

Plan National Cancer



3 jours pour en débattre
30 visites sur le terrain
30 actions pour le combattre

Plan Cancer

Etat des lieux

Mars 2011

Il est impossible d'ignorer l'importance de l'enjeu du « cancer » dans notre société. On enregistre actuellement +/- 60.000 nouveaux cas de cancers par an en Belgique et compte tenu du vieillissement de notre population, les prévisions de la Fondation Registre du Cancer indiquent que ce chiffre devrait encore s'accroître de 10% d'ici 2015.

Plan cancer

Afin d'améliorer le combat contre le cancer, j'ai souhaité une stratégie, qui fédère la volonté, la compétence et l'expertise de tous les acteurs en la matière, sans opposer les différents niveaux de pouvoir entre eux.

D'où la naissance d'un Plan Cancer : projet ambitieux et de longue haleine, mais qui est réellement une priorité majeure de santé publique dans notre pays. Cette initiative est encouragée au plan international puisque l'OMS et l'Union européenne soutiennent l'adoption d'un tel Plan dans chaque pays.

Chacune des mesures présentées le 8 mars 2008 a été pensée à partir des besoins du terrain récoltés au cours de visites, de tables rondes et de rencontres. Ce premier Plan cancer 2008-2010 se décline en une trentaine d'actions dans le cadre d'un budget pluriannuel de 380 millions€, dédié à la lutte contre le cancer et à l'amélioration de la situation des malades chroniques.

Le Plan Cancer s'articule autour de trois grands axes :

- I. La prévention et le dépistage
- II. Les soins, les traitements et le soutien aux patients
- III. La recherche, les technologies innovantes et l'évaluation

Bilan et Etat des lieux

A l'issue de ces trois années, je suis heureuse de présenter un bilan positif de ce premier Plan Cancer :

- Sensibilisation et mise de la lutte contre le cancer en Belgique au centre des préoccupations
- Grand intérêt et accueil positif par les acteurs de terrain et le grand public
- Participation et implication des nombreux acteurs de terrain dans l'élaboration et la mise en place des différentes actions
- Grand nombre d'actions prévues réalisées ou en cours d'élaboration.

Pour présenter l'état des lieux du plan, un tableau reprend au début de chacun des trois axes les différentes actions qui le composent et indique si elles sont réalisées ou en cours d'élaboration.

Les mesures présentées sont classées en trois catégories :

- Actions présentées lors du lancement du Plan le 8 mars 2008
- Actions supplémentaires ajoutées entre 2008 et 2010
- Nouvelles actions 2011

De plus, afin de présenter une vision plus intégrée et cohérente de la lutte contre le cancer en Belgique, des informations complémentaires concernant certaines mesures ou initiatives mises en place en dehors des actions concrètes prévues dans le plan cancer sont également ajoutées.

Poursuite

Les efforts développés en faveur des patients et de la lutte contre le cancer ne doivent pas s'arrêter là. En plus d'une évaluation continue des initiatives entreprises, celles-ci doivent être poursuivies et si nécessaire renforcées. Une attention particulière doit également être apportée à l'élaboration et la réalisation de nouvelles initiatives.

Le Centre du cancer, créé dans le cadre du Plan cancer (action 32), a mis en place une large concertation des différents acteurs concernés par la lutte contre le cancer afin d'élaborer des recommandations et propositions pour un futur Plan cancer. En 2011, le centre du cancer va également s'atteler à l'évaluation des actions du Plan cancer.

Je vous souhaite une bonne lecture,

Laurette Onkelinx

Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'intégration sociale

Axe I : « prévention et dépistage »

1. Remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique p. 8
2. Dépistage et accompagnement des personnes à risque de prédisposition génétique au cancer p. 11
3. Elargir la tranche d'âge de vaccination contre le papillomavirus aux jeunes filles de 12 à 18 ans p. 13
4. Amélioration du dépistage et du diagnostic précoce du cancer du sein p. 15
5. Programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus p. 17
6. Consultation de prévention des risques de santé p. 19
- + Campagne de dépistage du cancer colorectal p. 20
- + Cancer et environnement p. 21
- + Mode de vie alimentaire p. 24

Axe II : « soins, traitements et soutien aux patients »

7. Soutien spécifique au moment de l'annonce du diagnostic du cancer au patient p. 30
8. Revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) p. 32
9. Mise en place de trajets de soins pour les patients cancéreux p. 34
10. Soutien infirmier et psychosocial aux patients dans le cadre des programmes de soins oncologiques (PSO) p. 35
11. Financement d'un data manager dans le cadre des programmes de soins oncologiques (PSO) p. 36
12. Définition et financement d'un programme de soins oncologiques pédiatriques p. 37
13. Prise en charge des tumeurs rares p. 38
14. Reconnaissance du titre d'infirmière en oncologie p. 39
15. Amélioration de la couverture des traitements anticancéreux par l'assurance obligatoire soins de santé p. 40
16. Soutenir la radiothérapie et l'imagerie médicale oncologiques p. 42
17. Soutien structurel aux banques et aux unités de thérapie cellulaire pour les cellules souches hématopoïétiques et de sang de cordons p. 44
18. Amélioration du remboursement de certains coûts annexes aux traitements Anticancéreux p. 45

19. Développer la revalidation fonctionnelle du patient cancéreux en état de rémission	p. 47
20. Fixer les conditions de reconnaissance d'un handicap post-traitement du cancer	p. 48
21. Soutien aux parents d'enfants avec un cancer	p. 49
22. Accès à un soutien psychologique ou à la participation à des groupes de parole ou d'activités de soutien	p. 49
23. Financement structurel des filières de soins pédiatriques « soins continus enfants »	p. 51
24. Soutien à des projets-pilotes d'oncogériatrie clinique	p. 52
25. Améliorer l'offre de soins palliatifs pour les patients cancéreux	p. 53
26. Actions à mener en concertation avec les ministres compétents au niveau fédéral	p. 54
+ Intervention dans les frais de transport des patients cancéreux	p. 56
+ Amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients cancéreux	p. 57

Axe III : « recherche, technologies innovantes et évaluation »

27. Création d'une tumorothèque	p. 60
28. Financement structurel de la coordination de la recherche translationnelle dans les Hôpitaux	p. 61
29. Soutien à la recherche translationnelle	p. 62
30. Utilisation de l'hadronthérapie en Belgique	p. 63
31. Renforcer la Fondation Registre du Cancer	p. 64
32. Mise en place d'un Centre de Référence Cancer	p. 65

AXE I : PREVENTION ET DEPISTAGE

Tableau 1 : Etat des lieux de l'axe « prévention et dépistage »

N°	Action	Origine	Etat des lieux
1	Remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique		
	Remboursement consultations d'aide au sevrage tabagique	Plan 2008	OK
	Renforcement contrôles tabac	Plan 2008	OK
	Soutien à l'organisation de formations en tabacologie	Ajout	OK
2	Dépistage et accompagnement des personnes à risque de prédisposition génétique au cancer		
	Remboursement de nouveaux tests génétiques	Plan 2008	En élaboration
	Revalorisation du conseil génétique	Plan 2008	En élaboration
	Remboursement des tests ADN envoyés à l'étranger	Nouveau 2011	En élaboration
3	Elargir la tranche d'âge de vaccination contre le papillomavirus aux jeunes filles de 12 à 18 ans		
	Elargissement du remboursement du vaccin anti-HPV jusque 18 ans	Plan 2008	OK
	Campagne de vaccination contre le papillomavirus pour jeunes filles de 12 ans	Ajout	OK / élaboration ¹
4	Amélioration du dépistage et du diagnostic précoce du cancer du sein		
	Contrôle de qualité de l'appareillage pour dépistage	Plan 2008	/
	Gratuité des examens complémentaires suite au dépistage	Plan 2008	En élaboration
	Gratuité dépistage pour femmes à risque	Plan 2008	En élaboration
5	Programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus		
	Programme systématique de dépistage du cancer du col utérin	Plan 2008	En élaboration

¹ Mesure lancée par une communauté dont le cofinancement par l e fédéral est en cours d'élaboration.

Plan National Cancer

actions concrètes

prévention et dépistage

	Remboursement majoré pour les examens complémentaires	Plan 2008	En attente
	Intégration de l'enregistrement des résultats des tests de dépistage	Plan 2008	En élaboration
6	Consultation de prévention des risques de santé		
	Accès gratuit à un « check-up » de prévention santé chez le médecin généraliste	Plan 2008	En élaboration
	Formation des médecins en matière de prévention des risques de santé	Plan 2008	En élaboration
+	Campagne de dépistage du cancer colorectal	Ajout	OK / élaboration

Action 1 : remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique

Actions présentées en mars 2008

1. Remboursement forfaitaire des consultations d'aide au sevrage tabagique

Le remboursement forfaitaire des consultations d'aide au sevrage tabagique pour tous les assurés sociaux est en vigueur depuis le 1^{er} octobre 2009². Un budget annuel de 2,5 millions€ est prévu afin de soutenir cet accompagnement à l'arrêt tabagique.

Cette mesure permet le remboursement d'un forfait de 30€ pour la première consultation d'aide au sevrage tabagique par un docteur en médecine ou un tabacologue³ à tous les fumeurs, alors que ce remboursement n'était auparavant prévu que pour les femmes enceintes et leur partenaire. Cette première séance est d'une durée minimale de 45 minutes. Les 7 séances suivantes sont remboursées à hauteur de 20€ par période de deux années civiles pour un même bénéficiaire. Ces séances sont d'une durée minimale de 30 minutes. Pour les femmes enceintes, le remboursement reste fixé à 30€ et ce pour 8 séances maximum par grossesse.

D'octobre 2009 à août 2010, au total 17.552 séances ont été comptabilisées (première séance et séances suivantes confondues). Elles comprennent 6375 premières séances d'aide au sevrage tabagique, 10.748 séances suivantes et 439 séances pour femmes enceintes)⁴.

2. Renforcement des contrôles du respect des lois « tabac »

Dans le cadre d'un renforcement général des contrôles et en complément des contrôles soutenus de l'AFSCA, les services du SPF santé publique ont été chargés de réaliser des contrôles ciblés du respect des lois « tabac ». Six contrôleurs supplémentaires ont été engagés en septembre 2008 par le SPF Santé publique pour le renforcement des contrôles du respect de la loi anti-tabac (+/- 350.000 € sur base annuelle).

En 2009, 20.000 contrôles ont été effectués par les 26 contrôleurs du SPF Santé publique (Direction Générale animaux, plantes et nourriture du Service Public Fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement) et de l'AFSCA (Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire).

Suite à l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2010 de la loi élargissant l'interdiction de fumer aux petites restaurations, le financement des contrôleurs supplémentaires a été prolongé par le SPF Santé publique. En 2010, 24.300 contrôles ont été effectués par les contrôleurs du SPF santé publique et de l'AFSCA. Parmi ceux-ci, 16.300 contrôles

² Arrêté Royal du 31/08/09 publié au Moniteur le 15/09/2009.

³ Sont reconnus comme tabacologue : les licenciés en psychologie et les praticiens d'une profession des soins de santé visés dans l'AR n° 78 du 10 novembre 1967 (exercice des professions de soins de santé), qui ont satisfait au test final d'une formation en tabacologie organisée par le FARES ou la VRGT.

⁴ Etant donné l'entrée en vigueur récente de cette mesure, ces premiers chiffres sont donnés à titre d'information et concernent uniquement les séances comptabilisées pour lesquelles le remboursement a déjà été effectué.

Plan National Cancer

actions concrètes prévention et dépistage

ont été réalisés uniquement dans le secteur Horeca et 8000 contrôles dans d'autres lieux (tels que salles de sport, maison de jeunesse, lieux de vente,...).

Action supplémentaire

3. Soutien à l'organisation de formations en tabacologie

Parmi leurs activités de prévention et de lutte contre le tabagisme, le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) et la VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding) organisent des formations en tabacologie. Programmées sur une année scolaire, ces formations post-graduées interuniversitaires proposent un enseignement d'environ 45h (entre 7 à 10 samedis par an) sur le tabac et son usage pour professionnels de la santé, leur permettant d'acquérir des compétences spécifiques notamment pour l'accompagnement des fumeurs à l'arrêt du tabac.

Dans ce cadre, ces associations ont été soutenues en 2009 et 2010 pour la mise en place et l'organisation de ces formations (années scolaires 2009-2010 et 2010-2011) via un budget annuel de 70.000€. La poursuite de ce soutien financier a été prévue dans les estimations budgétaires pour 2011.

Lors de l'année scolaire 2009-2010, 79 professionnels de la santé ont suivi une formation en tabacologie (55 au FARES et 24 à la VRGT). Pour cette année scolaire 2010-2011, 114 personnes suivent actuellement cette formation (56 au FARES et 59 à la VRGT).

Informations complémentaires

Lutte contre le tabac

Interdiction du tabac depuis le 1^{er} janvier 2010 dans tous les établissements horeca à l'exception de ceux qui n'exercent aucune activité de restauration.

En début de législature, un accord a été pris avec le Parlement pour que celui-ci soit à l'initiative de propositions sur la législation en matière d'interdiction du tabac. Suite aux nombreux débats, la loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation générale relative à l'interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public et à la protection des travailleurs contre la fumée du tabac a été votée et édicte une interdiction générale de fumer à l'exception :

- des débits de boisson cloisonnés qui ne servent pas de repas et qui ne font pas partie d'une enceinte sportive. Ces derniers peuvent continuer à avoir ou à installer une zone clairement délimitée dans laquelle il est permis de fumer.
- Il est également autorisé moyennant certaines conditions d'installer un fumoir.

Cette nouvelle législation a fait l'objet d'une première évaluation qui a permis de mettre en exergue les difficultés du secteur et les mesures d'accompagnement nécessaires pour arriver à une interdiction totale de fumer qui devait intervenir au plus tard le 1^{er} juillet 2014. Néanmoins, suite à un arrêt du 15 mars 2011 de la Cour constitutionnelle, le régime d'exceptions prévu dans la loi du 22 décembre 2009 a été annulé. La cour maintient cependant les effets des dispositions annulées jusqu'au 30 juin 2011. En d'autres termes, l'interdiction générale de fumer sera obligatoire dans tous les lieux fermés accessibles au public au 1^{er} juillet 2011.

Plan National Cancer

actions concrètes

prévention et dépistage

Diverses mesures visant à inciter les fumeurs à arrêter le tabac ou à décourager les non fumeurs ont été prises et sont d'application depuis le 1^{er} janvier 2011.

La Belgique a été la première à utiliser les avertissements combinés (photos+texte) sur les paquets de cigarettes. Ces avertissements ont également été rendus obligatoires sur les autres produits du tabac (les paquets de tabac à rouler) via une modification de l'AR du 13/08/1990 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce de produits à base de tabac et de produits similaires.

Un système de rotation obligatoire entre les séries d'avertissements combinés a également été imposé via une modification de l'AM du 11 juillet 2006 déterminant les avertissements combinés pour toutes les unités de conditionnement de cigarettes mises dans le commerce.

De plus, l'inscription de la ligne tabac stop sur tous les paquets et tous les produits du tabac a été imposée.

Diverses initiatives concrètes et innovantes en vue de favoriser le sevrage tabagique et/ou de réduire l'exposition au tabagisme passif sont également soutenues par le Fonds tabac. Ces projets concernent notamment :

- Campagne sevrage pour tous
- Ligne Tabacstop
- Maternité sans tabac
- Coalition Nationale contre le tabac : mobilisation concertée autour de la journée Mondiale sans Tabac du 31 mai
- Implémentation d'une filière d'apprentissage en ligne destinée aux soignants et visant à motiver le patient dans le cadre d'un sevrage tabagique.
- Formation des professionnels de la santé à l'entretien motivationnel avec un fumeur
- Programme d'aide au sevrage en milieu professionnel
- Programme d'aide au sevrage tabagique pour jeunes adultes (18-25 ans)
- Programme d'aide au sevrage tabagique pour une population défavorisé : les chômeurs
- Politique optimale de sevrage tabagique au sein des institutions et des services psychiatriques
- Elaboration d'une méthodologie visant à prévenir et réduire le tabagisme chez les patients psychiatriques.

Action 2 : dépistage et accompagnement des personnes à risque de prédisposition génétique au cancer

Actions présentées en mars 2008

1. Remboursement de nouveaux tests génétiques

Dans le cadre du remboursement de plusieurs nouveaux tests génétiques de prédisposition au cancer particulièrement coûteux (tels que la recherche de mutation BRCA1-2 pour les cancers du sein et de l'ovaire ou de mutations de formes héréditaires de cancer du colon), le conseil supérieur de génétique a soumis courant 2009 une proposition de nouvelle formulation de la nomenclature en génétique humaine au groupe de travail « biologie clinique » du conseil technique médical (INAMI).

Sur base de cette proposition, un projet de réforme de la nomenclature actuelle en génétique humaine est en cours et devra permettre d'apporter plus de visibilité sur les activités de génétique humaine. Afin de garantir le contrôle du budget, la médico-mut a décidé que l'adaptation de la nomenclature sera réalisée dans le cadre d'une enveloppe fermée.

2. Revalorisation du conseil génétique

L'objectif de cette action est de revaloriser les honoraires de consultation de conseil génétique des médecins généticiens et ce notamment afin de rendre la spécialité de généticien plus attractive. De 30€ actuellement, la revalorisation pourrait porter la consultation jusqu'à 150€ maximum, sans impact pour le portefeuille du patient. Un budget de 520.000€ a été réservé à cet effet.

Une base légale a été créée, dans la loi santé du 22 décembre 2008, permettant la conclusion d'une convention entre l'INAMI et les centres de génétique pour la revalorisation du conseil génétique.

Etant apparu que non seulement la revalorisation du conseil mais également le renforcement de l'encadrement paramédical du conseil génétique était nécessaire. Afin de faire face à ces besoins, une proposition plus large visant à la reconnaissance tant du conseil génétique que de son encadrement a été soumise à la médico-mut. Lors de ses discussions concernant la génétique humaine, un budget supplémentaire d'environ 3,75 millions€ a été prévu pour cette initiative élargie. Un projet de convention est en discussion avec les centres de génétique pour ce renforcement du conseil génétique et de son encadrement en 2011.

Nouvelle action 2011

3. Remboursement de tests ADN envoyés à l'étranger

Dans le cadre du dépistage génétique, les analyses effectuées sur des échantillons ADN envoyés à l'étranger ne sont actuellement pas prises en charge. Le remboursement d'une telle analyse n'est possible que si le patient se rend en

actions concrètes

prévention et dépistage

personne à l'étranger (S2⁵) et que le test est remboursé dans le pays de destination. Le déplacement d'un patient à l'étranger (et d'un accompagnateur lorsqu'il s'agit d'un enfant) pour effectuer des tests génétiques implique des frais de voyage et/ou d'hébergement, un investissement en temps, un coût plus élevé pour l'assurance maladie et est source d'angoisse pour le patient et sa famille.

Lors des discussions de la médico-mut concernant la nomenclature des tests génétiques, un budget de 550.000€ a été retenu afin de permettre le remboursement de tests réalisés à l'étranger dans le cadre de l'analyse diagnostique sur des échantillons d'ADN de patients et des membres de leur famille souffrant de cancers ou troubles rares pour lesquels il n'existe pas, en Belgique, de laboratoire spécialisé apte à effectuer le test.

Cette nouvelle initiative, identifiée dans le cadre des travaux du Fonds maladies rares et médicaments orphelins, sera intégrée en 2011 dans le projet de convention élaboré avec les centres de génétiques dans le cadre de la revalorisation du conseil génétique (voir p. 11).

⁵ Anciennement E112

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 aujourd'hui)

Action présentée en mars 2008

1. Elargissement du remboursement du vaccin anti-HPV jusque 18 ans

La vaccination contre le HPV s'intègre dans une stratégie globale de prévention du cancer du col de l'utérus, qui est diagnostiqué chaque année chez plus de 600 femmes en Belgique⁶. La tranche d'âge des 12-15 ans qui bénéficiait d'un remboursement du vaccin contre le papillomavirus humain (HPV) depuis novembre 2007 a été étendue à l'ensemble des adolescentes de 12 à 18 ans depuis le 1^{er} décembre 2008. Cela signifie concrètement pour elles que le coût de la vaccination est passé d'environ 412€ à 31€.

Un montant de rattrapage de 19 millions€ a été utilisé en 2009 dans le cadre de l'extension du remboursement de la vaccination anti-HPV pour les jeunes filles âgées de 16 à 18 ans.

Pour la période de novembre 2007 à aout 2010⁷, 241.491 jeunes filles de 12 à 21 ans⁸ ont été vaccinées (au minimum une des trois injections du vaccin anti-HPV) pour un nombre total de 648.804 doses remboursées. De janvier 2009 à aout 2010, près de 156.000 jeunes filles âgées de 12 à 21 ans ont reçu au moins une injection du vaccin anti-HPV.

