concerne le suivi essentiel de l'état général du patient, plusieurs propositions ont été lancées en vue d'améliorer les modalités pratiques. La majorité des projets recommande de mettre les résultats du dépistage et de l'EG rapidement à disposition via le dossier médical électronique. Les résultats d'une enquête « survey » réalisée dans le cadre du projet montrent que les spécialistes oncologues traitants ne disposent pas toujours à temps des résultats du dépistage et de l'EG. L'évaluation oncogériatrique doit être précoce dans le trajet clinique du patient afin que ces données soient disponibles lors de la décision thérapeutique. Tous les projets recommandent que les résultats de l'EG soient disponibles à la COM. Les recommandations en matière d'optimisation et de mise en œuvre du dépistage et de l'évaluation gériatrique sont multiples et variées.

L'enquête réalisée en 2013 a révélé différentes barrières et possibilités de mise en œuvre relatives à l'EG dans la pratique oncologique quotidienne. La plupart des barrières étaient de nature organisationnelle : pression de travail élevée, manque de temps, problèmes financiers ou carence en personnel. La collaboration est perçue comme cruciale pour le succès de la mise en œuvre : l'intégration de l'EG dans d'autres structures de soins gériatriques (telles que les équipes de liaison interne gériatrique), l'appréciation de l'EG par tous les intéressés et la motivation des professionnels des soins concernés. On a conclu que la mise en œuvre d'une EG des patients cancéreux âgés serait plus faisable si l'on commençait par une sous-population au lieu de l'ensemble des patients. Le nombre de recommandations mises en œuvre peut également encore être amélioré.

Après l'enquête de 2015, il est recommandé de continuer à stimuler les collaborations entre les différents (petits) projets pilotes. Cela permettra de mieux comparer les différentes études. Le financement de l'EG systématique de tous les patients cancéreux âgés à risque (après l'utilisation du G8) devrait être étendu également aux patients ambulatoires.

## **ACTION 28 : FINANCEMENT STRUCTUREL DE LA COORDINATION DE LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE DANS LES HÔPITAUX**

### **1. Financement structurel de cellules de coordination de la recherche translationnelle**

Les hôpitaux universitaires ou assimilés qui disposent d'une expertise fondamentale en recherche translationnelle peuvent prétendre à un financement structurel pour la coordination de la recherche depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Une enveloppe budgétaire de 1,4 million d'euros est prévue à cet effet. Un financement structurel destiné aux cellules de coordination de la recherche translationnelle est octroyé à sept hôpitaux qui répondent aux critères de financement.

Chaque cellule est constituée 1) d'un médecin coordinateur de la recherche translationnelle dans l'hôpital, 2) d'un ETP secrétariat pour assurer le soutien administratif et logistique au médecin coordinateur et 3) d'un ETP gestionnaire de données chargé d'aider à l'encodage des données.

En mars 2014, un atelier de deux jours sur la recherche clinique a été organisé par l'UZ Brussel. Un certain nombre de conclusions générales ont été formulées. En premier lieu, une plus grande collaboration sur le plan de la recherche scientifique est indispensable, certainement compte tenu du petit nombre d'experts en Belgique dans certains domaines, tel le séquençage génétique où il y a tant de choses à développer et où la concurrence ne devrait pas poser de problème. Il sera toutefois nécessaire de définir clairement les rôles et les tâches de chacun.

Cette augmentation de la collaboration constitue un grand défi dans le futur, pour l'industrie également. Le projet ClinicoBru a notamment pour objectif de faciliter l'échange d'informations entre les hôpitaux bruxellois.

Un site web national a également été mis en place pour la collaboration dans le cadre de la recherche clinique, [www.clinicaltrials.be](http://www.clinicaltrials.be). Des contacts ont déjà été pris avec le cabinet de la ministre de la Santé publique pour la gestion de ce site web. Aucune décision n'a toutefois été prise quant à la question de savoir qui assumera finalement la responsabilité de la gestion et de la maintenance du site web.

