

# Plan Cancer

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

---

## Plan Cancer

## État des lieux

Janvier 2014

---



## Introduction

Depuis le lancement du Plan Cancer il y a maintenant cinq ans, la lutte contre le cancer est et reste une priorité de santé publique. Afin d'améliorer le combat contre le cancer, je reste convaincue qu'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, est essentielle. 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. Ce Plan Cancer prévu initialement pour la période 2008-2010 et poursuivi depuis, se décline en une trentaine d'actions dédiées à la lutte contre le cancer, à la prise en charge médicale, à la recherche et à l'amélioration de la qualité de vie des patients cancéreux.

Le Plan Cancer est réparti selon trois grandes lignes de forces, ou domaines :

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

L'INAMI et le SPF Santé publique (cellule Plan Cancer) coordonnent la mise en œuvre du Plan Cancer sous les auspices de la Conférence interministérielle Santé publique.

Dans l'état des lieux du Plan Cancer, les actions et mesures sont classées en trois catégories : i) mesures présentées lors du lancement du Plan le 8 mars 2008 ; ii) mesures supplémentaires ajoutées entre 2008 et 2010 ; iii) nouvelles mesures budgétées depuis 2011. Il est important de rappeler que la majorité des mesures du Plan Cancer sont des mesures structurelles.

Le protocole d'accord de 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. Ce protocole a été prolongé jusqu'à fin 2013. Les Communautés peuvent donc mettre en place, grâce à un cofinancement fédéral, des programmes de prévention du cancer et fixer elles-mêmes les modalités d'organisation et le démarrage de ceux-ci. La campagne de vaccination contre le HPV pour les jeunes filles de 12 à 13 ans et le dépistage du cancer du col de l'utérus suivent leur cours, tout comme le dépistage du

cancer colorectal pour les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans par le biais d'un dépistage bisannuel de sang occulte dans les selles.

En mars 2012, l'INAMI a franchi une étape importante dans la prise en charge des patients présentant un risque familial de cancer. Une nouvelle nomenclature pour les tests génétiques et une convention avec huit centres de génétique humaine ont été approuvées. L'arrêté royal y afférent est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013. En outre, un remboursement a été mis en place pour les tests réalisés à l'étranger (si aucun laboratoire belge spécialisé n'est apte à effectuer le test) en vue de l'analyse diagnostique d'échantillons ADN de patients (et de membres de leur famille) souffrant de cancers ou de maladies rares.

Enfin, en 2013, 27 nouveaux médicaments innovants contre le cancer ont été admis au remboursement.

La qualité des soins se décline en plusieurs axes dans le Plan cancer : la prise en charge multidisciplinaire, l'encadrement, l'annonce du diagnostic, la formation des professionnels et les infrastructures techniques. Pour ce qui est de la prise en charge multidisciplinaire à l'aide des consultations oncologiques multidisciplinaires (COM), on observe que 261 445 consultations ont été enregistrées chez des oncologues médicaux, 174 424 chez des hématologues cliniques et 503 670 chez des endocrino-diabétologues en 2012. Par ailleurs, le Plan Cancer apporte, depuis 2011, un financement pour du personnel de soins supplémentaire. Ce financement se répartit en 330 ETP infirmiers, 330 ETP psychologues, 165 ETP assistants sociaux et 82 ETP data managers, ainsi que 163 ETP diététiciens. En 2012, le nombre total de consultations de longue durée s'est élevé à 20 708.

Les actions de type « projets-pilotes » initiées dans le Plan Cancer sont poursuivies ; 65 projets visant un meilleur accompagnement au sein des hôpitaux des patients et des familles confrontés au cancer sont en cours. Une équipe scientifique a également été sélectionnée dans le cadre de ces actions pour assurer, d'une part, l'évaluation des projets de 2009-2011 et, d'autre part, l'accompagnement et le suivi des projets 2012-2015.