Action supplémentaire

2. Campagne de vaccination contre le papillomavirus pour jeunes filles de 12 ans

Conformément aux recommandations du Conseil supérieur de la Santé, un programme de vaccination peut être réalisé pour une cohorte annuelle en âge scolaire pour les filles de 11 à 13 ans.

La Conférence Interministérielle Santé publique du 8 décembre 2008 a accepté une approche asymétrique, permettant l'organisation de programmes de prévention « cancer » différents d'une communauté à l'autre. Le protocole d'accord prévention signé le 28 septembre 2009 en Conférence interministérielle Santé publique offre un cadre permettant à l'autorité fédérale de cofinancer les campagnes de prévention organisées par une ou plusieurs communautés.

En communauté flamande, une campagne de vaccination contre le HPV d'une cohorte scolaire de jeunes filles de 12 ans a été lancée en septembre 2010. Pour le cofinancement à hauteur de 2/3 du prix du vaccin par l'INAMI estimé à environ 1,55

⁶ Statistiques du Registre du Cancer (données 2006)

⁷ Données les plus récentes dans pharmanet

⁸ *L'âge de la fille ne peut être précisée de manière exacte au moment de la vaccination (seule l'année de naissance est connue dans pharmanet). Vandaar dat u de in het bestand vernoemde leeftijden moet interpreteren als "bereikt in het betreffende jaar de leeftijd van". In dat verband, kunnen de meisjes in 2010 de leeftijd van 21 jaar bereiken (maar zal hun werkelijke leeftijd op moment van inenting hoogstens 20 zijn).*

Plan National Cancer

Actions concrètes prévention et dépistage

millions€, un projet d'arrêté royal permettant la conclusion d'une convention entre l'INAMI et la Communauté qui organise la campagne est en cours de procédure avant signature et publication.

Début mars 2011, la Ministre de la santé en communauté française, Madame Fadila Laanan, a informé de son souhait d'intégrer le vaccin anti-HPV dans le circuit vaccinal de la Communauté française le plus rapidement possible.

Action 4 : amélioration du dépistage et du diagnostic précoce du cancer du sein

Actions présentées en mars 2008

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

Assurer le même contrôle de qualité pour l'appareillage servant à la mammographie de diagnostic que pour l'appareillage du mammothest et prévoir un contrôle officiel deux fois par an tant pour les appareils analogiques que numériques est principalement une compétence communautaire, en lien avec l'AFCN (Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire).

Pour l'enregistrement systématique des examens de dépistage individuels, un sous-groupe de travail du groupe intercabinet « Cancer » de la Conférence Interministérielle Santé publique a été créé pour aboutir à des propositions concrètes pour l'enregistrement de tous les dépistages de cancer, en collaboration avec la Fondation d'utilité publique du Registre du Cancer.

2. Gratuité des examens complémentaires suite au dépistage

Afin de rendre certains examens gratuits pour les patientes ayant été dépistées positives au mammothest, un budget annuel de 6 millions€ a été prévu dans le Plan cancer.

Le Conseil Technique Médical de l'INAMI a élaboré une proposition de modification de la nomenclature qui prévoit l'ajout de 4 nouvelles prestations en rapport avec les examens diagnostiques invasifs en cas de pathologie mammaire (article 11). Cette modification a été estimée à près de 2,5 millions€.

Des prestations pour le matériel étant liées à ces nouvelles prestations médicales, des adaptations s'imposent à l'article 35 et 35bis de la nomenclature (implants) et ont été estimées à près de 6,5 millions€. Le budget restant de 3,5 millions€ étant insuffisant, un budget supplémentaire de 3 millions€ a été accordé à cette mesure par le Conseil général de l'INAMI lors de la fixation du budget 2011.

Ces projets d'intervention dans les prestations médicales et le matériel pour ponctions mammaires ont été respectivement approuvés par la médico-mut les 27 septembre et 13 décembre 2010. Les projets d'arrêtés royaux élaborés dans ce cadre sont actuellement en cours de procédure avant signature et publication et entreront en vigueur en 2011.

3. Gratuité du dépistage pour femmes à risque

Un budget de 2 millions€ par an a été prévu afin de permettre l'entière prise en charge des examens du bilan sénologique complet (échographie et mammographie) pour les femmes à haut risque de cancer du sein.

Cette initiative a fait l'objet de nombreuses discussions au sein d'un groupe de travail mis en place par le Conseil Technique Médical (CTM) de l'INAMI. Sur base de celles-ci, une proposition de modification de la nomenclature a été présentée et approuvée

Plan National Cancer

actions concrètes

prévention et dépistage

en plénière par le CTM le 18 mai 2010. Outre le remboursement intégral de l'examen sénologique complet pour les femmes à risque de cancer du sein, cette proposition a pour ambition de mettre au même niveau de qualité les deux systèmes de dépistage (le mammothest et les mammographies de diagnostic) et d'augmenter la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein.

Dans le cadre du groupe de travail intercabinets « cancer » de la Conférence interministérielle santé, une discussion technique entre l'INAMI, les Communautés et les centres de référence a eu lieu fin septembre 2010 sur la proposition élaborée.

Face aux nombreuses réactions et inquiétudes de différents acteurs concernant cette proposition, il semble utile, avant de la soumettre à la médico-mut, de bien comprendre ce dossier complexe et les différentes positions en invitant à une table-ronde les différents partenaires concernés. C'est en réfléchissant ensemble à la meilleure politique à mettre en œuvre qu'une solution adéquate pourra être trouvée.

Par ailleurs, le KCE réalise une étude portant sur le dépistage du cancer du sein et les groupes à risque du cancer du sein. Les résultats de celle-ci, attendus pour juin 2011, pourront, si nécessaire et en temps ultérieur, mener à des adaptations complémentaires de la nomenclature relative à la mammographie et/ou à l'échographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Informations complémentaires

Campagne de dépistage du cancer du sein pour femmes de 50 à 74 ans

Pour les programmes de dépistage du cancer du sein organisés par les communautés, l'INAMI intervient pour le remboursement des tests de dépistage repris dans la nomenclature des prestations de soins de santé. Un avenant a été réalisé afin de permettre le prolongement pour 5 ans à partir du 1^{er} janvier 2009 du protocole d'accord du 25/10/2000 entre l'Autorité fédérale et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie (MB 16/04/2009).

Analyse concernant le dépistage organisé du cancer du sein entre 40 et 49 ans

A la demande de l'INAMI, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a fait le point sur l'opportunité de dépister systématiquement le cancer du sein chez les femmes âgées de 40 à 49 ans ne présentant pas de symptômes ou de risque familial élevé particulier. Un tel dépistage impliquerait que près de huit cent mille femmes soient invitées à subir une mammographie annuelle (rapport 129B - 07/07/2010).

Dans son rapport, le KCE conclut que les désavantages d'un tel dépistage dans cette tranche d'âge pourraient être supérieurs à ses avantages. Le risque de décéder d'un cancer du sein est déjà relativement faible dans ce groupe d'âge. Le dépistage systématique permettrait d'éviter environ 24 décès annuels, mais l'irradiation liée aux mammographies pourrait causer jusqu'à 40 cancers supplémentaires et 16 décès. En outre ce dépistage conduirait à la découverte et au traitement d'un nombre de petites lésions qui ne se seraient jamais transformées en cancer mortel. Ce qui induirait des inquiétudes inutiles et des interventions médicales superflues et dommageables telles des mastectomies (totales ou partielles) et des traitements de radiothérapie chez des dizaines de femmes.

Action 5 : programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus

Actions présentées en mars 2008

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

Sur base des recommandations européennes, la Conférence Interministérielle Santé publique a approuvé, en mars 2009, le principe de l'organisation d'une campagne de dépistage systématique du cancer du col de l'utérus pour les femmes de 25 à 64 ans par frottis du col tous les trois ans.

Le protocole d'accord prévention signé le 28 septembre 2009 en Conférence interministérielle Santé offre un cadre permettant à l'autorité fédérale de cofinancer des campagnes de prévention organisées par les communautés.

Les communautés étant actuellement dans la mise en œuvre d'autres programmes de prévention du cancer tels que le dépistage du cancer colorectal et la vaccination anti-HPV, un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus n'a pas encore pu être développé. Le groupe de travail intercabinet «cancer» de la Conférence Interministérielle Santé publique a néanmoins déjà entamé les discussions afin d'aboutir au lancement d'une telle campagne ainsi que de prévoir les modalités d'intégration de l'enregistrement des résultats des tests de dépistage dans les données du Registre du Cancer.

2. Remboursement majoré pour les examens complémentaires

Les modalités de remboursement majoré pour les examens complémentaires (colposcopie, recherche HPV) si le frottis s'avérait positif seront élaborées en lien avec le programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus.

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

Fin mars 2010, la Fondation Registre du Cancer a présenté aux membres du groupe de travail intercabinets «cancer» de la Conférence Interministérielle Santé un modèle générique d'enregistrement des données relatives aux programmes de dépistage. Après analyse par les différentes entités, les discussions seront poursuivies afin d'adapter la proposition permettant une application concrète pour l'enregistrement des résultats des tests de dépistages des différents programmes, dont celui concernant le cancer de l'utérus.

Information complémentaire

Adaptation des règles de remboursement du frottis

Les conditions de réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopathologique ont été adaptées en fonction des recommandations internationales sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, tout en étant moins restrictives que les recommandations scientifiques actuelles selon lesquelles le dépistage du cancer du

Actions concrètes prévention et dépistage

col de l'utérus est recommandé à une fréquence de un test tous les trois ans, voire un test tous les cinq ans, chez les femmes de 20 à 64 ans. Plusieurs études épidémiologiques ont démontré l'inefficacité et le coût pour la société d'un dépistage plus fréquent.

Depuis le 1^{er} juillet 2009, les règles d'application du dépistage de cellules néoplasiques sont modifiées de telle sorte qu'un seul frottis est dorénavant remboursable tous les deux ans. Un code spécifique est prévu pour les examens cytopathologiques effectués pour le suivi diagnostic ou thérapeutique et cette prestation peut être portée en compte deux fois par an, jusqu'à la disparition de l'anomalie (L'AR du 04/05/2009 - MB 19/05/2009).

Action 6 : consultation de prévention des risques de santé

Actions présentées en mars 2008

1. Accès gratuit à un « check-up » de prévention santé chez le médecin généraliste

Suite à l'inclusion d'un projet de gratuité d'un « check-up » de prévention santé dans l'accord médico-mut 2009-2010 signé fin décembre 2008, une consultation gratuite de prévention chez le médecin généraliste pour les personnes âgées de 45 à 75 ans possédant un Dossier Médical Global (DMG) entrera en vigueur en avril 2011.

Le 8 février 2010, la Commission nationale médico-mutualiste est parvenue à un accord sur l'intégration d'un module de prévention avec une consultation gratuite chez son médecin généraliste, se composant d'une check-list en fonction de l'âge, dans l'actuelle prestation du DMG (dossier médical global). Cette liste comporte plusieurs critères qui concernent le mode de vie (alimentation, tabac, alcool, exercice physique, stress,...), l'examen du système cardiovasculaire ; les examens de dépistage (cancer colorectal, cancers du col de l'utérus et du sein,...), la vaccination (diphthérie, tétanos, grippe, pneumocoque,...), les dosages biologiques (glycémie, créatinine et protéinurie, cholestérol,...),... Afin d'obtenir une harmonisation optimale entre le module de prévention et les objectifs de santé des communautés, l'insertion d'un thème supplémentaire concernant la santé mentale a été soumise aux organes compétents de l'INAMI.

Concrètement, le médecin généraliste qui communique à l'organisme assureur le lancement d'un module de prévention avec son patient qui possède un DMG recevra, tous les ans, des honoraires de prévention forfaitaires qui sont fixés à un montant de 10€ à titre d'honoraires supplémentaires aux honoraires de gestion du dossier médical global. Ces nouveaux honoraires peuvent être portés en compte aux bénéficiaires âgés de 45 à 75 ans une fois par année civile au cours de la période d'application d'une durée limitée de la prestation, soit du 1^{er} avril 2011 au 31 décembre 2012.

Le système sera évalué en 2012 sur la base des données de la première année d'application. À l'issue de cette évaluation, il sera également procédé à une simplification de la gestion du DMG.

2. Formation des médecins en matière de prévention des risques de santé

L'objectif de cette mesure était, dans le cadre de l'accréditation des médecins, de pouvoir attribuer des points à un module de formation continue en matière de prévention des risques de santé.

Le groupe de direction de l'accréditation des médecins (INAMI) a réagi négativement à la proposition de la Ministre en matière de formation des médecins généralistes à la prévention des risques. Ils restent néanmoins ouverts à la concertation : de nouvelles propositions leur seront formulées. Un système de formation via des modules de e-learning est actuellement à l'étude.

Action : Campagne de dépistage du cancer colorectal

Action supplémentaire

1. Campagne de dépistage du cancer colorectal

Le cancer colorectal représente en Belgique quelque 7.700 nouveaux cas par an. Découvert tardivement, il reste associé à une mortalité élevée.

La Conférence Interministérielle Santé publique du 8 décembre 2008 a accepté une approche asymétrique, permettant l'organisation de programmes de prévention « cancer » différents d'une communauté à l'autre. Le protocole d'accord prévention signé le 28 septembre 2009 en Conférence interministérielle Santé publique offre un cadre permettant à l'autorité fédérale de cofinancer les campagnes de prévention organisées par une ou plusieurs communautés.

Depuis le 1er mars 2009, la Communauté française organise un programme de dépistage du cancer colorectal pour les personnes âgées de 50 à 74 ans. Sur invitation à se rendre chez son généraliste pour retirer le test en Wallonie, sur prescription du médecin généraliste à Bruxelles, via un test de recherche de sang dans les selles à répéter tous les deux ans. Les mutualités sont parties prenantes du programme, depuis sa conception à la communication entre autre par la distribution de livrets dans les guichets. Pour la prise en charge par l'INAMI des tests FOBT estimé à environ 1,22 millions€, un projet d'arrêté royal permettant la conclusion d'une convention entre l'INAMI et la Communauté qui organise cette campagne est en cours de procédure avant signature et publication.

En Communauté flamande, deux expériences pilotes de dépistage sont menées. Une évaluation de ces projets pilotes serait prévue vers la mi-2011. Le résultat de celle-ci devrait amener la communauté flamande à se positionner par rapport à la suite à donner en termes de politique de dépistage du cancer colorectal et mise en place éventuelle d'un programme de dépistage organisé.

Informations complémentaires

1. Etude de faisabilité sur la mise en place d'un système d'enregistrement de facteurs de risques environnementaux de cancer chez l'enfant

En 2004, les partenaires européens de l'OMS ont convenus de collaborer à l'avenir en matière de problèmes d'environnement-santé⁹. La relation complexe entre le cancer des enfants et l'environnement a été mise en avant comme l'une des priorités. Les facteurs environnementaux sont suspectés de jouer un rôle en combinaison et, fort probablement, en interaction avec d'autres facteurs. Dans ce cadre, un enregistrement systématique pourrait améliorer la vue d'ensemble ainsi que la compréhension des liens entre le cancer infantile et l'environnement.

Dans le Plan National d'Action Environnement Santé (NEHAP), une attention particulière est portée à l'investigation de la relation entre cancer des enfants et l'environnement. Dans ce cadre, une étude a été lancée en octobre 2010 sur la faisabilité de la mise en place d'un système d'enregistrement afin d'examiner la relation entre cancer des enfants et environnement. Financée à hauteur de 40.000€, les résultats sont attendus pour fin 2011.

2. Etude épidémiologique sur l'état de santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire

A l'automne 2008, l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) a été chargé de réaliser à l'échelle nationale une étude épidémiologique sur l'état de santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire. Le cadre de cette étude a été défini en concertation avec différents partenaires tels que l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire, le Registre du cancer, et le SPF Santé publique.

La Fondation Registre du Cancer a réalisé un premier recensement statistique de cas de cancers de la thyroïde et des leucémies, basé sur les données nationales pour la période de 2004 à 2006. Sur base de ces premières données, les premiers chiffres d'incidence de ce type de cancer réalisés par l'ISP ont été communiqués en mars 2010. Les premières données brutes montraient une importante disparité Nord/Sud, ainsi que d'énormes disparités au sein d'une même zone, en ce qui concerne le nombre de cas recensés.

Afin de mieux comprendre ces disparités et éventuellement d'exclure qu'elles soient dues à des pratiques diagnostiques différentes, le Centre Fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a été chargé d'examiner le processus de diagnostic de ces maladies.

Une nouvelle mise à jour des données du Registre du Cancer est disponible depuis le 10 février dernier. Elle comprend des données relatives à l'incidence des cancers de la thyroïde et des leucémies au niveau national pour la période 2007-2008. L'ISP

⁹ Adoption du Children Environmental Health Action Plan (Plan d'action enfants, environnement, santé), CEHAPE, Budapest 2004.

analyse actuellement ces nouvelles données. L'analyse des données sera finalisée en mai 2011 et un premier rapport (partiel) est attendu pour fin juin 2011.

Le rapport final de l'ISP intégrera les résultats de l'étude réalisée par le KCE concernant les pratiques pour le diagnostic et la thérapeutique liées aux troubles thyroïdiens en Belgique et dont les résultats sont attendus en septembre 2011.

Vu la rareté des maladies concernées, il était important de pouvoir effectuer des analyses sur une base de données la plus complète possible afin de tendre vers des conclusions statistiquement valables. Le résultat final de ces travaux menés par l'ISP, la Fondation Registre du Cancer, et le KCE seront validés par un comité d'accompagnement composé d'experts nationaux et internationaux. Le rapport définitif de l'étude épidémiologique sur l'état de santé des personnes vivant à proximité d'un site nucléaire est attendu pour début 2012 au plus tard.

3. Etude sur la l'intégration et l'enregistrement de facteurs environnementaux dans le dossier médical électronique (DME)

La connaissance de certains facteurs environnementaux ayant une grande influence sur la santé peut contribuer à la compréhension des symptômes par le médecin et permettre de meilleurs diagnostics. Le Dossier médical électronique (DME) offre des opportunités à cet égard. C'est un outil informatisé dans lequel les médecins recueillent les données qui font l'histoire médicale du patient.

Dans le cadre de Plan Fédéral de Développement Durable-2, le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement en partenariats avec les autres instances impliquées dans la mise en œuvre du NEHAP et le Conseil Supérieur d'Hygiène a pour objectif d'élargir les variables du dossier médical informatisé aux déterminants environnementaux au sens large.

Lancé en automne 2010 via la procédure négociée sans publicité préalable, un marché public a été attribué à l'Université de Gand pour une étude sur la possibilité d'intégrer des facteurs environnementaux dans le dossier médical électronique. Cette étude scientifique concerne la première phase du projet.

Un budget de près de 62.000€¹⁰ a été attribué pour réaliser une étude permettant d'offrir un système structuré aux médecins, pour la collecte de données pertinentes concernant l'environnement via le Dossier Médical Electronique (DME). L'étude en cours, à l'issue de laquelle une proposition réaliste et pré-testée pour l'enregistrement des facteurs environnementaux dans le DME devra être proposée, se compose de deux volets :

1. l'analyse scientifique des informations relatives aux facteurs environnementaux, spécifique pour la Belgique.
2. l'examen de la faisabilité technique de l'implémentation des facteurs environnementaux dans le DME ainsi que la formulation des conditions et des propositions permettant cette intégration.

¹⁰ Financement via la « DG Soins de Santé primaires et Gestions de Crises » dans le SPF SPSCAE et le service « Affaires Multilatérales et Stratégiques » de la « DG Environnement ».

4. Campagne « soleil malin »

La surexposition au soleil est l'un des principaux facteurs responsables des cancers cutanés. Selon les derniers chiffres du registre du cancer, chaque année 1.500 nouveaux cas de mélanomes malins sont diagnostiqués en Belgique, dont près d'un cinquième a une issue fatale.

Chaque année, depuis 2007, une campagne d'information intitulée « Soleil malin » est lancée avant l'été. Elle vise à diffuser le plus largement possible l'information nécessaire pour bénéficier du soleil en toute sécurité, pour se protéger de manière adéquate et pour bien choisir et utiliser les produits solaires.

Cette campagne est menée via différents canaux de communication tels qu'un site internet, la distribution de brochures d'informations et depuis l'été 2009, une collaboration avec le service météo de la RTBF. Il s'agit d'une initiative du CRIOC, de DETIC, FEDIS et du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement et avec le soutien de la RTBF.