Il existe encore d'autres possibilités de collaborations, notamment autour du projet européen ERANET. Les responsables de projets de l'Action 28 se sont mis d'accord pour créer et entretenir un réseau pour l'échange d'informations. Le Dr Jalal Vakili de l'Institut Bordet propose de démarrer lui-même cette initiative. Les membres du comité d'accompagnement seraient chargés tour à tour de la coordination de celle-ci (en alternance chaque année, encore à confirmer). La première action envisagée est de lancer un bulletin d'information qui diffuserait des informations concernant les projets de recherche en cours, les ateliers organisés et autres thèmes.

## ACTION 29 : SOUTIEN À LA RECHERCHE TRANSLATIONNELLE

### 1. Projets de recherche translationnelle en oncologie

L'action « Soutien à la recherche translationnelle » au sein du Plan Cancer a pour objectif de soutenir des projets de recherche translationnelle en oncologie. Afin, d'une part, de mieux délimiter les groupes cibles des traitements anticancéreux et, d'autre part, d'explorer l'utilisation de nouvelles méthodes diagnostiques et/ou de nouveaux traitements, un appel à projets de recherche translationnelle en oncologie a été lancé en 2008 et en 2011.

La « recherche translationnelle » est une recherche qui se consacre à la traduction de nouvelles idées ou hypothèses (soit acquises par des observations cliniques ou issues de la recherche fondamentale de base et/ou stratégique) en applications diagnostiques ou thérapeutiques nouvelles ou améliorées (cf. avis 120 du Vlaamse Raad voor Wetenschapsbeleid (2008), adapté). La « recherche translationnelle » forme donc le trait d'union entre la recherche de base et l'application en routine dans un contexte clinique. La concentration sur le patient occupe la position centrale et la recherche poursuit toujours une finalité sociale et/ou économique dans l'amélioration (éventuelle) de la pratique de la médecine préventive ou curative. La recherche translationnelle a pour objectif ultime de maximiser les chances de guérison ou de rémission, de limiter la toxicité du traitement et de maîtriser autant que possible les dépenses des soins de santé. Cette action a soutenu en particulier des projets de recherche ambitieux visant à faire bénéficier le patient aussi rapidement que possible des derniers développements scientifiques et à donner une nouvelle dynamique aux projets de collaboration dans ce domaine. Enfin, c'est l'occasion de soutenir une recherche visant à augmenter les chances de rémission ou de guérison, à réduire la toxicité des traitements et à mieux maîtriser les coûts des soins de santé.

Dans une première phase, de 2009 à 2011, 29 projets pilotes ont bénéficié d'un soutien dans le cadre de cette action. Pour la deuxième phase de la réalisation de l'Action 29, 31 projets-pilotes ont à nouveau été soutenus de 2012 à 2015. Afin de se faire une idée des sujets abordés dans le cadre de cette action, le Centre du Cancer s'est livré à une analyse systématique des projets et de leurs résultats.

L'analyse comprend 5 étapes :

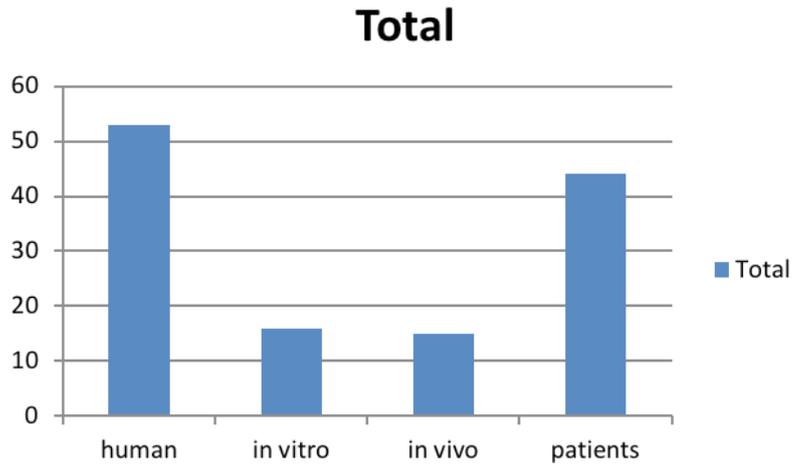
- 1 : Collecte des données des projets (demande, rapport(s) intermédiaire(s), rapport final)
- 2 : Description synthétique des projets respectifs (identification du projet, coordinateur, organisation, résumé)
- 3 : Classification des projets respectifs (domaine, type(s) de cancer, type(s) de matériel de test, thème(s) de recherche, etc.)
- 4 : Collecte des éléments de valorisation générés dans les différents projets (applications, publications, posters, doctorats, etc.)
- 5 : Monographie avec un rapport de synthèse des activités.