Le Centre du cancer a présenté fin 2012 une première tentative d'évaluation de l'exécution des initiatives mises en place dans le cadre du Plan cancer 2008-2010. Une évaluation correctement

fondée est cruciale pour un suivi efficace du Plan cancer. Cinq pistes ont été identifiées comme prioritaires. Il s'agit des thèmes suivants : 1) réhabilitation des patients oncologiques, 2) lien entre les soins à l'hôpital et à domicile 3) banques et dons de cellules souches, 4) système de qualité des soins en oncologie et 5) médecine personnalisée. Le Centre du cancer a lancé cette année, en concertation avec des groupes d'experts et les acteurs du terrain, cinq groupes de travail thématiques chargés d'analyser chacun des thèmes et de formuler des nouvelles mesures « evidence-based » en fonction des budgets disponibles.

L'accord de gouvernement précise clairement que la continuité du Plan Cancer est assurée. La dynamique ne s'arrête pas à nos frontières. Grâce à son expertise, la Belgique a pu se positionner stratégiquement dans le cadre du « Partenariat européen pour la lutte contre le cancer » (EPAAC) et de la future action conjointe 2014-2017 de l'Union européenne « Guide européen sur l'amélioration de la qualité dans la lutte contre le cancer » (CANCON). Dans cette nouvelle action conjointe, la Belgique, représentée par le Centre du cancer, se chargera i) de la compilation du guide final et de la supervision de l'assurance de qualité du guide et ii) de l'apport de soutien à l'organisation d'une plateforme de discussion entre les Etats membres sur des points critiques dans la lutte contre le cancer. Ces deux lourdes responsabilités sont la preuve de la reconnaissance à l'échelle européenne de l'expérience que notre pays a gagnée depuis le lancement du Plan Cancer.

Je vous souhaite une bonne lecture du document.

Laurette Onkelinx

Vice-Première Ministre et Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales

## Actions

Introduction.....	2
Actions .....	5
AXE I : PREVENTION ET DEPISTAGE.....	9
Action 1 : Remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique.....	9
1. Remboursement forfaitaire des consultations d'aide au sevrage tabagique .....	9
2. Renforcement des contrôles du respect de la législation anti-tabac.....	9
3. Soutien à l'organisation de formations en tabacologie .....	10
Action 2 : Dépistage et accompagnement des personnes à risque de prédisposition génétique au cancer .....	11
1. Remboursement de nouveaux tests génétiques .....	11
2. Revalorisation du conseil génétique .....	12
3. Remboursement de tests ADN envoyés à l'étranger .....	12
Action 3 : Élargir la tranche d'âge de vaccination contre le papillomavirus aux jeunes filles de 12 à 18 ans (au lieu de 12 à 15 ans).....	14
1. Élargissement du remboursement du vaccin anti-HPV jusque 18 ans .....	14
2. Campagne de vaccination contre le papillomavirus pour jeunes filles de 12 ans .....	15
Action 4 : Amélioration du dépistage et diagnostic précoce du cancer du sein.....	16
1. Contrôle de qualité de l'appareillage pour le dépistage.....	16
2. Gratuité des examens complémentaires à la suite d'un dépistage .....	16
3. Gratuité du dépistage pour femmes à haut risque .....	17
Action 5 : Programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus.....	19
1. Programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus pour femmes de 25 à 64 ans. ....	19
2. Remboursement majoré pour les examens complémentaires.....	19
3. Intégration de l'enregistrement des résultats des tests de dépistage dans les données du Registre du cancer.....	20
Action 6 : Consultation de prévention des risques de santé.....	21
1. Accès gratuit à un « check-up » de prévention santé chez le médecin généraliste .....	21
2. Formation des médecins en matière de prévention des risques de santé.....	22
Action supplémentaire : Campagne de dépistage du cancer colorectal .....	23
1. Programme de dépistage du cancer colorectal .....	23
Informations complémentaires : Cancer et environnement .....	24
Informations complémentaires : Cancer et habitudes alimentaires .....	28
AXE II : SOINS, TRAITEMENTS ET SOUTIEN AUX PATIENTS.....	32
Action 7 : Soutien spécifique au patient au moment de l'annonce du diagnostic du.....	32