5. Relation entre l'exposition aux pesticides à usage agricole et l'apparition de cancers et autres maladies chez l'homme

Une revue systématique des études épidémiologiques analysant l'existence possible d'une relation entre l'exposition aux pesticides à usage agricole et l'apparition de cancers et autres maladies chez l'homme est soutenue financièrement par le SPF Santé publique (Direction Générale animaux, plantes et nourriture).

Dans ce cadre, l'analyse des études épidémiologiques concernant le risque d'apparition d'altérations du système nerveux central chez des sujets (adultes et/ou enfants) exposés à des pesticides font l'objet d'investigations. Dans un premier temps, les chercheurs s'intéressent aux tumeurs cérébrales observées chez des enfants résultant potentiellement d'une exposition professionnelle de leurs parents aux pesticides.

La stratégie fédérale en matière de la problématique cancer-pesticide-enfants sera discutée dans le cadre du comité stratégique du programme de réduction des pesticides et des biocides (PRPB). La philosophie de ce programme consiste à diminuer le risque lié à l'exposition directe ou indirecte des produits phytosanitaires.

Cancer et mode de vie alimentaire

Informations complémentaires

1. Plan Alcool

Lors de la Conférence interministérielle Santé du 17 juin 2008, les Ministres belges ayant la santé dans leurs attributions ont approuvé un document intitulé « Déclaration conjointe sur la politique future en matière d'Alcool ». Dans ce texte, les signataires ont mis en évidence le besoin d'une politique intégrée, efficace et coordonnée en matière de lutte contre la consommation problématique d'Alcool en Belgique. Les objectifs généraux poursuivis concernent la prévention et la réduction des dommages liés à l'alcool ainsi que de combattre la consommation inadaptée, excessive, problématique et risquée d'alcool et non pas seulement la dépendance. Les signataires ont également mis l'accent sur le besoin d'avoir une politique orientée vers des groupes cibles à risques et des situations à risques.

Cette déclaration prône la mise en place de toute une série de mesures dont le public cible prioritaire est celui des jeunes. La loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé prévoit d'une part l'interdiction de la vente (Horeca et distribution) de vin et de bière aux mineurs de moins de 16 ans et d'autre part l'interdiction de la vente (Horeca et distribution) des spiritueux aux mineurs de moins de 18 ans. Elles sont en vigueur depuis le 10 janvier 2010.

Le contrôle de l'ensemble de ces mesures d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs fera l'objet d'une meilleure coordination et pourra profiter de l'expérience, acquise lors notamment des contrôles de l'interdiction de vente des produits du tabac au moins de 16 ans, du service inspection du SPF Santé Publique.

2. Plan National Nutrition santé (PNNS)

Certaines évolutions liées à notre mode de vie sont, néanmoins, propices à l'adoption d'habitudes alimentaires nuisibles et à la diminution de l'activité physique. Ces facteurs de risques provoquent, à leur tour, une augmentation des cas de surcharge pondérale, d'obésité et d'un certain nombre d'affections chroniques liées sans, pour autant, que la population n'en soit consciente.

Le Plan National Nutrition et Santé pour la Belgique (PNNS-B), initiative du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, entend s'attaquer à cette problématique et augmenter le niveau de santé de la population belge. Il se fonde sur les initiatives internationales existantes au niveau de l'Union européenne et de l'Organisation Mondiale de la Santé, en particulier sur la stratégie globale de l'OMS en matière d'alimentation, d'activité physique et de santé.

Le PNNS-B 2006-2010 ne traite pas seulement de la problématique de la nutrition et de la surcharge pondérale mais également des problèmes de dénutrition, de carences alimentaires sélectives et des problèmes liés à la communication et la publicité. L'évaluation du premier PNNS a démarré en 2010. Une évaluation interne au SPF Santé Publique a été menée en octobre 2010 et une évaluation externe, menée par des chercheurs de l'ULG, est en phase de finalisation. Plusieurs

Plan National Cancer

actions concrètes

prévention et dépistage

interviews sont organisées avec des stakeholders publics et privés afin d'évaluer la pertinence de l'action du PNNS sur le terrain ainsi que la gestion et le contenu de ce dernier. Le rapport final sera disponible courant 2011 et servira notamment à la mise en place du prochain Plan.

Quelques mesures du PNNS-B :

- Diminution de la consommation de sel

Selon l'OMS, 90% des hommes et 59% des femmes ont une consommation supérieure à la limite maximale de 5 g par jour.

La campagne « Top le sel ? Stop le sel ! » a été lancée en mai 2009, et vise à informer le citoyen sur la problématique du sel.

75% du sel consommé provenant des produits alimentaires, les producteurs et les distributeurs belges se sont engagés à atteindre une réduction de 10% de la consommation de sel d'ici à 2012 en conjuguant les efforts du secteur privé, des consommateurs et des autorités.

Le 2 avril 2009, les fédérations des boulangeries artisanales et industrielles ont signé une convention avec la Ministre dans laquelle elles s'engagent à encourager leurs membres à utiliser du sel iodé.

- Equipes nutritionnelles dans les hôpitaux

Le projet pilote « équipe nutritionnelle dans les hôpitaux » qui vise à prévenir et mieux prendre en charge les problèmes de dénutrition que l'on rencontre couramment chez les patients a été étendu à plusieurs hôpitaux. Au total déjà 96 hôpitaux participent à ce projet. Une première analyse a indiqué la relevance d'un tel projet. En collaboration avec Nubel, un logiciel a par ailleurs été développé afin de soutenir les professionnels de la santé dans l'analyse du risque de la dénutrition.

- Hôpital, ami des bébés

En collaboration avec le Comité Fédéral de l'Allaitement maternel, « l'initiative hôpital ami des bébés » a été étendue à 22 maternités supplémentaires. Ainsi, en 2010, 9 hôpitaux belges ont reçu le label « hôpital ami des bébés ». Ce label garantit une politique accueillante pour les mères et les bébés, et est en faveur de la promotion de l'allaitement maternel. Actuellement, 19% des maternités belges sont aujourd'hui labellisées. Plusieurs autres actions en faveur de l'allaitement maternel ont encore été développées telles que une affiche, rencontre avec le grand public lors de Salons et une journée de conférence à l'intention des professionnels.

Dans le cadre de la présidence belge de l'union européenne, différentes journées soutenant les actions développées par le PNNS ont été tenues, dont une « high Level Conference on Monitoring and Evaluation of EU and Members States strategies on nutrition, overweight and obesity related health issues ».

AXE II : SOINS, TRAITEMENTS ET SOUTIEN AUX PATIENTS

Tableau 2 : Etat des lieux de l'axe « soins, traitements et soutien au patient »

N°	Action	Origine	Etat des lieux
7	Soutien spécifique au moment de l'annonce du diagnostic du cancer au patient		
	Création d'une consultation de longue durée pour l'annonce du diagnostic	Plan 2008	OK
	Formation des professionnels à la communication au patient et aux proches	Plan 2008	OK
	Réalisation d'un protocole d'annonce	Plan 2008	En élaboration
8	Revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM)		
	Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) obligatoire pour tous les nouveaux cas de cancer	Plan 2008	OK
	Revalorisation de 5% des prestations honorées dans le cadre la COM	Plan 2008	OK
	Revalorisation des consultations spécifiques des oncologues médicaux, hématologues et endocrinologues	Ajout	OK
	Stimulation de la participation des médecins généralistes aux COM	Ajout	OK
9	Mise en place de trajets de soins pour les patients cancéreux		
	Favoriser la participation du médecin généraliste dans le processus de prise en charge du cancer	Plan 2008	En élaboration
10	Soutien infirmier et psychosocial aux patients dans le cadre des Programmes de Soins Oncologiques (PSO)		
	Financement d'infirmiers, travailleurs sociaux et psychologues au sein des PSO	Plan 2008	OK
	Formation interuniversitaire en psycho-oncologie	Ajout	OK
11	Financement d'un data manager dans le cadre des programmes de soins oncologiques (PSO)		
	Financement des data managers dans le cadre des PSO	Plan 2008	OK

Plan National Cancer

Actions concrètes soins, traitements et soutien aux patients

12	Définition et financement d'un programme de soins oncologiques pédiatriques		
	Reconnaissance des centres actuels d'oncologie pédiatrique Soutien financier aux synergies entre les centres d'oncologie pédiatrique Réalisation d'un programme de soins en oncologie pédiatrique	Plan 2008	En élaboration
	Financement dès 2009 d'un renforcement de 2 ETP pour l'encadrement paramédical	Plan 2008	OK
13	Prise en charge des tumeurs rares		
	Lancement d'une étude par le KCE pour établir les critères qualitatifs et quantitatifs pour la prise en charge des tumeurs rares	Plan 2008	En élaboration
14	Reconnaissance du titre d'infirmière en oncologie	Plan 2008	OK
15	Amélioration de la couverture des médicaments anticancéreux par l'assurance obligatoire soins de santé		
	Remboursement de médicaments cancéreux	Plan 2008	OK
	Remboursement de médicaments anticancéreux pour cancer du sein chez hommes	Plan 2008	
	Accès rapide aux médicaments pour les « unmet medical needs »	Plan 2008	En élaboration
	Remboursement plus rapide pour certaines spécialités pharmaceutiques ou thérapies innovantes hors indication	Nouveau 2011	En élaboration
16	Soutenir la radiothérapie et l'imagerie oncologiques		
	Le contrôle de qualité de l'ensemble des appareillages	Plan 2008	OK
	Une nouvelle programmation si cela s'avérait opportun.	Plan 2008	En élaboration
	Le Financement au sein du Budget des Moyens Financier (BMF)	Plan 2008	
17	soutien structurel aux banques et aux unités de thérapie cellulaire pour les cellules souches hématopoïétiques et de sang de cordons	Plan 2008	OK
18	Amélioration du remboursement de certains coûts annexes aux traitements anti-cancéreux		
	Pour les patients laryngectomisés	Plan 2008	OK

Plan National Cancer

actions concrètes

soins, traitements et soutien aux patients

	Pour les personnes qui, suite aux traitements anticancéreux, perdent leurs cheveux	Plan 2008	OK
	Pour les personnes devant subir l'ablation d'un sein	Plan 2008	OK
19	Développer la revalidation fonctionnelle du patient cancéreux en état de rémission		
	Projets pilotes visant à déterminer le type de programme de soins multidisciplinaires de revalidation nécessaire à la réintégration sociale des patients guéris ou en période de rémission	Plan 2008	En élaboration
20	Fixer les conditions de reconnaissance d'un handicap post-traitement du cancer		
	Procédure de traitement accélérée des demandes d'allocation aux personnes handicapées	Plan 2008	OK
21 22	Soutien aux parents d'enfants avec un cancer Accès à un soutien psychologique ou à la participation à des groupes de parole ou d'activités de soutien		
	Appel à projets qui soutiennent et accompagnent les parents et les enfants dans leur trajectoire face à maladie. Appel à projets de soutien psychologique ou d'accompagnement aux patients (adultes, adolescents ou enfants) et / ou aux familles de patients.	Plan 2008	OK
23	Financement structurel des filières de soins pédiatriques « Soins continus Enfants »		
	Création d'une fonction de liaison pédiatrique	Plan 2008	OK
24	Soutien à des projets-pilotes d'oncogériatrie clinique		
	Appel à projets en oncogériatrie	Plan 2008	OK
25	Améliorer l'offre de soins palliatifs pour les patients cancéreux		
	Etude des besoins en soins palliatifs	Plan 2008	OK
	Renforcement de l'encadrement pour les soins palliatifs en maisons de repos et de MRS	Plan 2008	OK
	Revalorisation du forfait en soins palliatifs à domicile	Plan 2008	OK
	Structures de jour en soins palliatifs	Plan 2008	En élaboration

Plan National Cancer

Actions concrètes soins, traitements et soutien aux patients

26	Actions à mener en concertation avec les ministres compétents au niveau fédéral		
	Améliorer la conciliation vie professionnelle / cancer pour le patient	Plan 2008	En élaboration
	Améliorer la conciliation vie professionnelle / cancer pour les parents	Plan 2008	En élaboration
	Procédure de déductibilité fiscale des dons facilitée et adaptée	Plan 2008	OK
+	Intervention dans les frais de transport des patients cancéreux		
	Simplification de la procédure de remboursement des frais de transport	Ajout	OK
	Modification des conditions d'intervention lors de l'hospitalisation de l'enfant atteint d'un cancer	Ajout	OK
+	Amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients cancéreux		
	Financement de diététiciens dans les PSO	Nouveau 2011	OK
	Appel à projets concernant la cachexie	Nouveau 2011	En élaboration

Action 7 : soutien spécifique au moment de l'annonce du diagnostic du cancer au patient

Actions présentées en mars 2008

1. Création d'une consultation de longue durée pour l'annonce du diagnostic

La création d'une nouvelle nomenclature pour une consultation de longue durée pour le temps de l'annonce par le médecin du diagnostic du cancer au patient a été intégrée dans le projet de revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire élaboré par l'INAMI (action 8 – page 32).

Le remboursement d'une consultation de longue durée pour l'annonce du diagnostic du cancer est en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2010¹¹. Concrètement, cette nouvelle prestation a pour objectif de permettre au médecin d'expliquer au patient le diagnostic, les examens complémentaires proposés et le plan de traitement tels qu'ils figurent dans le rapport de la Consultation Oncologique Multidisciplinaire (COM) qui doit avoir eu lieu auparavant. Un budget de près de 4,88 millions€ a été prévu.

Le prix de cette consultation entièrement remboursée est d'environ 56€. Elle peut être attestée une seule fois et uniquement à la suite d'une première COM par le médecin généraliste agréé traitant et/ou le médecin spécialiste traitant qui a participé à cette COM.

2. Formation des professionnels à la communication au patient et aux proches

Suite à un appel à candidature lancé en juillet 2008, un consortium composé de 29 experts a été mis en place par le SPF Santé publique afin d'élaborer une formation à la communication. En juillet 2009, le consortium a transmis deux propositions de formation :

- *Formation à la communication destinée aux médecins et au personnel soignant hospitalier en contact avec des patients oncologiques*

Suite à un appel à candidature, le Cédric Hèle Instituut (CHI) et le Centre de Psycho-oncologie (CPO) ont été sélectionnés pour organiser cette formation.

En 2010, un peu plus de 300 professionnels de la santé se sont inscrits à des modules de formation à la communication, dont 156 néerlandophones (87 infirmières et paramédicaux et 69 médecins) et 150 francophones (113 infirmières, 26 paramédicaux et 11 médecins).

La poursuite en 2011 du soutien financier à l'organisation de ces formations est prévue.

- *Formation en psycho-oncologie destinée aux psychologues travaillant dans le cadre d'un programme de soins oncologiques (PSO)*

Concernant plutôt le soutien psychosocial au sein des PSO, cette initiative est présentée comme action complémentaire dans l'action 10 (voir page 35).

¹¹ AR du 18/08/2010 publié au Moniteur le 24/09/2010.



3. Réalisation d'un protocole d'annonce

Afin de soutenir les professionnels et d'assurer la qualité du moment de l'annonce du diagnostic de cancer, les collèges d'oncologie et de radiothérapie du SPF Santé publique ont été saisis d'une demande pour l'élaboration d'un protocole d'annonce, aussi bien après la découverte initiale de la maladie qu'en cas de mauvaise nouvelle pendant le traitement ou de récurrence.

Un groupe de travail du Collège d'oncologie a formulé une proposition en septembre 2010. En automne 2010, le Centre du Cancer a réalisé un avis basé sur l'analyse de cette proposition et développant plusieurs recommandations pour la mise en place d'un tel dispositif d'annonce. La faisabilité et les moyens nécessaires pour la concrétisation de ces différentes propositions sont actuellement à l'étude.

Action 8 : revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM)

Actions présentées en mars 2008

1. Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) obligatoire pour tous les nouveaux cas de cancer

La consultation oncologique multidisciplinaire (COM) est une concertation entre au moins quatre médecins de différentes spécialités et a été conçue pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients cancéreux (analyse du dossier, précision du diagnostic et élaboration du plan de traitement du cancer). Elle est également importante pour alimenter les bases de données du Registre du cancer.

Afin de permettre aux patients atteints de cancer de bénéficier d'un diagnostic et d'une prise en charge de qualité obligatoire pour les nouveaux cas, une revalorisation et des adaptations des prestations COM sont en vigueur depuis le 1^{er} novembre 2010¹². Un budget d'environ 1,56 millions€ a été estimé.

Concrètement, cette revalorisation comprend différents aspects :

- Une « première » COM obligatoire pour les nouveaux cas de cancer
- Après une "première" COM, la possibilité est créée de réaliser une COM de suivi
- la possibilité d'organiser une COM complémentaire dans un autre hôpital sur renvoi

2. Revalorisation de 5% des prestations honorées dans le cadre la COM

Deux nouvelles prestations dans le cadre des COM sont en vigueur depuis le 1^{er} mars 2010 : un supplément d'honoraires lors d'une consultation oncologique multidisciplinaire coordonnée par le médecin spécialiste en oncologie médicale ou par le médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie pédiatrique, et un supplément d'honoraires lors d'une consultation oncologique multidisciplinaire à laquelle participent les médecins ayant une des spécialités précitées¹³.

Actions supplémentaires

3. Revalorisation des consultations spécifiques des oncologues médicaux, hématologues et endocrinologues

Faisant suite à l'agrément de médecin spécialiste en oncologie médicale et dans le cadre de la revalorisation des oncologues médicaux, hématologues et endocrinologues, de nouvelles prestations de consultations spécifiques ont été intégrées dans la nomenclature depuis le 1^{er} mars 2010¹⁴.

Afin de limiter l'augmentation des tickets modérateurs des patients suite à la revalorisation des consultations spécifiques des oncologues médicaux, hématologues

¹² AR du 18/08/2010 publié au Moniteur le 24/09/2010.

¹³ AR du 18/12/2009 publié au Moniteur le 28/01/2010.

¹⁴ AR du 18/12/2009 publié au Moniteur le 28/01/2010.

Plan National Cancer

C actions concrètes

soins, traitements et soutien aux patients

et endocrinologues, un plafond des tickets modérateurs pour les consultations de médecins spécialistes a été fixé à 15,15€ et est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2010¹⁵.

4. Stimulation de la participation des médecins généralistes aux COM

Deux projets-pilotes de vidéoconférence et d'échange de données sont financés depuis le 27 juillet 2009, via convention INAMI, afin de stimuler la participation des médecins généralistes à la consultation multidisciplinaire d'oncologie.

¹⁵ AR du 26/08/2010 publié au Moniteur le 15/09/2010.

Action 9 : mise en place de trajets de soins pour les patients cancéreux

Action présentée en mars 2008

1. Favoriser la participation du médecin généraliste dans le processus de prise en charge du cancer

Déterminer le rôle et repositionner le médecin généraliste au sein de la filière de soins oncologiques est important. Son implication dans le plan de traitement de son patient peut être accentuée de différentes façons : informer sur les paramètres de traitement, développer ses compétences au travers de formations régulières et renforcer son rôle dans le suivi du patient au sortir d'un traitement en milieu hospitalier.

En collaboration avec le Collège d'oncologie et la Fondation Registre du Cancer, le Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) a déjà produit plusieurs rapports sur les pratiques d'oncologie dans notre pays. Ces études proposent une harmonisation des guidelines en la matière ainsi que d'améliorer l'implication du médecin généraliste dans le processus de soins.

Dans le cadre de l'instauration d'un programme de soins personnalisé pour tous les nouveaux patients cancéreux, le KCE a publié en janvier 2011 des rapports sur l'évaluation de la faisabilité et de la pertinence d'un système d'indicateurs de qualité pour un cancer fréquent, à savoir le cancer du sein, et pour un cancer rare, le cancer du testicule (comme il l'avait déjà fait pour le cancer colorectal).

Suite à cela, une analyse de la mise au point d'un système opérationnel permettant de suivre la qualité des soins en oncologie, notamment pour des cancers rares, fera l'objet d'un prochain rapport du KCE.

Les études réalisées ces dernières années concernent également le cancer colorectal et le cancer du pancréas. Le programme d'études du KCE prévoit des études similaires pour d'autres formes de cancer tels que le cancer de l'œsophage et de l'estomac, le cancer de la thyroïde, ou encore le cancer du col de l'utérus. L'élaboration d'un guide de pratique clinique pour le traitement de soutien des patients atteints d'un cancer est également planifiée.

Dans le cadre de la mise en place de trajets de soins pour les patients cancéreux, une réflexion associant la commission médico-mut, vu la place du médecin au cœur de ces trajets, sera lancée. Il faut cependant attendre l'évaluation des premiers projets de trajets de soins lancés en juin et septembre 2009 (respectivement pour l'insuffisance rénale et le diabète) avant de faire de nouvelles propositions pour la mise en place définitive de tels trajets de soins.