Les deux appels à projets seront tout d'abord analysés séparément et une analyse agrégée sera ensuite réalisée sur la base des observations découlant des analyses distinctes. Les analyses seront ensuite réalisées par le Centre du Cancer en étroite collaboration avec le SPF SPSCAE et les parties concernées.

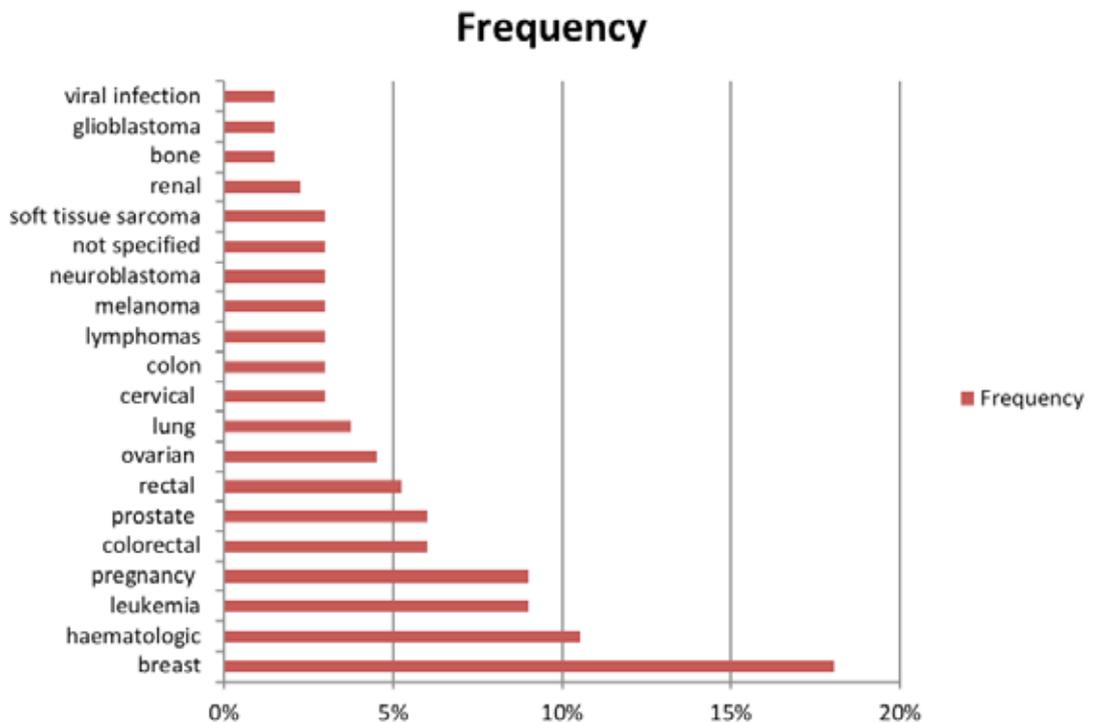
Le SPF SPSCAE et le KCE ont rassemblé toutes les données de chaque projet du premier appel (2009-2011). Il ressort d'une première analyse des projets que :

- les projets sont clairement axés sur des applications dans lesquelles le patient est impliqué (voir Figure 1) ;
- les projets se concentrent sur les cancers les plus fréquents (voir Figure 2) ;
- les projets de ce premier appel ont eu recours à des techniques aussi bien d'imagerie, qu'immunologiques et moléculaires (voir Figure 3).

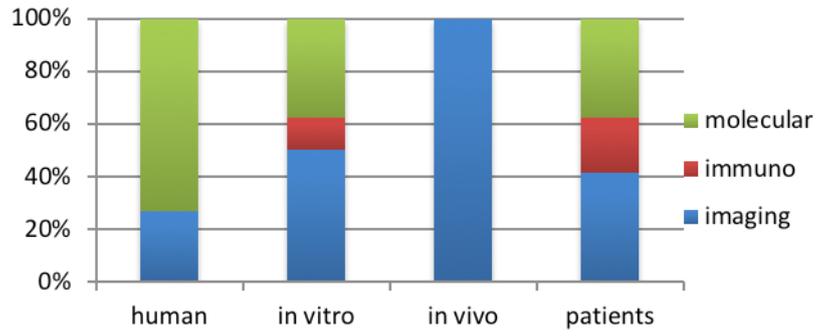
**Figure 1** — Type de matériel de test utilisé dans les projets