cancer .....	32
1. Création d'une consultation de longue durée pour l'annonce du diagnostic.....	32
2. Formation à la communication avec le patient et ses proches + formation à la psycho-oncologie .....	33
3. Élaboration d'un protocole d'annonce .....	34
Action 8 : Revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM) .....	35
1. Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) obligatoire pour tous les.....	35
nouveaux cas de cancer .....	35
2. Revalorisation de 5 % des prestations accomplies dans le cadre de la COM .....	36
3. Revalorisation des consultations spécifiques des oncologues médicaux, hématologues et endocrinologues.....	36
4. Stimuler la participation des médecins généralistes aux COM.....	37
Action 9 : Mise en place de trajets de soins pour les patients cancéreux.....	38
1. Favoriser la participation du médecin généraliste dans le processus de prise en charge du cancer .....	38
2. Définition des trajets de soins pour les patients atteints du cancer.....	38
Action 10 : Soutien psychosocial aux patients dans le cadre des programmes de soins oncologiques (PSO).....	40
1. Financement d'infirmiers, travailleurs sociaux et psychologues au sein des programmes de soins oncologiques .....	40
Action 11 : Financement d'un data manager dans le cadre des programmes de soins oncologiques (PSO).....	41
1. Financement de data managers dans le cadre des PSO .....	41
Action 12 : Définition et financement d'un programme de soins oncologiques pédiatriques .....	42
1. Agrément des centres actuels d'oncologie pédiatrique .....	42
2. Soutien financier aux synergies entre les centres d'oncologie pédiatrique .....	42
3. Réalisation d'un programme de soins en oncologie pédiatrique .....	42
4. Financement dès 2009 d'un renforcement de 2 ETP pour l'encadrement paramédical....	42
Action 13 : Traitement des tumeurs rares .....	43
1. Lancement d'une étude par le Centre fédéral d'expertise de soins de santé (KCE) en vue d'établir les critères qualitatifs et quantitatifs pour la prise en charge des tumeurs rares .....	43
Action 14 : Agrément pour le titre d'infirmier en oncologie .....	44
1. Agrément pour le titre d'infirmier en oncologie .....	44
Action 15 : Amélioration de la couverture des médicaments anticancéreux par l'assurance obligatoire soins de santé .....	45
1. Remboursement des médicaments anticancéreux.....	45
2. Remboursement de médicaments anticancéreux pour le cancer du sein chez l'homme..	45

3. Accès rapide aux médicaments pour les « unmet medical needs » – analyse .....	45
4. Remboursement accéléré pour certaines spécialités pharmaceutiques ou thérapies innovantes hors indication .....	46
Action 16 : Soutenir la radiothérapie et l'imagerie oncologique .....	47
1. Contrôle de qualité de l'ensemble des appareillages .....	47
2. Nouvelle programmation si cela s'avère opportun.....	47
3. Financement au sein du Budget des Moyens financiers (BMF) des hôpitaux .....	47
Action 17 : Soutien structurel aux banques et aux unités de thérapie cellulaire pour ..... les cellules souches hématopoïétiques et de sang de cordons.....	49
1. Soutien structurel de base aux banques de cellules souches hématopoïétiques et de sang de cordon .....	49
Action 18 : Amélioration du remboursement de certains coûts annexes aux traitements anti-cancéreux .....	50
1. Pour les patients laryngectomisés .....	50
2. Pour les personnes qui, à la suite de traitements anticancéreux, perdent leurs cheveux .	50
3. Pour les personnes devant subir une mastectomie (l'ablation d'un sein).....	51
Action 19 : Développer la revalidation fonctionnelle du patient cancéreux .....	52
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.....	52
Actie 20 : Fixer les conditions de reconnaissance d'un handicap consécutif au traitement du cancer.....	53
1. Procédure de traitement accélérée des demandes d'allocation aux personnes moins valides.....	53
Action 21 : Soutien aux parents d'enfants avec un cancer .....	54
Action 22 : Accès à un soutien psychologique ou à la participation à des groupes de parole ou d'activités de soutien.....	54
1. Appel à projets de soutien et d'accompagnement des parents et des enfants .....	54
2. Appel à projets de soutien psychologique ou d'accompagnement aux patients (adultes, adolescents ou enfants) et/ou aux familles de patient .....	54
Action 23 : Financement structurel des filières de soins pédiatriques « Soins Continus Enfants » .....	56
1. Création d'une fonction de liaison pédiatrique .....	56
Action 24 : Soutien à des projets-pilotes d'oncogériatrie clinique .....	57
1. Appel à projets en oncogériatrie.....	57
Action 25 : Améliorer l'offre de soins palliatifs pour les patients cancéreux.....	58
1. Étude des besoins en soins palliatifs .....	58
2. Renforcement de l'encadrement pour les soins palliatifs en maisons de repos et en MRS59	
3. Revalorisation du forfait de soins palliatifs à domicile .....	59