Déjà précisé pour la revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire (voir action 8 – page 32), des projets pilotes de vidéoconférence et d'échange de données sont en cours afin de stimuler la participation des médecins généralistes à la consultation multidisciplinaire d'oncologie.

Action 10 : soutien infirmier et psychosocial aux patients dans le cadre des Programmes de Soins Oncologiques (PSO)

Action présentée en mars 2008

1. Financement d'infirmiers, travailleurs sociaux et psychologues au sein des PSO

Afin d'offrir aux patients cancéreux hospitalisés un encadrement renforcé et une fourniture de soins améliorée, le financement d'infirmiers, de travailleurs sociaux et de psychologues supplémentaires est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2008. Un budget de plus de 40 millions€ est prévu.

Le financement est calculé comme suit :

- 1 ETP oncopsychologue / 250 COM
- 1 ETP infirmier en oncologie / 250 COM
- 1 ETP assistant social / 500 COM

Il est octroyé aux hôpitaux disposant d'un PSO agréé sur base du nombre de concertations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées (données INAMI). Vu l'augmentation attendue du nombre de COM, une adaptation annuelle du financement sur base des données les plus récentes disponibles a été prévue jusque 2011.

Sur base des données 2007, le nombre de ETP financés en 2009 était de 538 (108 assistants sociaux, 215 infirmiers et 215 psychologues). Sur base des données 2008, 665 ETP ont été financés en 2010, soit une augmentation de près de 20% par rapport à 2009 (133 assistants sociaux, 266 infirmiers et 266 psychologues).

Sur base du nombre de COM remboursées en 2009, le nombre de postes qui sont financés à partir de 2011 est de 797 ETP et a augmenté de près de 17% par rapport à 2010. Cela concerne 159 ETP assistants sociaux, 319 ETP infirmiers et 319 psychologues.

Action supplémentaire

2. Formation interuniversitaire en psycho-oncologie

Le soutien à la mise en place d'une formation en psycho-oncologie a été proposé dans le cadre de l'élaboration de propositions de formations à la communication du personnel soignant (voir action 7 – page 30).

La participation des psychologues travaillant dans le cadre de programmes de soins oncologiques à cette formation interuniversitaire de deux ans est soutenue depuis septembre 2010 par le Service publique fédéral santé publique.

Côté néerlandophone, le Cédric Hèle Instituut organise un nouveau cycle de formation tous les deux ans pour 35 étudiants. Côté francophone, un nouveau cycle de formation de deux ans ouvert à 25 psychologues sera lancé chaque année par le Centre de Psycho-Oncologie. Chaque année un symposium international ouvert aux étudiants inscrits des cycles néerlandophones et francophones sera organisé par ces organisations.

Action 11 : financement d'un data manager dans le cadre des programmes de soins oncologiques (PSO)

Action présentée en mars 2008

1. Financement de data managers dans le cadre des PSO

Le financement de data managers est prévu depuis le 1^{er} juillet 2008 et a pour objectif d'assurer un suivi de qualité des programmes de soins oncologiques et des résultats des traitements des patients cancéreux. Les data managers sont chargés d'assurer l'enregistrement des données de cas de cancers et de réaliser l'évaluation du bon respect des décisions des concertations multidisciplinaires oncologiques et des recommandations du manuel d'oncologie. Un budget de plus de 4,4 millions€ est prévu.

Le financement a été calculé comme suit : 1 ETP data manager / 1.000 COM.
Il est octroyé aux hôpitaux disposant d'un PSO agréé sur base du nombre de concertations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées (données INAMI). Vu l'augmentation attendue du nombre de COM, une adaptation annuelle du financement sur base des données les plus récentes disponibles a été prévue jusqu'en 2011.

Sur base des données 2007, le nombre de ETP de data managers financés en 2009 était de 54. Sur base des données de 2008, 66 ETP ont été financés en 2010, soit 12 ETP supplémentaires et une augmentation de près de 20% par rapport à 2009.

Sur base du nombre de COM remboursées en 2009, le nombre de postes qui sont financés à partir de 2011 est de 79 ETP et a augmenté de près de 17% par rapport à 2010.

Action 12 : définition et financement d'un programme de soins oncologiques pédiatriques

Actions présentées en mars 2008

1. **Reconnaissance 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**

La réalisation d'un programme de soins en hématologie-oncologie pédiatrique, avec ses besoins de financement et basé sur l'expertise des centres actuels d'oncologie pédiatrique a pour objectif d'assurer une prise en charge spécialisée et un encadrement de qualité des enfants atteints de cancer. Un soutien aux synergies entre les centres d'oncologie pédiatrique permettra de plus d'améliorer la qualité des soins et la spécialisation de chacun d'eux.

Un groupe de travail, composé d'experts des centres d'oncologie pédiatrique, a participé à l'analyse des besoins et à l'identification de critères pour une prise en charge et un encadrement de qualité. Dans ce cadre, il est apparu que, pour maintenir une qualité de soins acceptable, une distribution selon le niveau d'activité des centres est un facteur essentiel devant intervenir dans l'élaboration de critères de qualité. Sur base de ces discussions, une proposition relative aux normes d'agrément des programmes de soins en hématologie-oncologie pédiatrique a été élaborée. Un projet d'arrêté royal traduisant cette proposition est en cours de préparation.

Un budget supplémentaire de près de 5 millions€ a été alloué au soutien et renforcement de la prise en charge des enfants atteints de cancer via les futurs programmes d'hématologie-oncologie pédiatrique agréés.

4. **Financement dès 2009 d'un renforcement de 2 ETP pour l'encadrement paramédical**

Le financement de 2 membres du personnel supplémentaires pour l'encadrement paramédical au sein des centres d'hématologie-oncologie pédiatrique est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2008.

L'intégration de ce renforcement a été prévue dans le projet de programme de soins en hématologie-oncologie pédiatrique en préparation.

Action 13 : prise en charge des tumeurs rares

Action présentée en mars 2008

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

Au vu des difficultés méthodologiques identifiées lors de l'analyse de la demande d'étude soumise au KCE, une nouvelle demande a été élaborée et retenue dans le programme 2011 du KCE.

L'étude planifiée vise à établir le seuil pour définir les cancers rares et les cancers exigeant un traitement complexe, et à proposer de nouvelles formes d'organisation de soins basées sur une description de la situation belge et des expériences internationales (« 2011-024 HSR Organisation of care for rare tumours and tumours with complex treatment »).

Dans le domaine de l'oncologie, le KCE collabore avec le Collège d'oncologie et la Fondation Registre du Cancer. Le Collège d'oncologie a préalablement réalisé courant 2010 un avis concernant les critères qualitatifs et quantitatifs pour la prise en charge des tumeurs rares.

Information complémentaire

Etude sur les indicateurs de qualités en oncologie pour un cancer rare

Dans le cadre de l'instauration d'un programme de soins personnalisé pour tous les nouveaux patients cancéreux (action 9 – voir page 34), le KCE a été chargé d'évaluer la faisabilité et la pertinence d'un système d'indicateurs de qualité pour un cancer fréquent, à savoir le cancer du sein, et pour un cancer rare, le cancer du testicule, comme il l'avait déjà fait pour le cancer colorectal dans le cadre du projet PROCARE.

Suite à cela, une analyse de la mise au point d'un système opérationnel permettant de suivre la qualité des soins en oncologie, notamment pour des cancers rares, fera l'objet d'un prochain rapport du KCE.

Dans le rapport sur les indicateurs de qualité pour le cancer du testicule publié le 17 janvier 2011, bien qu'une comparaison fiable entre les centres n'ait pu être réalisée, une analyse préliminaire suggère une variabilité considérable au niveau de la qualité des soins entre les centres. Le KCE indique que la fragmentation des soins et le faible nombre de patients atteints de cancer du testicule qui sont traités annuellement dans de nombreux centres suscite des interrogations à propos de l'organisation des soins pour ces patients et de la nécessité de centraliser ces soins dans un nombre limité de centres.



Action 14 : reconnaissance du titre d'infirmière en oncologie

Action présentée en mars 2008

1. Reconnaissance du titre d'infirmier(e) en oncologie

Les critères nécessaires suivant lesquels le titulaire du diplôme ou du titre d'infirmier gradué ou de bachelier en soins infirmiers peut être agréé pour porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en oncologie sont définis dans l'arrêté ministériel du 29 janvier 2009 publié au Moniteur le 18 février 2009.

Au 31 décembre 2010, 531 infirmier(e)s ont acquis la reconnaissance du titre d'infirmier(e) en oncologie (272 NL et 259 FR).

Action 15 : amélioration de la couverture des médicaments anticancéreux par l'assurance obligatoire soins de santé

Actions présentées en mars 2008

1. Remboursement de médicaments anticancéreux

Trois priorités avaient été fixées en matière de remboursement de médicaments anticancéreux :

- L'AVASTIN est remboursé depuis le 1^{er} décembre 2008
- Le BUSULFAN IV est remboursé depuis le 1^{er} octobre 2008
- Les modalités de remboursement du RITUXIMAB ont été modifiées les 1^{er} juin et 1^{er} octobre 2009.

Depuis le 1^{er} mars 2008, le FASLODEX (458,97€ pour une seringue pré-remplie contenant 5 ml de produit) est remboursé à 100% par l'assurance obligatoire soins de santé. Il est un des médicaments permettant de lutter contre le cancer du sein, dans certaines indications.

Depuis 2008, plus de 70 nouvelles indications pour des médicaments anticancéreux sont admises au remboursement. Ces médicaments et leurs indications concernent de nombreux types de cancer : différents types de carcinomes, cancer du poumon, cancer colorectal, cancer du sein, ostéosarcome, différentes formes de leucémie, ...

En fin de document sont présentés des tableaux reprenant tous les nouveaux remboursements de médicaments anticancéreux par l'assurance obligatoire soins de santé pour les années 2008, 2009 et 2010 (annexe 1 - pages 66). Les efforts en termes de remboursement des médicaments anticancéreux sont poursuivis.

2. Remboursement de médicaments anticancéreux pour le cancer du sein chez l'homme

A défaut d'un enregistrement pour cette indication, le Fonds Spécial de Solidarité de l'INAMI prend en charge les médicaments anticancéreux pour les cas rares de cancer du sein chez l'homme.

3. Accès rapide aux médicaments pour les « unmet medical needs »

Suite à l'analyse des causes des différences dans la rapidité, les prix et les conditions de remboursement des traitements anticancéreux entre la Belgique et ses pays limitrophes réalisée à l'initiative de l'INAMI et en collaboration avec l'Agence fédérale du Médicament, des propositions visant à permettre un accès rapide aux médicaments pour les « unmet medical needs » ont été faites.

Dans ce cadre, un groupe de travail composé par l'INAMI, l'AFMPS et le Cabinet a été mis en place afin d'analyser la réalité belge et d'élaborer des recommandations concrètes. Cette réflexion a été intégrée dans une nouvelle action prévue en 2011 concernant le remboursement plus rapide pour certaines spécialités pharmaceutiques ou thérapies innovantes hors indication (présenté ci-dessous – page 41).

Nouvelle action 2011

4. Remboursement accéléré pour certaines spécialités pharmaceutiques ou thérapies innovantes hors indication

L'accès à des traitements pour le cancer ou des maladies orphelines est difficile et le délai avant la mise sur le marché ou l'éventuel remboursement de médicaments orphelins ou contre le cancer est extrêmement long. Lorsqu'un traitement est en cours de développement, une petite partie seulement de patients peut déjà en bénéficier en participant aux essais cliniques ou encore, grâce à un usage compassionnel du médicament ou grâce aux programmes médicaux d'urgence. Il est important d'améliorer le délai avant traitement, l'accès au traitement et le remboursement aux patients.

Cette nouvelle initiative, identifiée dans le cadre des travaux du Fonds maladies rares et médicaments orphelins, se base notamment sur le modèle du système ATU mis en place en France. Une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) est une procédure française permettant à certaines catégories de malades d'utiliser des médicaments n'ayant pas encore été mis sur le marché.

Afin de mettre en place des premières mesures qui permettent l'accès et le remboursement plus rapide pour certaines spécialités pharmaceutiques ou thérapies innovantes hors indication ou pas encore mises sur le marché ni remboursées, un budget de 3,5 millions€ a été prévu lors de la fixation du budget 2011 par le Conseil général de l'INAMI.

Action 16 : soutenir la radiothérapie et l'imagerie oncologiques

Actions présentées en mars 2008

1. **Le contrôle de qualité de l'ensemble des appareillages**
2. **Une nouvelle programmation si cela s'avérait opportun.**
3. **Le Financement au sein du Budget des Moyens Financier (BMF)**

Dans le domaine de la radiothérapie

Un projet-pilote de contrôle de la qualité au sein des services belges de radiothérapie a été élaborée par le Service publique fédéral santé publique en concertation avec le Collège de radiothérapie et l'AFCN. Lancé en 2010, ce projet prévoit l'introduction progressive de systèmes de gestion de la qualité adaptés à l'environnement de la radiothérapie et l'élaboration de systèmes internes d'enregistrement et d'analyse des incidents dans les services belges de radiothérapie.

Le Collège de radiothérapie a remis un avis concernant la programmation et les critères d'agrément des services de radiothérapie. Il mentionne entre autres que la mise en place des services satellites entraîne une duplication de l'infrastructure, qui est plus coûteuse que l'élargissement d'un service existant. Il signale également que la multiplication des services est une menace pour la qualité des soins, puisque le niveau d'activité minimale ne serait pas atteint. Afin d'obtenir une analyse précise de la situation actuelle, des informations supplémentaires ont été demandées au Collège de Radiothérapie.

Dans le domaine de l'imagerie médicale

La concertation avec les différents acteurs et experts concernant la programmation éventuelle d'un certain nombre de PET-scan a débuté au sein du SPF Santé publique. Le rapport du KCE en la matière sera pris en considération lors des discussions.

Information complémentaire

Campagne de sensibilisation sur le thème de l'imagerie médicale

Les chiffres d'exposition aux rayons ionisants sont beaucoup plus élevés en Belgique que dans les pays voisins. Une vaste campagne de sensibilisation relative à l'imagerie médicale, qui deviendra récurrente, a débuté en 2010. Elle a été élaborée sur base des lignes directrices sur le bon usage des examens d'imagerie médicale qui ont été actualisées et validées par les professionnels de la santé.

Résultat d'une concertation entre l'INAMI, le SPF santé publique et l'AFCN, cette campagne se compose de plusieurs volets :

- une brochure envoyée par l'INAMI aux médecins afin qu'ils puissent éventuellement adapter leurs prescriptions d'imagerie médicale, sur base de ces lignes directrices.
- une sensibilisation des patients et du grand public.



actions concrètes

soins, traitements et soutien aux patients

- une large publicité du Service public fédéral Santé publique sur le bon usage des examens d'imagerie médicale (les lignes directrices en ligne et mises à jour régulièrement).
- une information personnalisée à l'attention de chaque professionnel de la santé, basée sur sa pratique individuelle (chapitre spécifique sur la problématique de la prescription d'imagerie médicale dans profils individuels).
- des propositions pour intégrer un module spécifique aux logiciels médicaux qui faciliterait la transmission électronique des résultats d'examen vers et à partir du dossier médical global, afin d'éviter la redondance d'examens. Ces logiciels intégreront également les lignes directrices, comme outil d'aide à la décision de prescription.

Action 17 : soutien structurel aux banques et aux unités de thérapie cellulaire pour les cellules souches hématopoïétiques et de sang de cordons

Action présentée en mars 2008

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

Le financement structurel des 12 hôpitaux possédant des banques et unités de thérapie cellulaire agréées pour les cellules souches hématopoïétiques et de sang de cordons est réalisé depuis le 1^{er} janvier 2009 sur base des critères suivants :

Pour les banques de cellules souches hématopoïétiques :

- 0,2 ETP médecin gestionnaire de la banque,
 - 1 ETP technicien,
 - 1 ETP coordinateur de qualité,
 - 0,5 ETP gestionnaire de données
 - Un forfait pour les frais de fonctionnement et de stockage:
- Soit un total de 208.480€ par banque de cellules souches.

Pour les banques de cellules souches hématopoïétiques et banque de sang de cordon :

- 0,3 ETP médecin gestionnaire des banques,
 - 2 ETP technicien,
 - 1 ETP coordinateur de qualité,
 - 1 ETP gestionnaire de données
 - Un forfait pour les frais de fonctionnement et de stockage:
- Soit un total de 351.720€ pour les deux banques.

En termes de suivi du projet, un rapport d'activité annuel est demandé et un comité d'accompagnement avec les responsables des unités financées est organisé par la cellule « plan cancer » du SPF santé publique.

Action 18 : amélioration du remboursement de certains coûts annexes aux traitements anti-cancéreux

Actions présentées en mars 2008

1. Pour les patients laryngectomisés

Le remboursement de la marge de sécurité sur l'implant sonatoire (49,07€) est en vigueur depuis le 1er novembre 2009. Un budget de 120.000€, sur base annuelle, est prévu à cet effet.

Vu la fréquence du changement de l'implant sonatoire (2 à 3 fois par an) et du kit d'entretien de la laryngectomie (4 à 5 fois par an), et la hauteur de la marge de délivrance, la marge de délivrance pour les prestations concernant la prothèse de la parole et ses accessoires est prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé.

2. Pour les personnes qui, suite aux traitements anticancéreux, perdent leurs cheveux

La revalorisation d'interventions forfaitaires pour les personnes qui perdent leurs cheveux suite aux traitements anticancéreux est en vigueur depuis le 1^{er} février 2009¹⁶. Un budget annuel de 500.000€ a été prévu à cet effet.

Cette revalorisation de 50% concerne les deux interventions forfaitaires suivantes :

- L'intervention forfaitaire passera de 120 à 180€ pour les personnes atteintes d'une calvitie totale suite à un traitement,
- L'intervention forfaitaire passera de 180 à 270€ pour les personnes atteintes d'une alopecie cicatricielle d'origine radiothérapeutique.

3. Pour les personnes devant subir l'ablation d'un sein

Une amélioration du remboursement des reconstructions mammaires, intégrant le remboursement des dernières techniques, est en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2008¹⁷. Un budget de 600.000€ pour améliorer le remboursement actuel des reconstructions mammaires a été prévu dans l'accord médico-mutualiste 2008.

Deux mesures supplémentaires sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009 :

*Introduction d'interventions de l'assurance pour des prothèses mammaires externes en cas d'agénésie unilatérale*¹⁸

Auparavant, le remboursement était uniquement prévu après mammectomie totale ou partielle. Les personnes avec agénésie unilatérale avaient droit à un remboursement pour une prothèse mammaire interne mais pas pour une prothèse mammaire externe. Pour remédier à ce problème, un nouveau remboursement a

¹⁶ Arrêté royal du 19 décembre 2008 publié au Moniteur le 16 janvier 2009.

¹⁷ Arrêté royal du 18 septembre 2008 publié au Moniteur le 10 octobre 2008.

¹⁸ Arrêté royal du 14 octobre 2008 publié au Moniteur le 07/11/2008



actions concrètes

soins, traitements et soutien aux patients

été introduit : celui des prothèses externes pour les personnes avec agénésie unilatérale qui ne souhaitent pas subir d'opération.

Introduction d'interventions de l'assurance pour 2 prothèses mammaires externes après amputation du second sein

Après l'amputation du second sein, la personne a droit à une prothèse mammaire externe. Etant donné que la seconde prothèse mammaire est rarement délivrée en même temps que la première, les délais de renouvellement des deux prothèses ne coïncident pas. La personne doit alors entamer deux fois la procédure de demande. Prévoir un remboursement pour 2 prothèses externes lors de l'amputation du second sein permet de faire coïncider les délais de renouvellement et évite à la personne de devoir entreprendre deux fois la procédure de demande. Cette modification permet également à la personne de passer de prothèses mammaires lourdes à des prothèses mammaires plus légères.



Action 19 : développer la revalidation fonctionnelle du patient cancéreux en état de rémission

Action présentée en mars 2008

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

La revalidation et la réintégration sociale du patient après le traitement se prépare pendant la phase active du traitement, avec tous les prestataires de soins mais aussi avec le patient lui-même en tant que partenaire actif de l'équipe de soins.

Un projet de recherche sur l'amélioration de la qualité de vie et la réintégration de femmes atteintes d'un cancer du sein, traitées par adjuvant au moyen d'entraînement physique et gestion de leur style de vie est prévu. Lors de la phase préparatoire réalisée en 2007-2008 par l'université de Gand, un programme de rééducation standardisé et des manuels destinés au prestataire de soins et à la patiente ont été développés.

Dans une deuxième phase, l'étude sera effectivement réalisée et aura pour objectif de vérifier l'effectivité d'un programme de rééducation oncologique multidisciplinaire standardisé. Elle devrait débuter en mai 2011 pour une année dans 7 hôpitaux qui étaient déjà associés à la phase de préparation. Dans une troisième phase, l'étude sera mise en place dans 15 hôpitaux pour une période de 2 ans (à partir de mai 2012).