**Figure 2** — Type de cancers étudiés dans les projets (note : « pregnancy » signifie « cancer durant la grossesse »)



**Figure 3** — Type de tests utilisés dans les différents types de matériel de test



## — NGS EN (HÉMATO-)ONCOLOGIE

En 2015, le Centre du Cancer a publié avec le KCE une étude de faisabilité relative à l'introduction du « Next-Generation-Sequencing » (NGS) dans le diagnostic moléculaire dans les laboratoires médicaux belges (rapport KCE 240, 2015). L'apparition de cette technologie moléculaire avancée permet à présent d'optimiser un traitement dans un certain nombre de cas en tenant compte des caractéristiques individuelles de l'ADN moléculaire de la tumeur et du patient lui-même. La détection moléculaire fait d'ores et déjà partie intégrante du diagnostic clinique en oncologie. L'introduction de cette approche innovante par NGS dans le diagnostic moléculaire en oncologie exige toutefois une phase préparatoire approfondie tant sur le terrain qu'au niveau politique.

### 1. Brève explication concernant un certain nombre d'actions lancées fin 2015

Lancement de la plateforme CRM-CTM au sein de l'INAMI. Afin de parvenir à une meilleure adéquation entre, d'une part, le remboursement des médicaments (ciblés) et des tests diagnostics afférents, une nouvelle plateforme de concertation, qui regroupe les membres de la CRM et du CTM au sein d'une même plateforme, a été mise en place à l'INAMI. La plateforme CRM-CTM se réunit tous les trois mois. Pour parvenir à une bonne adéquation entre la plateforme CRM-CTM et la ComPerMed décrite ci-après, un représentant de chacune d'elles est présent dans les commissions respectives.

**Installation de la « Commission Médecine Personnalisée » (ComPerMed).** Cette nouvelle commission a en premier lieu pour mission de donner des avis aux instances compétences concernant les nouvelles observations dans lesquelles le profilage génomique joue un rôle central, notamment les traitements ciblés en oncologie. Le secrétariat de la commission est assuré par le Centre du Cancer, qui assume également un certain nombre de tâches scientifiques générales (par ex. l'établissement de documents de discussion, l'évaluation des données présentées, etc.). Le Centre du Cancer élabore également un code déontologique pour la ComPerMed.

En outre, une commission de gestion (ou « management board ») a été installée avec pour membres, des représentants de toutes les instances concernées (voir *Tableau 2*). La commission de gestion a pour tâche principale d'établir annuellement le plan de travail de la ComPerMed et d'approuver les rapports finaux de cette dernière. Enfin, la ComPerMed est assistée par un conseil scientifique (ou « scientific board ») où siègent des représentants du terrain, des experts et des groupes d'intérêts, directement impliqués dans l'introduction de cette nouvelle technologie au sein de nos soins médicaux. Une première réunion de la commission de gestion de la ComPerMed a eu lieu le 7 décembre 2015.

### **Groupe de travail ComPerMed « Lignes directrices en matière de NGS pour l'oncologie ».**

La ComPerMed élaborera des lignes directrices pour l'utilisation d'analyses par NGS ciblées en (hémato-)oncologie, qui seront utilisées comme base pour l'agrément des laboratoires médicaux et l'accréditation par BELAC. Un document préparatoire pour discussion a été rédigé par le Centre du Cancer et sera développé avec le conseil scientifique dans les prochains mois.

### **Groupe de travail ComPerMed : « Panel de gènes NGS pour les tumeurs solides et hématologiques ».**

La ComPerMed élaborera la composition des panels de gènes NGS pour l'(hémato-)oncologie remboursables sur la base de la nomenclature et la présentera au groupe de travail CRM-CTM de l'INAMI. Une analyse préparatoire pour discussion a été élaborée par le Centre du Cancer et sera développée avec le conseil scientifique dans les prochains mois.