4. Centres de jour en soins palliatifs .....	59
Action 26 : Actions à mener en concertation avec les ministres compétents au niveau fédéral .....	61
1. Améliorer la conciliation vie professionnelle / cancer pour le patient .....	61
2. Améliorer la conciliation vie professionnelle / cancer pour les parents.....	62
3. Procédure de déductibilité fiscale des dons facilitée et adaptée .....	63
Action supplémentaire : Intervention dans les frais de transport des patients cancéreux	64
1. Simplification de la procédure pour l'intervention dans les frais de transport .....	64
2. Modification des conditions d'intervention lors de l'hospitalisation de l'enfant atteint d'un cancer .....	64
Action supplémentaire : Amélioration de la prise en charge nutritionnelle des patients cancéreux.....	65
1. Financement de diététiciens dans le cadre des Programmes de soins oncologiques .....	65
2. Appel à projets concernant la cachexie .....	65
AXE III : RECHERCHE, INNOVATION TECHNOLOGIQUE ET ÉVALUATION .....	66
Action 27 : Création d'une tumorothèque.....	66
1. Financement de tumorothèques .....	66
Action 28 : Financement structurel de la coordination de la recherche translationnelle dans les hôpitaux.....	68
1. Financement structurel de cellules de coordination de la recherche translationnelle .....	68
Action 29 : Soutien à la recherche translationnelle .....	69
1. Projets de recherche translationnelle en oncologie .....	69
Action 30 : Utilisation de l'hadronthérapie en Belgique .....	70
1. Étude de faisabilité sur la création d'un centre d'hadronthérapie en Belgique .....	70
2. Renforcer le remboursement des soins et frais de déplacement aux patients cancéreux nécessitant le recours à l'hadronthérapie .....	71
Action 31 : Renforcer la Fondation Registre du Cancer .....	73
1. Création par arrêté royal de la Fondation d'utilité publique Registre du Cancer.....	73
2. Création d'un comité consultatif des utilisateurs des données de la fondation d'utilité publique du Registre du cancer.....	73
3. Financement de la Fondation Registre du cancer.....	73
Action 32 : Mise en place d'un Centre de Référence Cancer .....	75
1. Création du Centre du Cancer .....	75
ANNEXE 1 .....	76



## AXE I : PREVENTION ET DEPISTAGE

### Action 1 : Remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique

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

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/10/2009

Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2009, tous les assurés sociaux peuvent demander un remboursement forfaitaire pour des consultations d'aide au sevrage tabagique<sup>1</sup>. Un budget annuel de 2,5 millions d'euros est prévu afin de soutenir cet accompagnement à l'arrêt du tabac.

Avant l'entrée en vigueur de cette mesure, seuls les femmes enceintes et leur partenaire avaient accès à ce remboursement. Par période de deux années civiles, huit séances chez un médecin ou un tabacologue peuvent au maximum être couvertes par un remboursement. La première séance, d'une durée minimale de 45 minutes, donne droit à une intervention forfaitaire de 30 euros. Les séances suivantes (7 au maximum), dites de suivi, sont d'une durée minimale de 30 minutes et sont remboursées à hauteur de 20 euros par consultation. Pour les femmes enceintes, le remboursement reste fixé à 30 euros par consultation pour toutes les séances.

Le tableau présenté ci-dessous vous livre un aperçu du nombre de séances remboursées par type de consultation et par an.