Action 20 : fixer les conditions de reconnaissance d'un handicap post-traitement du cancer

Action présentée en mars 2008

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

Outre les conditions d'âge, de nationalité, de résidence et de revenu, le bénéfice d'allocations pour personnes handicapées dépend de la perte de capacité de gain de la personne dans le cadre de l'allocation de remplacement de revenu et de la perte d'autonomie pour l'allocation d'intégration et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées.

Une modification de la procédure¹⁹ concernant le traitement des dossiers en matière des allocations aux personnes handicapées est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008.

L'administration recourt de manière privilégiée à l'expertise médicale sur base d'un dossier afin de favoriser un traitement accéléré des demandes d'allocation aux personnes handicapées pour des personnes en traitement chimiothérapique, radiothérapique associés ou non à un traitement chirurgical ; des personnes atteintes d'une affection rapidement évolutive ayant un pronostic vital péjoratif à court terme ou de personnes en phase terminale et en soins palliatifs.

¹⁹ Arrêté royal du 16 avril 2008 au Moniteur le 19 mai 2008.



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

Actions présentées en mars 2008

1. Appel à projets particuliers qui soutiennent et accompagnent les parents et les enfants dans leur trajectoire face à maladie
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 des patients et de leurs proches face à la maladie, un appel à projets a été lancé le 12 juin 2008, conjointement pour les actions 21 et 22 du Plan Cancer. Au total, 58 projets ont été rentrés.

50 projets ont été sélectionnés et sont soutenus depuis le 1^{er} janvier 2009. Ces projets, qui s'adressent à divers groupes-cibles tels que les patients cancéreux (adultes ou enfants) et leurs proches (enfants, parents, conjoints), peuvent être répartis en trois catégories différentes :

- l'aménagement d'un espace de rencontre
- l'organisation de groupes de parole
- la mise en place de projets spécifiques tels que l'accompagnement individuel de proches de patients en récidive ou de patients allochtones, l'organisation de visites dans les classes des enfants malades, l'extension ou l'optimisation d'un accompagnement pluridisciplinaire, des projets de recherche,...

Sur base des rapports d'activités 2009, des comités d'accompagnement ont eu lieu en juin 2010. Les responsables de projets ont souligné l'importance de cette rencontre en termes d'échange d'information et d'expérience. Après une phase de préparation et de mise en place, les projets ont démarré courant 2009 et se trouvaient courant 2010 en pleine phase d'exécution.

Le financement des projets sélectionnés pour l'action 21-22 a été prolongé en 2011. Il s'est avéré qu'une période de 2 ans n'était pas suffisante pour mener les projets à leur terme et en permettre l'évaluation. Une attention particulière sera apportée à l'évaluation des projets en termes d'amélioration et de plus-value au soutien des patients cancéreux et de leur entourage ainsi qu'à l'identification, sur base de l'expérience, de propositions de recommandation pour des mesures concrètes.

Information complémentaire

Maisons de répit pour enfants et adolescents

La création de projets de type « maison de répit » a été élaborée dans le cadre du programme « priorité aux malades chroniques ».

Cactions concrètes soins, traitements et soutien aux patients

Les unités de soins de répit s'adressent à des enfants et adolescents atteints d'un cancer ou d'une maladie incurable dont le pronostic est réservé. En dehors du ou des séjours dans l'unité, ces enfants doivent être soignés à domicile et y recevoir des soins médicaux fréquents et contraignants. Les unités visent à offrir un moment de répit aux parents de ces enfants et adolescents, en garantissant la continuité des soins et la qualité de l'accueil. Elles doivent disposer d'une équipe multidisciplinaire adaptée à la population accueillie et capable de faire face, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, à la diversité des situations pathologiques possibles. Les disciplines indispensables sont : médecin spécialiste, psychologue, infirmier, animateur et personnel de support logistique et administratif. Peuvent s'y ajouter : kinésithérapeute, ergothérapeute et logopède.

Un budget total de 2,1 millions€, divisé en parts égales de 700.000€ entre les 3 Régions du pays, est prévu par l'INAMI afin de couvrir en partie le financement de personnel ainsi que certains frais généraux, à l'exclusion des frais de bâtiment qui doivent être pris en charge par les régions.

Des conventions-types pour unités de 10 ou de 5 lits, ont été élaborées en concertation avec les projets retenus (1 à 2 structures par région). Les premières structures prêtes (1 unité à BXL-capitale et 1 unité en Flandre) ont démarrés en février 2011.



Action 23 : financement structurel des filières de soins pédiatriques « Soins continus Enfants »

Action

1. Création d'une fonction de liaison pédiatrique

Dès 2004, sept équipes de liaison multidisciplinaire (4 flamandes et 3 francophones) ont bénéficié d'une convention avec le SPF Santé publique pour financer des « soins continus » pour enfants gravement malades. Ces équipes incarnent le lien entre l'hôpital et le domicile et sont garantes de la continuité des soins et de la prise en charge globale de l'enfant gravement malade à domicile.

Venant à échéance fin 2008, les conventions des équipes de liaison pédiatrique multidisciplinaires ont été prolongées afin de permettre l'élaboration d'un financement structurel. La prolongation s'est accompagnée d'un doublement du financement, soit un effort budgétaire de 400.000€.

Elaborées en concertation avec les experts des équipes de liaison existantes, les normes d'agrément se basent notamment sur le niveau d'activité.

L'Arrêté du 15 novembre 2010 fixe les normes auxquelles la fonction "liaison pédiatrique" doit répondre pour être agréée (publié le 30 décembre 2010). Les équipes qui seront agréées, via les communautés, comme « fonction de liaison pédiatrique » ont pour fonction d'une part de soutenir l'équipe hospitalière du jeune patient atteint de pathologie chronique lourde hospitalisé, et d'autre part d'assurer la continuité du traitement hospitalier lors du retour à domicile du jeune patient. Un budget annuel total de 1,4 millions€ est prévu.

Action 24 : soutien à des projets-pilotes d'oncogériatrie clinique

Action présentée en mars 2008

1. Appel à projets en oncogériatrie

Afin d'optimiser la prise en charge des patients âgés atteints de tumeurs et de créer ultérieurement des unités spécialisées en oncogériatrie clinique, un appel à projets aux programmes de soins en oncologie gériatrique a été lancé en juin 2008. Au total, 27 projets ont été rentrés.

15 projets ont été sélectionnés et sont soutenus depuis le 1^{er} janvier 2009 pour un budget annuel de 1,5 millions€.

Ceux-ci peuvent être répartis en 3 types d'études et 1 type de projets-pilotes en oncogériatrie :

- études quantitatives sur l'utilisation d'instruments de screening ou d'évaluation
- études qualitatives sur le vécu des patients
- études quantitatives sur l'autonomie fonctionnelle du patient
- projets-pilotes concernant l'approche multidisciplinaire

Sur base des rapports d'activités 2009, un comité d'accompagnement a eu lieu en juin 2010. Les responsables de projets ont souligné l'importance de cette rencontre en termes d'échange d'information et d'expérience. Après une phase de préparation et de mise en place, les projets ont démarré courant 2009 et se trouvaient courant 2010 en pleine phase d'exécution.

Le financement des projets sélectionnés pour l'action 24 a été prolongé en 2011. Il s'est avéré qu'une période de 2 ans n'était pas suffisante pour mener les projets à leur terme et en permettre l'évaluation. Une attention particulière sera apportée à l'évaluation des projets en termes d'amélioration et de plus-value au soutien des patients cancéreux et de leur entourage ainsi qu'à l'identification, sur base de l'expérience, de propositions de recommandation pour des mesures concrètes.

Action 25 : améliorer l'offre de soins palliatifs pour les patients cancéreux

Actions présentées en mars 2008

1. Etude des besoins en soins palliatifs

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a publié en octobre 2009 une étude concernant la situation des patients palliatifs en Belgique, en collaboration avec les Fédérations des Soins Palliatifs et des équipes universitaires.

Dans les conclusions de l'étude, le KCE indique que le statut du patient palliatif devrait être reconnu sur base des besoins de la personne plutôt que sur base de son pronostic vital. Les patients désireraient souvent être soignés et finir leurs jours à domicile. La formation des soignants, notamment en matière de communication, et des soins prodigués par une équipe multidisciplinaire, sont des éléments clé pour des soins palliatifs de qualité.

2. Renforcement de l'encadrement pour les soins palliatifs en maisons de repos et de MRS

Un renforcement de l'encadrement pour les soins palliatifs en maisons de repos et de MRS est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2008.

Un budget de 8,2 millions€ sur base annuelle permet de financer une augmentation de la norme d'encadrement par du personnel qualifié pour des soins palliatifs de 0,10 ETP par 30 patients lourdement dépendants (catégories B, C et Cd)²⁰.

3. Revalorisation du forfait en soins palliatifs à domicile

Dans le cadre des soins palliatifs à domicile en fin de vie, la revalorisation des forfaits de soins favorise une meilleure aide à domicile pour soulager la famille des patients, particulièrement lorsque ses membres doivent poursuivre leur activité professionnelle.

Entrée en vigueur le 1^{er} mars 2009, la revalorisation de 15% du forfait soins palliatifs²¹ a permis une augmentation du forfait soins palliatifs à domicile de 512,44€ à 589,31€. Un budget de 1,45 millions € est prévu.

4. Structures de jour en soins palliatifs

Développement de plus de structures de soins palliatifs qui ne soient ni un hôpital, ni une maison de repos : les centres de soins palliatifs de jour sont une solution également pour réaliser de courts traitements comme des ponctions de décharge ou des nutritons parentérales...

Afin d'améliorer le financement structurel des centres de soins palliatifs de jour existants, des normes spécifiques pour ces « centres de soins de jour » sont en cours d'élaboration. Un budget de 572.000€ y sera affecté.

²⁰ Arrêté Ministériel du 04/07/2008 publié au Moniteur le 10/07/2008.

²¹ Arrêté Royal du 12/02/2009 publié au Moniteur le 25/02/2009.

Action 26 : actions à mener en concertation avec les ministres compétents au niveau fédéral

Actions présentées en mars 2008

1. Améliorer la conciliation vie professionnelle / cancer pour le patient

En ce qui concerne l'incapacité de travail, les personnes qui doivent s'absenter régulièrement en raison d'un traitement médical programmé sont souvent confrontées à une complexité administrative et des pertes financières importantes.

Chaque nouvelle phase du traitement nécessite de déclarer à nouveau l'incapacité. Lors de la première absence et, par la suite, si la période de reprise de travail entre deux traitements est supérieure à 14 jours, l'employeur doit payer le salaire garanti et les ouvriers se voient imposer un jour de carence. Enfin, la durée du traitement peut avoir comme conséquence de faire entrer ces personnes en invalidité.

Un système spécifique de congé de maladie et d'indemnité pour des malades chroniques qui suivent des traitements (ex. chimiothérapie) et nécessitent de s'absenter régulièrement permettrait de leur garantir une meilleure situation financière.

Dans le cadre du programme « priorité aux malades chroniques », un groupe de travail mis en place par l'INAMI a élaboré une proposition de critères d'identification des bénéficiaires du futur statut de « malade chronique ». La période d'affaires courantes ne permet pas de créer la base légale nécessaire pour la concrétisation et l'élaboration technique des critères d'octroi de ce statut.

L'éventuelle transposition du modèle proposé sera analysée dans le cadre de la problématique du salaire garanti pour les personnes régulièrement en incapacité de travail pour de courtes périodes en raison d'un traitement médical.

2. Améliorer la conciliation vie professionnelle / cancer pour les parents

Une extension de la durée actuelle du congé pour assistance médicale permettrait aux parents d'enfant atteint d'une maladie grave comme le cancer de pouvoir s'en occuper pendant plus longtemps sans souffrir d'une perte de revenu trop importante.

A l'instar de ce qui existe pour un parent isolé, l'adaptation du congé d'assistance médicale a fait l'objet de premières concertations avec la Ministre de l'Emploi afin de permettre aux parents d'enfants atteints d'un cancer de pouvoir prendre un congé pour assistance médicale dont la durée est plus longue. La période actuelle d'affaires courantes ne permet pas de poursuivre ce projet.

Dans le cadre du système de l'entrepreneur remplaçant, une base légale a été créée afin de permettre l'extension des cas où l'indépendant peut être remplacé pendant plus de 30 jours à deux types de congé : le congé pour soins palliatifs et le congé pour maladie grave d'un enfant²².

²² Loi dispositions diverses - novembre 2010.



3. Procédure de déductibilité fiscale des dons facilitée et adaptée

Dans la lutte contre le cancer, le monde associatif joue un rôle de premier plan, tant du point de vue de l'information et de la prévention, de l'aide sociale aux malades ou du soutien à la recherche. L'action du monde associatif repose en grande partie sur la générosité des citoyens et sur l'encouragement apporté à cette générosité par l'état à travers la possibilité de déduire fiscalement les dons et legs faits aux associations agréées.

La procédure de déductibilité fiscale des dons a été facilitée et adaptée afin de permettre au monde associatif de bénéficier de cette aide.

Action : Intervention dans les frais de transport des patients cancéreux

Actions supplémentaires

1. Simplification de la procédure pour l'intervention dans les frais de transport

Dans le cadre de certains traitements contre le cancer, les nombreux déplacements entre le domicile du patient et l'hôpital occasionnent des frais de transport importants.

En cas de traitement chimiothérapique, par radiations ou de consultations de surveillance, un remboursement partiel ou complet est prévu par l'assurance maladie obligatoire. Les frais des déplacements en transport en commun sont entièrement remboursés. Pour les autres moyens de transport, le remboursement s'élève à 0,25€ par kilomètre parcouru entre le domicile et le centre de soins (aller-retour).

Depuis le 1^{er} juillet 2008, une procédure simplifiée permet le remboursement de tout ou partie (selon le mode de transport) des frais de déplacement individuel. La distinction entre transport individuel et collectif a été supprimée, de même que la limite de distance de 2x30 km aller-retour²³.

2. Modification des conditions d'intervention lors de l'hospitalisation de l'enfant atteint d'un cancer

Une intervention dans les frais de déplacement des parents ou tuteurs d'enfants hospitalisés, de moins de 18 ans, atteints d'un cancer existe depuis le 1^{er} juillet 2007. Des modifications des conditions d'intervention dans les frais de transport de parents en cas d'hospitalisation²⁴ sont entrées en vigueur le 1^{er} août 2008.

L'assurance maladie invalidité intervient dans les coûts d'un trajet aller-retour par jour, pour chaque jour d'hospitalisation de l'enfant mineur concerné qui comporte au moins une nuit, et ceci, à concurrence de 0,25€ par kilomètre (distance réelle entre le domicile de l'enfant et l'hôpital où l'enfant est hospitalisé pour traitement, cependant limitée à 75€ par jour, soit 300 km aller-retour).

²³ Arrêté Ministériel du 28/05/2008 publié au Moniteur le 09/06/2008.

²⁴ Arrêté Royal du 30/06/2008 publié au Moniteur le 14/07/2008.

Action : Amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients cancéreux

Nouvelles actions 2011

1. Financement de diététiciens dans le cadre des Programmes de soins oncologiques (PSO)

L'alimentation pouvant jouer un rôle de soutien pendant le traitement du cancer, le renforcement du soutien nutritionnel au sein des programmes de soins oncologiques est important.

Financer des diététiciens permet de renforcer le soutien nutritionnel au sein des Programmes de Soins Oncologiques (PSO). Cette mesure s'inspire des actions 10 et 11 du Plan Cancer qui concernent le financement de psychologues, infirmiers, assistants sociaux et data manager dans les programmes de soins oncologiques (voir pages xxx).

Sur base du nombre de concertations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées (données 2008 INAMI), entre 1 et 4 ETP diététicien sont financés depuis le 1^{er} janvier 2011 dans les hôpitaux disposant d'un PSO agréé.

Le financement est calculé comme suit :

- 1 ETP diététicien entre 1 et 500 COM
- 1/2 ETP diététicien par 250 COM supplémentaires (limité à un nombre total maximum de 4 ETP)

Lors de la fixation du budget 2011, un budget de 7,5 millions€ a été prévu et permet de financer environ 162 ETP diététiciens.

Les diététiciens financés doivent disposer de préférence d'une expérience professionnelle en diététique oncologique ou à défaut d'une expérience professionnelle en diététique utile pour la prise en charge de patients oncologique. Ils doivent faire partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire du programme de soins oncologiques. Si l'hôpital a désigné un responsable nutritionnel et une équipe nutritionnelle multidisciplinaire, les diététiciens susmentionnés doivent participer et collaborer aux travaux de cette équipe.

Dans le cadre de l'évaluation et du suivi de cette initiative, un rapport d'activités annuel sera demandé. De plus, des échanges de pratique auxquels les diététiciens seront invités seront organisés par la cellule « plan cancer » du SPF santé publique.

2. Appel à projets concernant la cachexie

La cachexie est un phénomène fréquent chez le patient oncologique, ainsi que dans le cadre de diverses autres maladies chroniques. Il s'agit d'un des symptômes les plus exténuants et les plus graves du cancer qui épuise littéralement l'énergie du patient. Cette affection grave affecte la qualité de vie du patient, ainsi que son pronostic. Elle n'est pas seulement difficile à gérer pour le patient, mais aussi pour son entourage, pour lequel il est très dur de voir un proche 'décliner' de la sorte.

Le principal symptôme de la cachexie est la perte de poids, tant sous forme de muscles, de graisse et même de masse osseuse. Pour traiter la cachexie, il ne suffit pas de manger plus. Les recherches et progrès faits par rapport aux causes, à la

Plan National Cancer

C actions concrètes soins, traitements et soutien aux patients

prévention, à la détection et au traitement de la cachexie continuent encore, à l'heure actuelle, de faire apparaître de nouveaux éléments et permettent d'acquérir de nouvelles connaissances.

Des projets-pilotes novateurs et ambitieux seront soutenus afin d'améliorer la prévention, la détection et la prise en charge des patients oncologiques à risque ou atteints de cachexie.

Un appel à projets a été lancé fin janvier 2011 aux hôpitaux agréés pour un Programme de soins d'oncologie. Les dossiers de candidature doivent être rentrés au plus tard pour le 31 mars 2011.

Mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire associant au minimum des oncologues, des infirmiers et des spécialistes de la nutrition, les projets soumis doivent concerner le développement de stratégies adéquates pour prévenir, détecter et combattre la cachexie.

Les futurs projets sélectionnés seront financés pour une durée de 2 ans pour un montant forfaitaire maximum total de 150.000€ par projet. Un budget de 1 million€ a été prévu et devrait permettre de soutenir au minimum 6 projets.

AXE III : RECHERCHE, INNOVATION TECHNOLOGIQUE ET EVALUATION

Tableau 3 : Etat des lieux de l'axe « recherche, innovation technologique et évaluation »

N°	Action	Origine	Etat des lieux
27	Création d'une tumorotheque		
	Financement structurel de tumorotheques	Plan 2008	OK
28	Financement structurel de la coordination de la recherche translationnelle dans les hopitaux		
	Financement structurel de cellules de coordination de la recherche translationnelles	Plan 2008	OK
29	Soutien à la recherche translationnelle		
	Projets de recherche translationnelle	Plan 2008	OK
30	Utilisation de l'hadrontherapie en Belgique		
	Etude de faisabilité sur la création d'un centre d'hadrontherapie en Belgique	Plan 2008	En élaboration
	Renforcer le remboursement des soins et frais de déplacement aux patients cancéreux nécessitant le recours à l'hadrontherapie	Plan 2008	En élaboration
31	Renforcer la Fondation Registre du Cancer		
	Création par Arrêté Royal de la Fondation d'utilité publique Registre du Cancer	Plan 2008	OK
	Création d'un comité consultatif des utilisateurs des données de la fondation d'utilité publique du Registre du Cancer	Plan 2008	OK (bloqué)
	Financement structurel de la Fondation Registre du Cancer	Plan 2008	OK
32	Mise en place d'un Centre de Référence Cancer		
	Création du centre du cancer	Plan 2008	OK

Action 27 : Création d'une tumorothèque

Actions présentées en mars 2008

1. Financement de tumorothèques

Les hôpitaux universitaires ou assimilés (hôpitaux bénéficiant d'un financement pour les nouvelles technologies et dotés d'un programme de soins agréé en oncologie) qui possèdent déjà une tumorothèque avec une gestion centralisée sont financés structurellement depuis le 1^{er} janvier 2009.

11 banques ont satisfait aux normes exigées et sont actuellement financées. Un budget de 3,3 millions€ est prévu sur base annuelle.