**Étude de benchmarking pour les laboratoires NGS.** Afin d'établir les laboratoires actuellement en mesure d'exécuter du NGS pour l'oncologie de manière adéquate, l'ISP organisera une étude de « benchmarking » conjointement avec le Sanger Institute (Royaume-Uni). Le contrat à cet effet est en cours de finalisation et l'étude devrait démarrer en mai-juin 2016.

**Gestion des données : Développement d'un modèle en collaboration avec WIV-Healthdata.** En concertation avec WIV-Healthdata, un développement pratique du transfert et du stockage des données de NGS est mis en place. Un premier projet devrait être présenté en mars 2016. Les solutions IT et Healthdata, élaborées ici, seront non seulement applicables en oncologie, mais également utilisables dans une large mesure dans d'autres domaines médicaux (notamment les maladies rares, la génétique, etc.).

**Structures de réseaux.** Le Centre du Cancer soutient la création de réseaux NGS en oncologie et participe activement à cet effet aux réunions de concertation locales, à la demande des intéressés (notamment à Anvers et à Bruxelles). Une première impression semble indiquer qu'il existe une volonté de créer des réseaux chez un grand nombre d'acteurs, mais qu'un cadre plus clair, législatif ou non devrait être mis en place.

**Concertation avec le plan « Maladies rares ».** Le Centre du Cancer collabore étroitement avec les groupes de recherche au sein de l'ISP, chargés d'élaborer un certain nombre d'actions au sein du plan « Maladies rares ». Des synergies sont mises en place autant que possible, notamment dans le développement d'un modèle de transfert et de stockage de données, les principes de détermination de la qualité dans les centres génétiques, etc. Des réunions de concertation régulières se déroulent à cet effet à l'ISP.

**Concertation avec les groupes d'intérêts industriels.** Le NGS et la technologie « omics » en général est un diagnostic moléculaire, fortement soutenu par les partenaires industriels, tant dans le monde du diagnostic que dans le domaine des TIC. Il semble par conséquent nécessaire de développer une sorte de collaboration avec ces deux branches. En outre, un modèle de collaboration avec le secteur pharmaceutique est également nécessaire, pour que les patients cancéreux puissent bénéficier au maximum des avantages de l'introduction de cette nouvelle technologie.

Un interlocuteur initial central pour chacune de ces branches n'a pas encore été identifié.

## — CONCLUSION

L'Action 29 a financé 61 projets relatifs à la recherche translationnelle en oncologie sur une période de cinq ans. Leur valorisation sociale est encore difficile à estimer pour le moment, mais dans un certain nombre de cas, des projets sont prêts à être transférés au niveau du patient (par ex. pour les patients leucémiques). Un suivi ultérieur des initiatives et des résultats de ces projets est toutefois indiqué. Un certain nombre de pistes prometteuses devraient être intégrées pour faire l'objet d'un développement ultérieur dans un cadre approprié.

Le projet pilote NGS vise l'introduction de l'utilisation des informations génomiques dans nos soins de santé de manière structurée. Les premières mesures sont prises en collaboration et en concertation étroites avec tous les intéressés.

Il est toutefois essentiel de lancer à présent un débat de fond concernant la valeur et l'importance de l'utilisation des informations génomiques pour nos soins de santé, mais aussi à propos des risques et de la manière dont nous pensons pouvoir les éviter. Les questions concernant la vie privée, l'accessibilité et la rentabilité, la durabilité, la gestion des données à long terme, etc. constituent quelques thèmes importants à aborder dans ce débat.

## — RÉFÉRENCES

Hamaker, M. E., Mitrovic, M., & Stauder, R. (2014). The G8 screening tool detects relevant geriatric impairments and predicts survival in elderly patients with a haematological malignancy. *Annals of hematology*, 93(6), 1031-1040.

Rapport KCE240 (2015). Next generation sequencing gene panels for targeted therapy in oncology and haemato-oncology. [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_240\\_NGS\\_targeted\\_therapy\\_Report.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_240_NGS_targeted_therapy_Report.pdf)

## I. SUIVI ET ÉVALUATION

Les données de la Fondation Registre du Cancer revêtent une importance cruciale pour le suivi et l'évaluation des mesures politiques et d'autres évolutions sociales dans le domaine du cancer. Des initiatives en vue de renforcer cet enregistrement de données ont donc été prises dans le Plan Cancer.