Il s'agit d'un financement forfaitaire octroyé pour :

- 1 ETP gestionnaire de la tumorothèque
- 1 ETP technicien de laboratoire
- les frais de fonctionnement, de matériel et de sécurisation.

Les hôpitaux concernés reversent 10% du montant obtenu au Registre du cancer en guise de contribution aux frais de mise en place et de gestion d'une tumorothèque virtuelle faîtière. Ce projet consiste essentiellement en la mise en commun des bases de données locales et en l'établissement de la standardisation des processus.

En termes de suivi du projet, un rapport d'activité annuel est demandé et un comité d'accompagnement avec les responsables des unités financées est organisé par la cellule « plan cancer » du SPF santé publique.

Action 28 : financement structurel de la coordination de la recherche translationnelle dans les hôpitaux

Action présentée en mars 2008

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

Les hôpitaux universitaires ou assimilés agréés pour un PSO complet qui justifient d'une expertise démontrée en recherche translationnelle peuvent prétendre à un financement structurel depuis le 1^{er} janvier 2009. Une enveloppe budgétaire de 2,5 millions€ est prévue.

Le financement structurel de cellules de coordination de la recherche translationnelle est octroyé à 7 hôpitaux qui répondent aux critères de financement (sur 9 demandes). Il comprend :

- Un médecin coordinateur de la recherche translationnelle dans l'hôpital
- Un ETP secrétariat pour assurer le soutien administratif et logistique au médecin coordinateur
- Un ETP data manager pour assurer une aide à l'encodage des données

En termes de suivi du projet, un rapport d'activité annuel est demandé et un comité d'accompagnement avec les responsables des unités financées est organisé par la cellule « plan cancer » du SPF santé publique.

Action 29 : soutien à la recherche translationnelle

Action présentée en mars 2008

1. Projets de recherche translationnelle en oncologie

Afin de viser à un meilleur ciblage des thérapies et à la recherche de nouvelles cibles thérapeutiques et diagnostiques, un appel à projets de recherche translationnelle en oncologie a été lancé en juin 2008. 61 projets ont été rentrés et ont fait l'objet d'une sélection par un jury international et indépendant.

29 projets ont été sélectionnés et sont soutenus depuis le 1^{er} janvier 2009. Une enveloppe budgétaire de 15 millions€ a été prévue.

Bien que très variés, les sujets d'étude développés par ces projets peuvent être classés en trois grands thèmes :

- Les caractéristiques génétiques
- L'identification et/ou la validation de biomarqueurs
- L'utilisation et l'implémentation de techniques d'imagerie fonctionnelle

Ces projets d'étude peuvent concerner différents types de cancer tels que le cancer du sein, la leucémie, le cancer des poumons, le neuroblastome, le cancer du col de l'utérus, le cancer de la prostate, le cancer des ovaires, le cancer colorectal, ou encore le cancer pendant la grossesse.

Plus concrètement, les sujets d'étude développés par ces projets concernent :

- L'imagerie fonctionnelle
- Le séquençage de gènes
- L'interaction des cellules de la leucémie aiguë lymphoblastique de l'enfant et de l'adolescent
- L'innovation dans l'association de plusieurs médicaments
- L'identification des micro-ARNs dont la présence/absence marque l'apparition d'une tumeur.
- La vaccination anti-cancer
- La recherche des traitements adaptés aux femmes enceintes

Sur base des rapports d'activités 2009, un comité d'accompagnement a eu lieu en juin 2010. Après une importante phase de préparation et de mise en place, les projets ont démarré courant 2009 et se trouvaient se trouvaient courant 2010 en pleine phase d'implémentation.

Le financement des projets sélectionnés pour l'action 29 a été prolongé en 2011. Il s'est avéré qu'une période de 2 ans n'était pas suffisante pour implémenter et mener les projets de recherche à leur terme.

Action 30 : utilisation de l'hadronthérapie en Belgique

Actions présentées en mars 2008

1. Etude de faisabilité sur la création d'un centre d'hadronthérapie en Belgique

Avant tout, il est primordial d'étudier la faisabilité et la plus-value de la création d'un centre d'hadronthérapie en Belgique, que ce soit en termes de public bénéficiaire, d'activités, d'organisation ou encore de financement.

Dans ce cadre, la Fondation "Belgian Hadrontherapy Center Project" (BHTC) a élaboré une proposition d'étude en plusieurs phases ayant pour objectif d'analyser la faisabilité d'un tel projet en Belgique. Dans un premier temps, il est nécessaire d'identifier les arguments/preuves scientifiques justifiant ou invalidant le développement d'une telle technique en Belgique.

Actuellement, les possibilités de financement ainsi que le contenu de cette proposition sont à l'étude.

2. Renforcer le remboursement des soins et frais de déplacement aux patients cancéreux nécessitant le recours à l'hadronthérapie

Le remboursement des soins et frais de déplacement des patients cancéreux nécessitant le recours à cette nouvelle forme de radiothérapie sera renforcé en collaboration avec les centres européens d'Hadronthérapie existants.

Une procédure standard de remboursement des patients cancéreux allant subir un traitement d'hadronthérapie à l'étranger a été finalisée courant 2009 par l'INAMI. Le comité scientifique d'experts prévu dans ce cadre a été composé en 2010. Il élabore une proposition concernant les indications qui rentrent en compte pour une intervention. En attendant l'entrée en vigueur de cette initiative, un recours au Fonds spécial de solidarité existe toujours.

Action 31 : renforcer la Fondation Registre du Cancer

Actions présentées en mars 2008

1. Création par Arrêté Royal de la Fondation d'utilité publique Registre du Cancer

La Fondation d'utilité publique Registre du Cancer a été créée par l'Arrêté royal du 23 décembre 2008 publié au Moniteur du 10 février 2009. Elle a pour but d'assurer et d'organiser la continuité de l'enregistrement du cancer en Belgique.

2. Création d'un comité consultatif des utilisateurs des données de la fondation d'utilité publique du Registre du Cancer

La composition et le fonctionnement du comité consultatif des utilisateurs des données de la fondation d'utilité publique du Registre du Cancer est fixée dans l'Arrêté Royal du 10 décembre 2009 publié au Moniteur le 8 avril 2010²⁵. Il est notamment chargé de superviser et d'évaluer les aspects qualitatifs et quantitatifs de l'enregistrement des cancers; et de formuler des propositions en vue d'optimiser l'enregistrement et l'analyse des données.

La période d'affaires courantes ne permet cependant la nomination par arrêté royal des membres du comité consultatif.

3. Financement structurel de la Fondation Registre du Cancer

En 2009, un budget maximum de 680.000€ par an a été dégagé afin de soutenir les nouvelles activités de la Fondation Registre du cancer²⁶. La première concerne la création d'un registre pour l'enregistrement des tests cyto-histopathologiques et la seconde vise le renforcement de l'équipe du Registre avec 2 ETP.

²⁵ La base légale permettant la création d'un comité consultatif au sein de la Fondation figure dans la loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses non urgentes parue au Moniteur belge du 7 août 2008.

²⁶ Arrêté Royal du 07/10/2009 publié au moniteur le 18/11/2009.

Action 32 : mise en place d'un Centre de Référence Cancer

Action présentée en mars 2008

1. Création du Centre du Cancer

Le Centre du Cancer a été créé le 1^{er} septembre 2008, par la signature d'une convention entre l'Institut scientifique de Santé publique (ISP) et l'INAMI. Actuellement, l'équipe du Centre du cancer, qui est prévu comme une division autonome de l'ISP, se compose de 5 personnes.

Les principales missions du centre du cancer sont : inventorier, recommander et évaluer. Il facilite les collaborations entre acteurs, évalue les efforts fournis sur le plan de la lutte contre le cancer et conseille sur base de l'expertise collectée du terrain ainsi que sur base des données scientifiques.

Afin d'élaborer des propositions d'action pour le prochain Plan Cancer, le Centre du Cancer s'est concerté avec les acteurs de terrain en organisant plusieurs groupes de discussions de novembre 2009 à mars 2010. Les thèmes abordés concernaient notamment la prévention primaire et secondaire, le diagnostic, les soins et traitements, la réhabilitation et la réintégration ainsi que les soins supportifs et palliatifs. Au total, plus de 300 acteurs de terrain d'horizons très divers ont participé à cette concertation.

A partir des concertations avec le terrain ainsi que de l'analyse de divers documents et rapports nationaux et internationaux, le Centre du cancer a élaboré une vision à long terme pour la lutte contre le cancer en Belgique ainsi que de premières propositions et recommandations d'actions intégrées pour un futur plan cancer.

En 2011, le Centre du cancer développera plus particulièrement l'évaluation des actions du plan cancer et de la politique cancer ainsi que la création d'un portail internet d'information pour les acteurs du terrain.

ANNEXE 1

Dans le cadre de l'action 15 (voir page 40), cette annexe présente des tableaux reprenant tous les nouveaux remboursements de médicaments anticancéreux par l'assurance obligatoire soins de santé pour les années 2008, 2009 et 2010.

Année 2008

Nom de la spécialité	Indication	Remb. au
ELOXATIN 5 mg/ml concentré pour solution par perfusion	Modification : un changement de mot de "graad" et "grade" vers "stadium" et "stade" dans les conditions de remboursement de la spécialité : Supprimer dans le chapitre IV, § 1940000 en inscription dans le chapitre IV, nouveau §	1/01/2008
CARBOPLATINE MAYNE 600 mg/60 ml Onco-Tain solution pour IV injection ou IV perfusion	Carboplatine est indiqué pour le traitement du carcinome de l'ovaire métastasé (d'origine épithéliale), en tant que traitement de seconde intention, quand d'autres moyens thérapeutiques ont échoué.	1/01/2008
NAVELBINE 20 mg, capsules molles	cancer du poumon, métastasé ou non opérable. Cancer du sein à un stade avancé.	1/06/2008
XELODA 150 mg	« première intention, pour le traitement du cancer colorectal métastasé en monothérapie ou en combinaison avec oxaliplatine ».	1/03/2008
OXALIPLATINE MEDAC 5 mg/ml	Oxaliplatine en combinaison avec 5-fluoro-uracil (5-FU) et acide folique est indiqué pour : le traitement adjuvant de stade III (Duke C) du cancer du colon après résection complète de la tumeur primaire et le traitement du cancer colorectal métastasé.	1/02/2008
HYCANTIN 1 mg poudre pour solution à diluer pour perfusion intraveineuse	En combinaison avec cisplatine chez des patientes qui présentent une récurrence du cancer du col de l'utérus après radiothérapie ou chez les patientes qui présentent un cancer du col de l'utérus de stade IV-B.	1/04/2008
DOXORUBICINE "EBEWE" 2 mg/ml	Doxorubicine est utilisé dans les indications suivantes : sarcomes de parties des tissus mous et ostéosarcomes, maladie de Hodgkin et non-Hodgkin lymphome, leucémie lymphoblastique aigüe, carcinomes de la glande thyroïde, sein, par exemple.	1/02/2008
MITOXANTRONE EBEWE 2 mg/ml	Traitement du carcinome du cancer du sein métastatique, non-Hodgkin lymphome et leucémie aigüe, non-lymphocytaire chez les adultes	1/02/2008
ATRIANCE 5 mg/ml solution pour perfusion	Traitement du patient avec une leucémie lymphoblastique cellule-T ou un lymphoblastome cellule-T qui ne répond pas ou en cas de récurrence après au moins deux traitements adéquats de chimiothérapie.	1/06/2008

NEXAVAR 200 mg cachets enrobés	Traitement de patients avec un carcinome hépatocellulaire avancé (HCC) avec un Child-Pugh A-cirrhose qui d'après le bilan de transplantation établi par un centre de transplantation agréée n'entre pas en ligne de compte pour une transplantation du foie.	1/07/2008
OXALIPLATINE TEVA 5 mg/ml concentré pour solution par perfusion	Traitement de première ligne d'un cancer colorectal métastasé en association avec 5-fluoro-uracil et acide folique; traitement adjuvant de grade III du cancer du colon, à la suite d'une résection complète de la tumeur primaire en association avec 5- fluoro-uracil et acide folique.	1/05/2008
FLUDARABINE TEVA 25 mg/ml concentré pour solution pour injection ou flacon de perfusion 50 mg/2 ml	Traitement d'un patient avec leucémie chronique lymphatique cellule-B qui n'a pas réagi au traitement à au moins une thérapie standard avec un agent alkyléant ou pour qui la maladie durant ou après ce traitement a continué à progresser.	1/07/2008
ETOPOSIDE EBEWE 20 mg/ml	Traitement du cancer du poumon, de certains carcinomes, de la leucémie aigüe myélomonocytaire et myélocytaire (AML, FAB subtype M4 of M5), en tant que sous-partie d'une thérapie combinée après l'échec d'une chimiothérapie à induction.	1/05/2008
MERCK-METHOTREXATE 5 mg/2 ml, solution pour injection	Affections néoplasiques, traitement du mammo-carcinome, carcinome de la tête et du cou, cancer de la vessie, cancer du poumon et mycoses fongicoïdes, le traitement des lymphomes avancés de non-Hodgkin.	1/07/2008
ELOXATIN 5 mg/ml concentré pour injection par perfusion	Élargissement des conditions de remboursement de ELOXATIN 200mg au traitement de seconde ligne du cancer colorectal métastasé après échec du traitement avec irinotecan + FU	1/07/2008
TASIGNA 200mg capsules dures	Traitement des adultes avec le chromosome de Philadelphia positif, leucémie chronique myéloïde (CML) dans la phase chronique ou d'accélération de son développement qui s'est montrée résistante ou intolérante à d'autres médicaments administrés parmi lesquels imatinib	1/09/2008
PACLITAXEL EBEWE PHARMA 6 mg/ml	Traitement du carcinome de l'ovaire; carcinome du sein; un certain carcinome du poumon (NSCLC) ; sarcome de Kaposi suite au SIDA	1/07/2008
EVOLTRA 1mg/ml concentré pour solution par perfusion	Traitement de la leucémie aigüe lymphoblastique (ALL) chez des patients pédiatriques avec une récurrence ou qui sont réfractaires après au minimum essai de deux autres possibilités de traitement.	1/07/2008
VECTIBIX 20 mg/ml concentré pour solution par perfusion	Traitement, en monothérapie, de patients avec un carcinome colorectal métastasé avec une expression EGFR qui n'a pas muté KRAS, après échec des chimiothérapies contenant fluoropyrimidine, oxaliplatin- en irinotecan	1/09/2008

VELCADE 3,5 mg poeder concentré pour solution par perfusion	Traitement de myelomes progressifs multiples chez des patients qui ont subi au moins un autre traitement et qui ont déjà subi une transplantation de moëlle osseuse ou ne peuvent pas en subir une.	1/10/2008
BUSILVEX 6 mg/ml solution à diluer pour perfusion intraveineuse	Traitement préparatoire pour une transplantation conventionnelle de cellules souches hématopoëtiques chez les nouveaux-nés, enfants et adolescents de moins de 18 ans.	1/10/2008
XAGRID 0,5 mg	Indiqué pour la réduction de taux élevés de trombocytes chez des patients avec une risque essentiel de thrombocytose que leur thérapie en cours ne peut supporter.	1/10/2008
ERBITUX 2 mg/ml solution pour perfusion	Traitement de patients avec un cancer colorectal métastasé avec expression d'un récepteur (EGFR) avec un facteur de croissance épidermale, après échec de traitement cytotoxique avec irinotecan	1/09/2008
OXALIPLATINE EG 5 mg/ml poudre pour solution par perfusion	Traitement de première ligne du cancer colorectal métastasé en association avec 5-fluorouracil et acide folique; traitement adjuvant de grade III de cancer du colon, suivant une résection complète de la tumeur primaire, en association avec 5-fluoro-uracyl et acide folique.	1/09/2008
EMTHEXATE 2,5 mg/ml, solution pour injection, 10 flacons van 2 ml	Formes sévères de psoriasis; arthrite rhumatoïde	1/10/2008
AVASTIN 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion	En combinaison intravéneuse avec 5-fluoro-uracyl/acide folique avec irinotecan, comme traitement de première ligne d'un patient atteint d'un carcinome colorectal métastasé	1/12/2008
XELODA 150 mg	Pour le traitement du cancer colorectal métastasé en monothérapie ou en combinaison avec oxaliplatine;	1/12/2008
TORISEL 25 mg/ml solution à diluer et diluant pour solution pour perfusion	Traitement primaire de patients avec carcinome avancé des cellules du rein qui ont au moins trois des six facteurs de risque diagnostiqués.	1/12/2008
HYCAMTIN 1 mg poudre pour solution à diluer pour perfusion intraveineuse	Traitement de seconde intention dans le cadre du traitement du carcinome avancé extrapelvien de l'ovaire (FIGO stade III et IV dans la hiérarchie établie par la «International Federation of Gynecology-Obstetrics»), en cas d'échec d'autres traitements ou de récidence.	1/11/2008
OXALIPLATIN SANDOZ 5 mg/ml poudre pour solution par infusion	Oxaliplatine en combinaison avec 5-fluoro-uracyl (5-FU) en acide folique est indiqué pour : le traitement adjuvant de stade III (Duke C) du cancer du colon après résection complète de la tumeur primaire et le traitement du cancer colorectal métastasé.	1/11/2008

Année 2009

SPECIALITE	INDICATION	ENTREE EN VIGUEUR
HYCAMTIN 10 gélules 0,25 mg 10 gélules 1 mg → demande de remboursement	Traitement de deuxième ligne d'un cancer du poumon à petites cellules en rechute : chez les patients présentant une rechute dans un délai compris entre 45 jours et 180 jours (6 mois) suivant le traitement de première ligne	01-01-2009
YONDELIS 0,25 mg, 1 flacon 0,05 mg/ml 1 mg, 1 flacon 0,05 mg/ml → orphelin	Traitement de sarcome des tissus mous évolué, - après échec de traitements à base d'anthracyclines et d'ifosfamide, ou - chez les patients ne pouvant pas recevoir ces médicaments sur base d'une co-morbidité	01-02-2009
MABCAMPATH 30 mg/ml concentraat voor oplossing voor intraveneuze infusie, Injectieflacons 3 x 1 ml → modification de modalités	Traitement d'un patient atteint <ul style="list-style-type: none"> o de leucémie lymphoïde chronique (LLC) qui a été traité par au moins une thérapie standard comportant un agent alkylant et qui n'a pas manifesté de réponse complète ou partielle au phosphate de fludarabine, ou chez qui un traitement de ce type a produit une rémission de courte durée seulement (moins de 6 mois). ou o atteint de leucémie lymphoïde chronique (LCC) chez qui la présence d'une délétion 17p a été démontrée par un test de Fluorescence d'Hybridation In Situ (Fluorescence In Situ Hybridisation). 	01-02-2009
HERCEPTIN 150 mg, Poudre pour solution pour perfusion 1 flacon 150 mg → modification de modalités	Traitement adjuvant du cancer du sein avec une surexpression tumorale du Récepteur 2 du facteur de croissance Epidermique Humain (HER2 ou Human Epidermal growth factor Receptor-2) prouvée par une amplification génétique lors d'au moins un test de Fluorescence d'Hybridation In Situ (FISH-test ou Fluorescence In Situ Hybridisation test) réalisé par un Centre agréé de Diagnostic Moléculaire.	01-02-2009
CAMPTO 20mg/ml solution à diluer pour perfusion, flacon 1 x 15 ml → line extension	Traitement en deuxième ligne d'un cancer colorectal métastatique, après une chimiothérapie préalable comprenant du 5-fluorouracile, en cas d'échec ou de récurrence dans un délai de six mois.	01-03-2009
FLUDARABINE TEVA 25 mg/ml concentraat voor oplossing voor injectie of infusie flacon	Traitement d'un patient atteint d'une leucémie lymphoïde chronique à cellules B qui n'a pas réagi au traitement avec au moins une thérapie standard comportant un agent alkylant ou dont la maladie a	01-03-2009

van 50 mg/2 ml, 1 flacon 2 ml → wijziging CTG	poursuivi son évolution après ce traitement	
EPOSIN 20 mg/ml concentraat voor oplossing voor intraveneuze infusie, injectieflacon 1 x 25 ml → demande de remboursement	L'étoposide est un agent antinéoplasique pour voie intraveineuse. Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres agents oncologiques. Les données disponibles indiquent que l'étoposide peut être utilisé pour le traitement de cancer du poumon à petite cellule, de carcinome du testicule non-séminome résistant, de leucémie aiguë myélomonocyte et de leucémie myélocyte (AML, FAB sous-type M4 ou M5) faisant partie d'une thérapie combinatoire après échec de la chimiothérapie d'induction.	01-03-2009
VELCADE 3,5 mg poudre pour solution pour injection, 1 flacon d'injection → modification de modalités	La spécialité entre aussi en ligne de compte pour le remboursement si elle est administrée en combinaison avec melfalan et prednisone, comme traitement de première ligne chez des patients avec un myélome multiple qui n'entre pas en ligne de compte pour un chimiothérapie à haute dose avec une transplantation de cellules souches.	01-04-2009
ALIMTA 500 MG poudre pour solution à diluer pour perfusion, flacon 1 x 500 mg → modification de modalités	La spécialité est remboursée si elle est administrée : 1° Soit en association avec le cisplatine, pour le traitement des patients atteints de mésothéliome pleural malin non résecable, de type épithélial. Le patient ne pourra pas avoir reçu de chimiothérapie antérieure et devra avoir, avant traitement, un score de Karnovsky (performance status) supérieur ou égal à 80. 2° Soit en monothérapie, pour le traitement des patients atteints de cancer bronchique non à petites cellules, localement avancé ou métastatique, dès lors que l'histologie n'est pas à prédominance épidermoïde, qui ont reçu une chimiothérapie antérieure	01-05-2009
MABTHERA 500 mg/50 ml, solution pour perfusion 50 ml solution à diluer pour perfusion 10 mg/ml MABTHERA 100 mg/10 ml, solution pour perfusion 20 ml solution à diluer pour perfusion 10 mg/ml → modification de modalités	1. en association avec une chimiothérapie comportant au minimum 2 cytostatiques pour le traitement des patients atteints de lymphome folliculaire de stade III-IV, avec un test positif pour l'antigène CD20 et n'ayant jamais été précédemment traités par chimiothérapie. 2. en association avec une chimiothérapie comportant au minimum 2 cytostatiques pour le traitement des patients atteints de lymphome folliculaire de stade III-IV récidif ou réfractaire, avec un test positif pour l'antigène CD20 et n'ayant jamais été précédemment traités par chimiothérapie.	01-06-2009
ERBITUX 2 MG/ML oplossing voor infusie, Oplossing voor infusie 2 mg/ml 1 flacon van 50	le traitement du cancer colorectal métastaté dont le gène K-RAS est non muté : - en première ligne si la spécialité est administrée en association avec la combinaison FOLFIRI ou	01-06-2009

<p>ml</p> <p>→ modification de modalités</p>	<p>FOLFOX</p> <ul style="list-style-type: none"> - pour le traitement en deuxième ligne si la spécialité est administrée en association avec l'irinotécan après échec d'un traitement avec la combinaison FOLFOX. - pour le traitement en monothérapie de patients qui ont déjà été traités, et avec de l'oxaliplatine et avec de l'irinotecan, et qui ne peuvent plus être traités avec de l'irinotécan. 	
<p>OXALIPLATINE TEVA 5 mg/ml concentraat voor oplossing voor infusie, flacon 50 mg/10 ml; flacon 100 mg/20 ml; flacon 200 mg/40 ml</p> <p>ELOXATIN 5 mg/ml Concentraat voor oplossing voor infusie Injectieflacon 1 x 10 ml Injectieflacon 1 x 20 ml Injectieflacon 1 x 40 ml</p> <p>OXALIPLATINE MEDAC 5 mg/ml 50 mg poeder voor oplossing voor injectie 100 mg poeder voor oplossing voor injectie 150 mg poeder voor oplossing voor injectie</p> <p>OXALIPLATINE EG 5 mg/ml poeder voor oplossing voor infusie, 1 injectieflacon 50 mg; 1 injectieflacon 100 mg</p> <p>OXALIPLATIN MAYNE 5 mg/ml oplossing voor infusie, 1 flacon 10 ml 1 flacon 20 ml</p>	<p>dans le cadre d'un traitement en première ligne d'un cancer colorectal métastatique;</p> <p>dans le cadre d'un traitement adjuvant d'un cancer du colon de stade III (Duke's C) suite à la résection complète de la tumeur primaire</p>	01-09-2009
<p>TYVERB 250 mg comprimés pelliculés, comprimés pelliculés 140 x 250 mg</p> <p>→ demande de remboursement</p>	<p>traitement d'une patiente atteinte du cancer du sein métastatique avec une surexpression tumorale du Récepteur 2 du facteur de croissance Epidermique Humain (HER2 ou Human Epidermal growth factor Receptor-2) prouvée par une amplification génétique lors d'au moins un test de Fluorescence d'Hybridation In Situ (FISH-test ou Fluorescence In Situ Hybridisation test) positif, réalisé par un Centre</p>	01-09-2009

	agrée de Diagnostic Moléculaire.	
<p>MABTHERA 500 mg/50 ml, solution pour perfusion, 1 flacon de 50 ml MABTHERA 100 mg/10 ml, solution pour perfusion, 2 flacons de 10 ml</p> <p>→ modification de modalités</p>	<p>en association à une chimiothérapie qui contient de la fludarabine pour le traitement de première ligne d'un patient atteint d'une leucémie lymphoïde chronique à cellules B</p> <ul style="list-style-type: none"> - stade Rai III/IV (stade Binet C), <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - stade Rai I/II (stade Binet A/B), si le patient présente des symptômes liés à la maladie (perte de poids, fatigue extrême, sueurs nocturnes ou fièvre), insuffisance progressive de la moëlle, hépatosplénomégalie ou lymphadénopathie massive ou progressive, augmentation des lymphocytes sanguins périphériques de plus de 50 % sur une période de 2 mois ou un temps de redoublement anticipé de ces cellules de moins de 12 mois. 	01-10-2009
<p>Gliolan 30 mg/ml poeder voor drank, flacon 1 x 1,5 g</p> <p>→ orphelin</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée chez un patient âgé de ≥ 18 ans pour la visualisation de la tumeur lors de l'exérèse chirurgicale, chez qui l'IRM a démontré la présence d'un gliome malin (WHO grade III ou IV) (image IRM avec les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> -tumeur avec une épaisse paroi circulaire avec zone centrale ayant un signal diminué évocateur de nécrose tumorale; -à l'exclusion des patients chez qui la tumeur se trouve sur l'IRM sur la ligne médiane, dans les ganglions de base, dans le cervelet ou dans le tronc cérébral et/ou chez qui il y a plus qu'une lésion à captation contrastée et/ou chez qui il y a des zones étendues de tumeurs non évocatrices de captation contrastée pour gliome de faible grade avec transformation maligne). 	01-11-2009
<p>OXALIPLATIN SANDOZ 5 mg/ml poeder voor oplossing voor infusie 1 injectieflacon 10 ml (50 mg) 1 injectieflacon 20 ml (100 mg)</p> <p>→ modification de modalités</p>	<p>dans le cadre d'un traitement en première ligne d'un cancer colorectal métastatique</p> <p>dans le cadre d'un traitement adjuvant d'un cancer du colon de stade III (Duke's C) suite à la résection complète de la tumeur primaire</p>	01-12-2009
<p>VIDAZA poudre pour suspension injectable 1 flacon 100 mg</p> <p>→ orphelin</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est utilisée chez un patient adulte non éligible pour une transplantation de cellules souches hématopoïétiques pour le traitement d':</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. myelodysplastisch syndroom met intermediair-2 of hoog risico volgens de internationale prognostische index (International Prognostic Scoring System, IPSS). Ofwel 2. een chronische myelomonocytair leukemie met 10-29 % blasten in het beenmerg zonder myeloproliferatief syndroom ofwel, 3. een acute myeloblastenleukemie met 20-30 % blasten en dysplasie van meerdere cellijnen volgens de classificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). 	01-12-2009

Année 2010

SPECIALITE	INDICATION	ENTREE EN VIGUEUR
<p>AVASTIN 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion Fl. sol. I.V. pour perf. 100 mg/4 ml Fl. sol. I.V. pour perf. 400 mg/16 ml</p> <p>→ modification de modalités</p>	<ul style="list-style-type: none"> - suppression de la stopping rule - L'association d'AVASTIN à un traitement comprenant de l'oxaliplatine : AVASTIN + FOLFOX 	01-01-2010
<p>TAXOTERE 20 mg Fl. sol. I.V. pour perf. - 1 flacon 10 mg/1 ml 80 mg Fl. sol. I.V. pour perf. - 1 flacon 10 mg/1 ml</p> <p>→ modification de modalités</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été administrée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'un traitement du carcinome du sein localement avancé ou métastatique après échec démontré du traitement aux anthracyclines, ou chez les patientes non traitables par les anthracyclines à cause d'une contre-indication documentée ; - dans le cadre d'un traitement du cancer pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, après échec d'une chimiothérapie standard antérieure, contenant ou non du platine ; - dans le cadre d'un traitement en association à la doxorubicine, du cancer du sein localement avancé ou métastatique chez les patientes n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection ; - dans le cadre d'un traitement du cancer de la prostate métastatique hormono-résistant en association avec la prednisone ; - dans le cadre d'un traitement adjuvant du cancer du sein opérable chez des patientes présentant un envahissement ganglionnaire, <u>soit en association avec une anthracycline et du cyclophosphamide, soit en association avec uniquement le cyclophosphamide</u> si, chez ces patientes, un traitement par anthracycline n'est pas envisageable ; - dans le cadre d'un traitement du cancer pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique en combinaison avec le cisplatine, chez les patients n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection ; - en combinaison avec du cisplatine et du 5-fluorouracil dans le cadre du traitement de patients présentant un adénocarcinome gastrique métastasé, y compris un adénocarcinome de la jonction gastro-oesophagienne et qui n'ont pas encore reçu de chimiothérapie pour leur affection métastasée. Dans cette situation, une prophylaxie par facteur de croissance des globules blancs (G-CSF) s'impose; 	01-01-2010

	- dans le cadre d'un traitement d'induction en association avec le cisplatine et le 5-fluorouracil chez des patients atteints d'un carcinome épidermoïde de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx ou de la cavité buccale, localement avancé non métastasé et considéré inopérable par une équipe multidisciplinaire composée d'un radiothérapeute, un oncologue médical et un oto-rhino-laryngologiste, qui tous signent le rapport circonstancié mentionné ci-dessous, et n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection	
SPRYCEL 30 comprimés pelliculés 100 mg unidoses → orphelin	- Le traitement d'une leucémie myéloïde chronique avec chromosome de Philadelphie positif (présence d'un gène Bcr/Abl, ou Breakpoint cluster region/Abelson gene) mis en évidence par analyse cytogénétique et/ou par analyse PCR (Polymerase Chain Reaction) en cas de résistance à un traitement antérieur comprenant l'imatinib mésilate, ou en cas d'intolérance qui, selon le jugement clinique du médecin spécialiste en médecine interne, possédant une qualification particulière en hématologie, justifie un arrêt de traitement par imatinib mésilate chez un bénéficiaire, dès l'âge de 18 ans, dont la leucémie myéloïde chronique se trouve dans la phase chronique . - Le traitement d'une leucémie myéloïde chronique avec chromosome de Philadelphie positif (présence d'un gène Bcr/Abl, ou Breakpoint cluster region/Abelson gene) mis en évidence par analyse cytogénétique et/ou par analyse PCR (Polymerase Chain Reaction) en cas de résistance à un traitement antérieur comprenant l'imatinib mésilate, ou en cas d'intolérance qui, selon le jugement clinique du médecin spécialiste en médecine interne, possédant une qualification particulière en hématologie, justifie un arrêt de traitement par imatinib mésilate chez un bénéficiaire, dès l'âge de 18 ans, dont la leucémie myéloïde chronique se trouve dans la phase accélérée ou en crise blastique . - Le traitement de la leucémie aiguë lymphoblastique avec chromosome de Philadelphie positif, (mis en évidence par analyse cytogénétique et/ou par analyse PCR [Polymerase chain Reaction]) en cas de résistance à un traitement antérieur ou en cas d'intolérance qui, selon le jugement clinique du praticien justifie un arrêt de traitement antérieur, chez un bénéficiaire dès l'âge de 18 ans.	01-01-2010
CAELYX 2 mg/ml solution à diluer pour perfusion Flaçon injectable 1 x 25 ml ; 1 x 10 ml → modification de modalités	administrée en association avec VELCADE chez des patients atteints de myélome multiple , qui présentent une progression de la maladie, et qui ont reçu au moins un schéma de traitement antérieur ayant comporté au moins une greffe de cellules souches sauf s'ils sont inéligibles pour une telle greffe.	01-01-2010
AVASTIN 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion Fl. sol. I.V. pour perf. 400 mg/16 ml ; Fl. sol.	administrée en association au paclitaxel pour le traitement de première ligne de patients atteints de cancer du sein métastatique triple-négatif (ER, PR et HER-2 négatifs)	01-02-2010

<p>I.V. pour perf. 100 mg/4 ml</p> <p>→ modification de modalités: nouvelle indication</p>		
<p>ERBITUX 5 mg/ml Fl. sol. I.V. pour perf. flacon 1 x 100 ml flacon 1 x 20 ml</p> <p>→ demande de remboursement</p>	<p>-traitement du cancer colorectal métastaté dont le gène K-RAS est non muté : pour le traitement en première ligne si la spécialité est administrée en association avec la combinaison FOLFIRI ou FOLFOX ; pour le traitement en deuxième ligne si la spécialité est administrée en association avec l'irinotécan après échec d'un traitement avec la combinaison FOLFOX ; pour le traitement en association avec l'irinotécan des patients qui ont déjà été traités, et avec de l'oxaliplatine et avec de l'irinotécan, et dont la tumeur s'est avérée réfractaire ou résistante à l'irinotécan (résistant étant défini comme une reprise de la progression dans le mois qui a suivi l'arrêt du traitement) ; pour le traitement en monothérapie de patients qui ont déjà été traités, et avec de l'oxaliplatine et avec de l'irinotécan, et qui ne peuvent plus être traités avec de l'irinotécan</p> <p>- traitement d'un carcinome épidermoïde localement avancé de l'oropharynx, hypopharynx ou larynx stade III ou IV non-métastaté.</p>	01-02-2010
<p>OXALIPLATIN ACTAVIS 5 mg/ml Fl. sol. I.V. pour perf. 1 flacon 50 mg; 1 flacon 100 mg → Plus remboursé depuis 01-10-2010 !</p> <p>OXALIPLATIN HOSPIRA 5 mg/ml Fl. sol. I.V. pour perf. 1 flacon 40 ml</p> <p>→ modification de modalités: extra dosage</p>	<p>- traitement en première ligne d'un cancer colorectal métastatique, en association avec du 5-fluorouracil et de l'acide folinique;</p> <p>-traitement adjuvant d'un cancer du colon de stade III (Duke's C) suite à la résection complète de la tumeur primaire, en association avec du 5-fluorouracil et de l'acide folinique.</p>	01-02-2010
<p>IRINOTECAN MYLAN 500 mg/25 ml Fl. sol. I.V. pour perf.</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p>	<p>-traitement d'un cancer colorectal métastatique, avec une dose de 180 mg/m² (surface corporelle) au maximum, et en association avec du 5-fluorouracil et du leucovorin calcique, chez des bénéficiaires, n'ayant pas eu préalablement de chimiothérapie ou au maximum une chimiothérapie adjuvante.</p> <p>-traitement en deuxième ligne d'un cancer colorectal métastatique, après une chimiothérapie préalable comprenant du 5-fluorouracile, en cas d'échec ou de récurrence dans un délai de six mois.</p>	01-02-2010
<p>CARBOPLATIN SANDOZ Fl. sol. I.V. pour perf.</p>	<p>Le carboplatine est indiqué dans le traitement du carcinome étendu de l'ovaire (d'origine épithéliale), à titre de traitement initial ou à titre de traitement de seconde ligne lorsque les autres</p>	01-02-2010

<p>flacons 5 x 50 mg flacon 1 x 150 mg flacon 1 x 450 mg</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p>	<p>moyens thérapeutiques ont échoué.</p>	
<p>SUTENT 12,5 mg 30 capsules 25 mg 30 capsules 50 mg 30 capsules</p> <p>→ révision individuelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> - traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale non résécable et/ou métastatique (GIST) chez un bénéficiaire qui présente sous traitement par imatinib soit une progression de la maladie soit une intolérance sévère à ce traitement. - traitement d'un cancer du rein avancé (stade IV) chez un bénéficiaire chez qui un traitement par interféron-alpha ou interleukine-2 a échoué ou a entraîné une intolérance sévère 	01-02-2010
<p>ATRIANCE 5 mg/ml solution pour perfusion 6 flacons</p> <p>→ révision individuelle</p>	<p>traitement d'un patient atteint d'une leucémie aiguë lymphoblastique à cellules T ou un lymphome lymphoblastique à cellules T, non répondeur ou en rechute après au moins deux lignes de chimiothérapie adéquate</p>	01-02-2010
<p>YONDELIS poudre pour solution à diluer pour perfusion 0,05 mg/ml 0,25 mg 1 flacon 0,05 mg/ml 1 mg 1 flacon 0,05 mg/ml</p> <p>→ modification de modalités : extension d'indications</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée en association avec la doxorubicine liposomale pégylée chez les patientes atteintes de cancer épithélial des ovaires sensible au platine récidivant après un traitement antérieur avec le cisplatine ou le carboplatine et chez qui l'intervalle entre la dernière administration de cisplatine ou du carboplatine et le début du traitement avec le Yondelis est de six mois au minimum et de douze mois au maximum</p>	01-02-2010
<p>AFINITOR 5 mg 30 comprimés 10 mg 30 comprimés</p> <p>→ demande de remboursement orphelin</p>	<p>traitement d'un carcinome rénal avancé à cellules claires chez un patient chez qui la maladie a progressé selon les critères RECIST sous ou après un traitement dirigé contre le VEGF ou le VEGF-R</p>	01-03-2010
<p>GEMCITABINE MYLAN 38 mg/ml, Fl. sol. I.V. pour perf. 1 flacon 200 mg 1 flacon 1000 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La spécialité est remboursée si elle est utilisée par un médecin spécialiste dans le cadre du traitement d'un cancer du poumon non à petites cellules. -La spécialité est remboursée si elle est utilisée pour le traitement d'adénocarcinome du pancréas localement avancé ou métastatique, prouvé par un examen histologique (biopsie). -La spécialité est remboursée si elle est utilisée pour le traitement de bénéficiaires atteints d'un cancer de la vessie localement avancé ou métastatique. 	01-03-2010

<p>→ demande de remboursement classe 3</p>	<p>-La spécialité est également remboursée si elle est utilisée, en association avec du carboplatine, pour le traitement de patientes atteintes d'un carcinome épithélial avancé récurrent de l'ovaire et qui rechutent plus de 6 mois après un traitement de première ligne ayant comporté un dérivé platinique.</p> <p>-La spécialité est également remboursée si elle est administrée dans le cadre suivant : en association avec le paclitaxel chez des patientes atteintes d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique ou en récurrence locale, lorsqu'il y a rechute après une chimiothérapie adjuvante/néoadjuvante qui comprenait une anthracycline ou un autre type de chimiothérapie adjuvante/néoadjuvante si la patiente concernée présentait une contre-indication documentée à l'utilisation d'un traitement par anthracycline.</p>	
<p>FLUDARA 50 mg Fl. sol. I.V. pour perf. 5 flacons</p> <p>→ modification de modalités : extension d'indications</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée pour le traitement d'un patient atteint d'une leucémie lymphoïde chronique à cellules B: stade Rai III/IV (stade Binet C), ou stade Rai I/II (stade Binet A/B), si le patient présente des symptômes liés à la maladie (perte de poids, fatigue extrême, sueurs nocturnes ou fièvre), insuffisance progressive de la moëlle, hépatosplénomégalie ou lymphadénopathie massive ou progressive, augmentation des lymphocytes sanguins périphériques de plus de 50 % sur une période de 2 mois ou un temps de redoublement anticipé de ces cellules de moins de 12 mois, ou qui n'a pas réagi au traitement avec au moins une thérapie standard comportant un agent alkylant ou dont la maladie a poursuivi son évolution après ce traitement.</p>	01-03-2010
<p>GEMZAR poudre pour solution pour perfusion 1 x 200 mg 1 x 1000 mg</p> <p>GEMCITABINE SANDOZ poudre pour solution pour perfusion 1 x 200 mg 1 x 1000 mg</p> <p>VINORELBINE ACTAVIS poudre pour solution pour perfusion 10 flacons 1 ml 10 flacons 5 ml</p>	<p>Le Service des Soins de Santé propose à la Ministre de modifier les conditions de remboursement des spécialités concernées en vue de <u>supprimer des différents textes de réglementation, les mentions qui concernent la délivrance par le médecin conseil au patient d'une autorisation de remboursement préalablement à la facturation en tiers payant</u>. En effet, ces spécialités sont délivrées exclusivement en milieu hospitalier, dans lequel le système de facturation ne nécessite pas la délivrance au patient par le médecin conseil d'une autorisation de remboursement et où le contrôle éventuel du respect des conditions de remboursement par le médecin conseil se fait a posteriori</p>	01-03-2010