### ACTION 31 : RENFORCER LA FONDATION REGISTRE DU CANCER

1.	Création par Arrêté royal de la Fondation d'utilité publique Registre du Cancer
2.	Création d'un comité consultatif des utilisateurs des données de la fondation d'utilité publique Registre du Cancer
3.	Financement de la Fondation Registre du Cancer

#### 1. Évolution des activités du Registre du Cancer : 2013-2016

Le Registre du Cancer fournit d'importantes informations aux prestataires de soins, chercheurs, étudiants et décideurs politiques, ainsi qu'à l'industrie, à la presse et au grand public. Ces données permettent de décrire de manière régulière les caractéristiques des différentes formes de cancer, ainsi que les tendances dans le temps et dans l'espace y compris les prédictions. Lors de la séance académique qui s'est tenue en décembre 2015 à l'occasion des dix ans d'existence du Registre du Cancer, la publication «Cancer Burden in Belgium, 2004-2013» (BCR, 2015) a été présentée.

Alors que dans les premières années de son existence, le Registre du Cancer a assuré l'organisation du réseau d'enregistrement et la mesure et l'analyse de l'incidence, de la prévalence et de la survie, il joue ces dernières années un rôle essentiel dans l'évaluation de la qualité des soins. Le Registre du Cancer contient une mine de données, grâce également aux projets d'enregistrement à orientation clinique supplémentaires et aux interconnexions avec les bases de données administratives. Cela permet d'évaluer les résultats du traitement et de suivre l'introduction de nouvelles directives et technologies, les médicaments coûteux et les changements dans l'organisation des soins prodigués au patient cancéreux. Grâce à la base de données cytohistologiques provenant des pathologistes, le Registre du Cancer participe également activement à l'organisation et à l'évaluation du dépistage (détection du cancer du sein, de l'utérus et du côlon).

#### 2. Évolution de la base légale du Registre du Cancer : 2013-2016

La publication du protocole d'accord du 24 juin 2013 concernant les activités et le financement du Registre du Cancer, conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités compétentes pour l'élaboration de la politique en matière de santé, a constitué un jalon dans l'histoire du Registre du Cancer. L'INAMI, le Service public fédéral Santé publique, la Région flamande (l'Agentschap Zorg en Gezondheid), la Communauté française, la Région wallonne, la COCOF, la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale et la Communauté germanophone financent le fonctionnement global du Registre du Cancer.

Le comité consultatif, créé par arrêté royal, a notamment pour missions, la supervision et l'évaluation des aspects qualitatifs et quantitatifs de l'enregistrement des données relatives au cancer et la formulation de propositions en vue d'optimiser l'enregistrement et l'analyse des données. L'arrêté ministériel du 16 décembre 2013 portant désignation des membres du comité consultatif des utilisateurs des données de la fondation d'utilité publique du Registre du Cancer a été publié au Moniteur belge le 29 janvier 2014.

## ACTION 32 : MISE EN PLACE D'UN CENTRE DE RÉFÉRENCE CANCER

### 1. Création du Centre du Cancer

Le Centre du Cancer a été créé le 1<sup>er</sup> septembre 2008 par une convention signée entre l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP) et l'INAMI. Cette convention, prévoyant le financement du Centre du Cancer, a été prolongée jusqu'à fin 2020. Le Centre du Cancer, qui est une division autonome de l'ISP, compte actuellement douze collaborateurs.

Les principales missions du Centre du Cancer sont d'inventorier, d'élaborer des recommandations et d'évaluer. Le Centre facilite les collaborations entre les différents acteurs, examine les efforts déployés dans le domaine de la lutte contre le cancer et conseille les autorités publiques en s'appuyant sur des données scientifiques et sur l'expertise accumulée sur le terrain.

En 2013, le Centre du Cancer a mis sur pied cinq groupes de travail thématiques et synthétisé les résultats des activités dans des rapports distincts :

GTT 1 : « Réhabilitation et réinsertion professionnelle : votre carrière n'est pas finie »

GTT 2 : « Lien entre les soins à l'hôpital et à domicile »

GTT 3 : « La politique en matière de dons et de banques de cellules souches sous la loupe »

GTT 4 : « Système de qualité des soins en oncologie »

GTT 5 : « La médecine personnalisée dans la pratique : NGS in the clinic »

Ces rapports ont été soumis à la plateforme de coordination et examinés le 25 novembre 2014. La plateforme de coordination a déjà pu soutenir les observations et propositions de trois de ces groupes de travail : GTT1, GTT3 et GTT5. Pour les GTT2 et 4, il a été jugé qu'un approfondissement, une concertation et une concrétisation supplémentaires étaient nécessaires pour parvenir à des propositions matures.