<p>VINOELBINE "Ebewe Pharma" poudre pour solution pour perfusion 5 flacons 1 ml/10 mg 5 flacons 5 ml/50mg</p> <p>MYOCET dispersion liposomale pour perfusion 2 vials 50 mg</p> <p>CAELYX 2 mg/ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon injectable 10 ml 1 flacon injectable 25 ml</p> <p>IRINOTECAN ACTAVIS GROUP 20mg/ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon injectable 5 ml 1 flacon injectable 2 ml 1 flacon injectable 25 ml</p> <p>IRINOTECAN MYLAN 20 mg/ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon injectable 5 ml 1 flacon injectable 2 ml</p> <p>IRINOTECAN EBWE 40 mg/2 ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon injectable 5 ml 1 flacon injectable 2 ml</p> <p>CAMPTO 20mg/ml solution à diluer pour perfusion 1 flacon 15 ml 1 flacon 5 ml</p>		
--	--	--

<p>1 flacon 2 ml</p> <p>IRINOSIN 20 mg/ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon injectable 25 ml 1 flacon injectable 2 ml 1 flacon injectable 5 ml</p> <p>IRINOTECAN HOSPIRA 40 mg/2 ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 2 ml 100 mg/5 ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 5 ml 500 mg/25 ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 25 ml</p> <p>→ modification de modalités</p>		
<p>TAXOTERE 160 mg/8 ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 8 ml</p> <p>→ demande de remboursement classe 2</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été administrée:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'un traitement du carcinome du sein localement avancé ou métastatique après échec démontré du traitement aux anthracyclines, ou chez les patientes non traitables par les anthracyclines à cause d'une contre-indication documentée ; - dans le cadre d'un traitement du cancer pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, après échec d'une chimiothérapie standard antérieure, contenant ou non du platine ; - dans le cadre d'un traitement en association à la doxorubicine, du cancer du sein localement avancé ou métastatique chez les patientes n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection ; - dans le cadre d'un traitement du cancer de la prostate métastatique hormono-résistant en association avec la prednisone ; - dans le cadre d'un traitement adjuvant du cancer du sein opérable chez des patientes présentant un envahissement ganglionnaire, soit en association avec une anthracycline et du cyclophosphamide, soit en association avec uniquement le cyclophosphamide si, chez ces patientes, un traitement par anthracycline n'est pas envisageable ; - dans le cadre d'un traitement du cancer pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou 	01-03-2010

	<p>métastatique en combinaison avec le cisplatine, chez les patients n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - en combinaison avec du cisplatine et du 5-fluorouracil dans le cadre du traitement de patients présentant un adénocarcinome gastrique métastaté, y compris un adénocarcinome de la jonction gastro-oesophagienne et qui n'ont pas encore reçu de chimiothérapie pour leur affection métastasée. Dans cette situation, une prophylaxie par facteur de croissance des globules blancs (G-CSF) s'impose; - dans le cadre d'un traitement d'induction en association avec le cisplatine et le 5-fluorouracil chez des patients atteints d'un carcinome épidermoïde de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx ou de la cavité buccale, localement avancé non métastaté et considéré inopérable par une équipe multidisciplinaire composée d'un radiothérapeute, un oncologue médical et un oto-rhino-laryngologiste, qui tous signent le rapport circonstancié mentionné ci-dessous, et n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection 	
<p>VOTRIENT 200 mg 90 comprimés pelliculés 400 mg 60 comprimés pelliculés</p> <p>→ demande de remboursement classe 2</p>	<p>traitement de première ligne d'un carcinome rénal avancé (Stade IV) soit pour le traitement des patients qui ont reçu précédemment un traitement à base de cytokines pour cette condition.</p>	01-03-2010
<p>HYCAMTIN 0,25 mg 10 gélules 1 mg, 10 gélules</p> <p>→ révision individuelle</p>	<p>traitement de deuxième ligne d'un cancer du poumon à petites cellules en rechute, chez les patients présentant une rechute dans un délai compris entre 45 jours et 180 jours (6 mois) suivant le traitement de première ligne</p>	01-03-2010
<p>GEMCITABINE HOSPIRA</p> <p>1 flacon 200 mg concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 1 g concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 2 g concentrat pour solution pour perfusion</p> <p>GEMCITABINE EG 38 mg/ml concentrat pour solution pour perfusion</p>	<ul style="list-style-type: none"> -La spécialité est remboursée si elle est utilisée par un médecin spécialiste dans le cadre du traitement d'un cancer du poumon non à petites cellules. -La spécialité est remboursée si elle est utilisée pour le traitement d'adénocarcinome du pancréas localement avancé ou métastatique, prouvé par un examen histologique (biopsie). -La spécialité est remboursée si elle est utilisée pour le traitement de bénéficiaires atteints d'un cancer de la vessie localement avancé ou métastatique. -La spécialité est également remboursée si elle est utilisée, en association avec du carboplatine, pour le traitement de patientes atteintes d'un carcinome épithélial avancé récurrent de l'ovaire et qui rechutent plus de 6 mois après un traitement de première ligne ayant comporté un dérivé platinique. La spécialité est également remboursée si elle est administrée dans le cadre suivant : en association avec le paclitaxel chez des patientes atteintes d'un cancer du sein localement avancé ou 	01-04-2010

<p>1 flacon 5,26 ml 1 flacon 39,5 ml 1 flacon 26,3 ml 1 flacon 52,6 ml</p> <p>→ demande de remboursement classe 2</p>	<p>métastatique ou en récurrence locale, lorsqu'il y a rechute après une chimiothérapie adjuvante/néoadjuvante qui comprenait une anthracycline ou un autre type de chimiothérapie adjuvante/néoadjuvante si la patiente concernée présentait une contre-indication documentée à l'utilisation d'un traitement par anthracycline.</p>	
<p>BLEOMYCINE TEVA 15 U, poudre pour solution pour injection 1 flacon 10 ml</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p>	<p>L'administration de bléomycine se fait pratiquement toujours en association avec d'autres cytostatiques et/ou une radiothérapie.</p> <p>La bléomycine est indiquée dans le traitement de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les carcinomes à cellules squameuses de la tête et du cou, des organes génitaux externes et du col de l'utérus. - La maladie de Hodgkin. - Les lymphomes non hodgkiniens de malignité élevée et intermédiaire chez l'adulte. - Les carcinomes testiculaires (tumeurs séminomateuses et non séminomateuses). - Le traitement intra-pleural de l'épanchement pleural malin. 	01-04-2010
<p>AVASTIN 25 mg/ml solution à diluer pour perfusion Fl. sol. I.V. pour perf. 100 mg/4 ml Fl. sol. I.V. pour perf. 400 mg/16 ml</p> <p>→ modification de modalités : extension d'indications</p>	<p>La spécialité suivante fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée en association à l'interféron alfa-2a pour le traitement de première ligne de patients atteints de cancer du rein avancé et/ou métastatique à la posologie recommandée de 10 mg/kg administrée toutes les deux semaines.</p>	01-05-2010
<p>MABTHERA 500 mg/50 ml, solution pour perfusion 1 flacon de 50 ml 100 mg/10 ml, solution pour perfusion 2 flacons de 10 ml</p> <p>→ modification de modalités: simplifications des modalités de conditions de remboursement</p>	<p>La spécialité suivante fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée à une posologie maximale de 375mg/m² par administration dans le cadre du traitement d'un patient atteint d'un lymphome non-hodgkinien avec expression CD-20</p>	01-05-2010
<p>VELCADE 1 mg poudre pour solution 1 flacon 1 ml</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée chez des patients atteints de myélome multiple, qui présentent une progression de la maladie, et qui ont reçu au moins un</p>	01-06-2010

→ demande de remboursement classe 2	schéma de traitement antérieur ayant comporté au moins une greffe de cellules souches sauf s'ils sont inéligibles pour une telle greffe de cellules souche.	
DEPOCYTE 50 mg suspension pour injection 1 x 10 mg/ml → révision individuelle	La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est utilisée pour le traitement intrathécal de patients atteints d'une méningite lymphomateuse .	01-06-2010
MABTHERA 500 mg/50 ml, solution a diluer pour perfusion 1 flacon de 50 ml 100 mg/10 ml, solution a diluer pour perfusion 2 flacons de 10 ml → modification de modalités : extension d'indications	La spécialité fait l'objet d'un remboursement pour une période de maximum 6 cycles, si elle est administrée en association à une chimiothérapie qui contient de la fludarabine pour le traitement d'un patient atteint d'une leucémie lymphoïde chronique à cellules B en rechute ou réfractaire	01-06-2010
IRESSA 30 comprimés 250 mg → demande de remboursement classe 2	La spécialité suivante fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée en monothérapie dans le cadre du traitement d'un patient atteint d'un cancer du poumon localement avancé ou métastaté non à petites cellules avec mutation activatrice de l'EGFR-TK qui a été démontrée par un Centre agréé de Génétique Humaine ou par un Centre agréé de Diagnostic Moléculaire	01-07-2010
LEDERTREXATE 5 mg/2 ml solution injectable Flacon injectable 12 x 2 ml → demande de remboursement classe 2	Le Ledertrexate est indiqué dans le traitement des affections néoplasiques, le psoriasis et la polyarthrite rhumatoïde	01-08-2010
CISPLATINE TEVA 1 mg/ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 10 ml 1 flacon 50 ml 1 flacon 100 ml → demande de remboursement classe 3	Cisplatine Teva est destiné au traitement de : - Cancer testiculaire avancé ou métastatique - Cancer ovarien avancé ou métastatique - Carcinome vésical avancé ou métastatique - Carcinome à cellules squameuses avancé ou métastatique de la tête et du cou - Carcinome pulmonaire non à petites cellules avancé ou métastatique - Carcinome pulmonaire à petites cellules avancé ou métastatique. - Cisplatine Teva est indiqué en association avec une radiothérapie dans le traitement du carcinome cervical. On peut utiliser Cisplatine Teva en monothérapie ou en thérapie combinée	01-08-2010
TAXOTERE	La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été administrée:	01-09-2010

<p>20 mg/1 ml concentrat pour solution pour perfusion 80 mg/4 ml concentrat pour solution pour perfusion</p> <p>→ demande de remboursement classe 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dans le cadre d'un traitement du carcinome du sein localement avancé ou métastatique après échec démontré du traitement aux anthracyclines, ou chez les patientes non traitables par les anthracyclines à cause d'une contre-indication documentée ; - dans le cadre d'un traitement du cancer pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique, après échec d'une chimiothérapie standard antérieure, contenant ou non du platine ; - dans le cadre d'un traitement en association à la doxorubicine, du cancer du sein localement avancé ou métastatique chez les patientes n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection ; - dans le cadre d'un traitement du cancer de la prostate métastatique hormono-résistant en association avec la prednisone ; - dans le cadre d'un traitement adjuvant du cancer du sein opérable chez des patientes présentant un envahissement ganglionnaire, soit en association avec une anthracycline et du cyclophosphamide, soit en association avec uniquement le cyclophosphamide si, chez ces patientes, un traitement par anthracycline n'est pas envisageable ; - dans le cadre d'un traitement du cancer pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique en combinaison avec le cisplatine, chez les patients n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection ; - en combinaison avec du cisplatine et du 5-fluorouracil dans le cadre du traitement de patients présentant un adénocarcinome gastrique métastaté, y compris un adénocarcinome de la jonction gastro-oesophagienne et qui n'ont pas encore reçu de chimiothérapie pour leur affection métastasée. Dans cette situation, une prophylaxie par facteur de croissance des globules blancs (G-CSF) s'impose ; - dans le cadre d'un traitement d'induction en association avec le cisplatine et le 5-fluorouracil chez des patients atteints d'un carcinome épidermoïde de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx ou de la cavité buccale, localement avancé non métastaté et considéré inopérable par une équipe multidisciplinaire composée d'un radiothérapeute, un oncologue médical et un oto-rhino-laryngologiste, qui tous signent le rapport circonstancié mentionné ci-dessous, et n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection 	
<p>HERCEPTIN Poudre pour solution à diluer pour perfusion 1 flacon 150 mg</p> <p>→ modification de modalités</p>	<p>La spécialité est remboursée en combinaison avec de la capécitabine ou du 5-fluorouracil et du cisplatine dans le cadre du traitement des patients présentant un adénocarcinome métastatique de l'estomac ou de la jonction oesogastrique avec une amplification du gène du Récepteur 2 du facteur de croissance Epidermique Humain (HER2 ou Human Epidermal growth factor Receptor-2) et qui n'ont pas été précédemment traités pour leur maladie métastatique.</p>	01-10-2010
<p>IRINOTECAN KABI</p>	<p>- traitement d'un cancer colorectal métastatique, avec une dose de 180 mg/m² (surface corporelle)</p>	01-11-2010

<p>40 mg/2 ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 2 ml 100 mg/5 ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 5 ml</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p>	<p>au maximum, et en association avec du 5-fluorouracil et du leucovorin calcique, chez des bénéficiaires, n'ayant pas eu préalablement de chimiothérapie ou au maximum une chimiothérapie adjuvante.</p> <p>- traitement en deuxième ligne d'un cancer colorectal métastatique, après une chimiothérapie préalable comprenant du 5-fluorouracile, en cas d'échec ou de récurrence dans un délai de six mois</p>	
<p>GEMCITABINE VIANEX 200 mg poudre pour solution à diluer pour perfusion 1 flacon 10 ml 1 g poudre pour solution à diluer pour perfusion 1 flacon 50 ml</p> <p>GEMCITABIN EBEWE 10 mg/ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 200 mg 1 flacon 500 mg 1 flacon 1000 mg</p> <p>GEMCITABINE FRESENIUS KABI 38 mg/ml poudre pour solution 1 flacon 10 ml 1 flacon 50 ml 1 flacon 100 ml</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p>	<p>-La spécialité est remboursée si elle est utilisée par un médecin spécialiste dans le cadre du traitement d'un cancer du poumon non à petites cellules.</p> <p>-La spécialité est remboursée si elle est utilisée pour le traitement d'adénocarcinome du pancréas localement avancé ou métastatique, prouvé par un examen histologique (biopsie).</p> <p>-La spécialité est remboursée si elle est utilisée pour le traitement de bénéficiaires atteints d'un cancer de la vessie localement avancé ou métastatique.</p> <p>-La spécialité est également remboursée si elle est utilisée, en association avec du carboplatine, pour le traitement de patientes atteintes d'un carcinome épithélial avancé récurrent de l'ovaire et qui rechutent plus de 6 mois après un traitement de première ligne ayant comporté un dérivé platinique. La spécialité est également remboursée si elle est administrée dans le cadre suivant : en association avec le paclitaxel chez des patientes atteintes d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique ou en récurrence locale, lorsqu'il y a rechute après une chimiothérapie adjuvante/néoadjuvante qui comprenait une anthracycline ou un autre type de chimiothérapie adjuvante/néoadjuvante si la patiente concernée présentait une contre-indication documentée à l'utilisation d'un traitement par anthracycline.</p>	01-11-2010
<p>TEMOMEDAC 5 capsules 140 mg 5 capsules 180 mg</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est utilisée :</p> <p>1° en première ligne du gliome malin (WHO grade IV) chez des bénéficiaires qui, immédiatement après une exérèse chirurgicale et/ou une biopsie, reçoivent une spécialité à base de témozolomide (code ATC L01AX03) en traitement concomitant à la radiothérapie pendant 6 semaines, puis, ensuite, en monothérapie adjuvante, pendant 6 cycles de 28 jours comportant chacun 5 jours d'administration.</p> <p>2° pour le traitement en deuxième ligne du gliome malin (WHO grade IV), pour un maximum de 12 cycles de 28 jours comportant chacun 5 jours d'administration, chez des bénéficiaires qui ont reçu un traitement complet tel que repris au point a) 1° et qui récidivent ou progressent après avoir présenté une</p>	01-11-2010

	réponse qui s'est maintenue pendant au moins 3 mois à l'arrêt du traitement.	
ERBITUX 5 mg/ml Fl. sol. I.V. pour perf. 1 flacon 20 ml 1 flacon 100 ml → modification de modalités : nouveau dosage	traitement de première ligne en combinaison avec le cisplatine pour le traitement d'un patient atteint d'un carcinome épidermoïde de la tête ou du cou récidivant et/ou métastasé , ayant un Karnovsky Performance = 80 et chez qui l'intervalle entre la fin d'une chimiothérapie éventuellement administrée dans le cadre du traitement primaire de la maladie non-métastasée et le début du traitement actuel est = 6 mois. Dès le deuxième cycle de traitement, l'ERBITUX peut être associé au carboplatine en cas d'intolérance au cisplatine. Le traitement par l'ERBITUX peut être poursuivi en monothérapie comme traitement d'entretien après l'arrêt de la chimiothérapie pour autant que la maladie n'ait pas progressé malgré le traitement	01-11-2010
NEXAVAR 200 mg 112 comprimés pelliculés → révision individuelle	traitement d'un cancer du rein avancé (stade IV) chez un bénéficiaire chez qui un traitement par interféron-alpha ou interleukine-2 a échoué ou chez un bénéficiaire qui n'a pas été jugé apte à recevoir un traitement par interféron-alpha ou interleukine-2	01-12-2010
IRINOTECAN EBEWE 20 mg/ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 25 ml → demande de remboursement classe 3	- traitement d'un cancer colorectal métastatique , avec une dose de 180 mg/m ² (surface corporelle) au maximum, et en association avec du 5-fluorouracil et du leucovorin calcique, chez des bénéficiaires, n'ayant pas eu préalablement de chimiothérapie ou au maximum une chimiothérapie adjuvante. - traitement en deuxième ligne d'un cancer colorectal métastatique , après une chimiothérapie préalable comprenant du 5-fluorouracile, en cas d'échec ou de récurrence dans un délai de six mois	01-12-2010
HERCEPTIN Poudre pour solution à diluer pour perfusion 1 flacon 150 mg → modification de modalités : extension d'indications	- traitement des patients présentant un cancer du sein métastatique avec une amplification du gène du Récepteur 2 du facteur de croissance Epidermique Humain (HER2 ou Human Epidermal growth factor Receptor-2). - traitement des patientes présentant un cancer du sein en situation adjuvante avec une amplification du gène du Récepteur 2 du facteur de croissance Epidermique Humain (HER2 ou Human Epidermal growth factor Receptor-2).	01-01-2011
DOCETAXEL HOSPIRA 10 mg/ml 1 flacon 2 ml 1 flacon 8 ml 1 flacon 16 ml → demande de remboursement classe 3	- traitement du carcinome du sein localement avancé ou métastatique après échec démontré du traitement aux anthracyclines, ou chez les patientes non traitables par les anthracyclines à cause d'une contre-indication documentée ; - traitement du cancer pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique , après échec d'une chimiothérapie standard antérieure, contenant ou non du platine ; - traitement en association à la doxorubicine, du cancer du sein localement avancé ou métastatique chez les patientes n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection ; - traitement du cancer de la prostate métastatique hormono-résistant en association avec la prednisone ;	01-01-2011

	<ul style="list-style-type: none"> - traitement adjuvant du cancer du sein opérable chez des patientes présentant un envahissement ganglionnaire, soit en association avec une anthracycline et du cyclophosphamide, soit en association avec uniquement le cyclophosphamide si, chez ces patientes, un traitement par anthracycline n'est pas envisageable ; - traitement du cancer pulmonaire non à petites cellules localement avancé ou métastatique en combinaison avec le cisplatine, chez les patients n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection ; - en combinaison avec du cisplatine et du 5-fluorouracil dans le cadre du traitement de patients présentant un adénocarcinome gastrique métastaté, y compris un adénocarcinome de la jonction gastro-oesophagienne et qui n'ont pas encore reçu de chimiothérapie pour leur affection métastasée. Dans cette situation, une prophylaxie par facteur de croissance des globules blancs (G-CSF) s'impose; - traitement d'induction en association avec le cisplatine et le 5-fluorouracil chez des patients atteints d'un carcinome épidermoïde de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx ou de la cavité buccale, localement avancé non métastaté et considéré inopérable par une équipe multidisciplinaire composée d'un radiothérapeute, un oncologue médical et un oto-rhino-laryngologiste, qui tous signent le rapport circonstancié mentionné ci-dessous, et n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection. 	
<p>EBETREXAT 100 mg/ml concentrat pour solution pour perfusion 1 flacon 500 mg 1 flacon 1000 mg 1 flacon 5000 mg</p> <p>→ demande de remboursement classe 3</p>	<p>Methotrexaat is geïndiceerd voor de behandeling van verschillende maligne aandoeningen zoals acute lymfatische leukemie (ALL), borstkanker en osteosarcoom.</p>	<p>01-01-2011</p>