Le Centre du Cancer a en outre réuni, au sein du groupe de travail technique de la Conférence interministérielle Santé publique, les résultats des différents dépistages du cancer du sein pour la Belgique, a commencé à organiser une étude pilote pour la promotion de la réinsertion socio-professionnelle des patients cancéreux, à élaborer un modèle pour le suivi et la prédiction des résultats des mesures antitabac et une méthodologie pour l'analyse des projets de recherche au sein du Plan Cancer.

Le Centre du Cancer joue également, depuis février 2013, un rôle clé dans la nouvelle action conjointe « Cancon », où il s'occupe de l'élaboration du résultat final « A European Guide for Quality Improvement of Cancer Control ». Dans le contexte européen, le Centre du Cancer a en outre déjà fourni une importante contribution à la publication de l'« European Guide on National Cancer Plans » de l'action conjointe précédente « European Partnership Action Against Cancer ». Ce document contient le fil conducteur pour l'encadrement ultérieur des activités en matière de cancer, en Belgique également.

Le site web du Centre du Cancer a été lancé début 2014 ; il joue le rôle de site portail pour les informations concernant le cancer, importantes tant pour les professionnels que pour les citoyens. 2015 a été pour le Centre du Cancer une année aussi bien d'évolution que de continuité. L'évolution d'une approche ponctuelle à une stratégie intégrée. Comme décrit ci-dessus dans l'introduction, l'approche ponctuelle du Plan Cancer sera progressivement délaissée au profit d'une approche plus globale des activités dans l'élaboration de la politique en matière de cancer. Cette structure comprend, d'une part, 7 domaines pertinents : prévention primaire ; dépistage ; diagnostic ; traitement ; soins psychosociaux ; réhabilitation ; soins palliatifs et, d'autre part, 5 thèmes transversaux : participation du patient et du public ; entraînement et formation ; inégalités sociales ; recherche ; et suivi et évaluation.

Cette structure globale constituera la base du fonctionnement du Centre du Cancer et du compte rendu de l' « état des lieux ». Elle deviendra la base du nouveau site web, de l' « état des lieux » et du soutien de l'élaboration de la stratégie en matière de cancer de la Belgique.

En outre, les conclusions des groupes de travail thématiques (GTT) seront développées plus en détail en 2015.

- Dans le domaine de la réhabilitation (GTT1), différents projets ont été lancés en matière de réinsertion socio-professionnelle des patients cancéreux et des conditions optimales de reprise du travail en collaboration étroite avec les acteurs du terrain.
- Les conclusions du GTT3 (« Donneurs de cellules souches ») ont été retenues par la politique actuelle et sont mises en œuvre actuellement.
- Le Centre du Cancer constitue le moteur du rassemblement de l'expertise belge en matière de « Médecine personnalisée » (GTT5). Voir également ci-dessus sous « Recherche ».
- L'expertise en matière de dépistage – en particulier du cancer du col de l'utérus –, présente au sein du Centre du Cancer, se développe de manière continue via des collaborations dans des projets nationaux et internationaux de recherche et de soutien des politiques.
- Le Centre du Cancer joue à présent également pleinement son rôle d'expert-facilitateur dans l'action conjointe « CanCon » et collabore avec différents groupes internationaux réputés à des recommandations en matière de politique dans le domaine du cancer.
- Enfin, la base a été jetée pour mieux associer les citoyens et les patients aux soins oncologiques et aux activités du Centre du Cancer.

## — RÉFÉRENCES

Belgian Cancer Registry (BCR) (2015). Cancer Burden in Belgium 2004-2013. Brussels. [http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR\\_publicatieCancerBurden2016\\_revisededition.compressed.pdf](http://www.kankerregister.org/media/docs/publications/BCR_publicatieCancerBurden2016_revisededition.compressed.pdf)