Description	2009*	2010	2011	2012
Nombre de premières séances (30 €)	763	9 262	12 500	12 723
Nombre de séances de suivi (20 €)	1 086	15 834	22 050	22 579
Nombre de séances femmes enceintes (30 €)	86	582	766	912
<b>TOTAL</b>	<b>1 935</b>	<b>25 678</b>	<b>35 316</b>	<b>36 214</b>

**Tableau 1 : nombre de consultations d'aide au sevrage tabagique auprès d'un médecin ou d'un tabacologue.**  
 2009\* : à partir du 1/10/2009

#### 2. Renforcement des contrôles du respect de la législation anti-tabac

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 09/2008

Il appartient à l'AFSCA (Agence Fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire) et au SPF Santé publique (Direction générale Animaux, Végétaux et Alimentation) de contrôler le respect de la législation anti-tabac.

<sup>1</sup> Arrêté royal du 31/08/2009 (Moniteur belge du 15/09/2009).

En septembre 2008, le Plan Cancer a financé l'embauche de 6 nouveaux contrôleurs venus renforcer l'équipe d'inspection du SPF.

Le tableau présenté ci-dessous vous livre un aperçu du nombre de contrôles effectués chaque année, d'une part, par le SPF et, d'autre part, par l'AFSCA.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SPF Santé publique	18 300	18 000	18 600	19 800	25 500	24 250	15 850
AFSCA	2535	11 979	5290	11 738	12 769	10 483	10 100
<b>TOTAL</b>	<b>20 835</b>	<b>29 979</b>	<b>23 890</b>	<b>31 538</b>	<b>38 269</b>	<b>34 733</b>	<b>25 950</b>

**Tableau 2 : aperçu du nombre de contrôles du respect de la législation anti-tabac effectués chaque année par le SPF et par l'AFSCA**

L'interdiction générale de fumer dans l'horeca a été introduite le 1<sup>er</sup> juillet 2011. Aujourd'hui, de nombreux cafés continuent à outrepasser la loi. Au cours du premier trimestre 2013, les inspecteurs ont constaté que 23 % des cafés contrôlés transgressaient encore l'interdiction. Au cours de cette période, ils ont donc dressé 330 procès-verbaux et délivré 130 avertissements.

### 3. Soutien à l'organisation de formations en tabacologie

Origine  
Lancement                      Ajout  
2009

Le FARES (Fonds des Affections Respiratoires) et la VRGT (Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding) organisent des formations post-graduées interuniversitaires d'un an en tabacologie. Celles-ci permettent aux professionnels de la santé d'acquérir des compétences spécifiques à l'accompagnement des fumeurs dans leur sevrage. Elles comprennent environ 50 heures de cours, étalées sur 7 à 10 samedis par an. Depuis 2009, un budget annuel de 65 000 euros est prévu pour l'organisation de ces formations.

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous un aperçu du nombre de participants par année scolaire et par organisation.

	2009- 2010	2010- 2011	2011- 2012
VRGT	24	59	40
FARES	55	56	63
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>115</b>	<b>103</b>

**Tableau 3 : Nombre de participants aux formations de tabacologie du FARES et de la VRGT par année scolaire.**

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

### 1. Remboursement de nouveaux tests génétiques

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	01/01/2013

En 2009, le Conseil Supérieur d'anthropogénétique a proposé une réforme de la nomenclature en génétique humaine dans le cadre du groupe de travail « biologie clinique » du Conseil Technique Médical. Une nouvelle formulation de la nomenclature en question s'imposait notamment pour renforcer la transparence en matière de génétique, pour se conformer aux exigences actuelles de qualité, pour mieux contrôler les dépenses du secteur et pour préciser les indications cliniques et les tests utilisés.

Le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé la nouvelle nomenclature et la convention conclue avec les 8 centres de génétique humaine en mars 2012. L'arrêté royal du 10 novembre 2012 y afférent est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Cette nouvelle nomenclature comprend 32 nouvelles prestations : 15 pour le diagnostic d'une affection constitutionnelle, 3 pour son diagnostic prénatal, 6 pour le diagnostic d'une affection maligne, 2 pour son suivi, 4 pour le diagnostic préimplantatoire et 2 pour le diagnostic d'une prédisposition au cancer ou à une affection neurodégénérative. Le Conseil Supérieur d'anthropogénétique dresse chaque année une liste des tests et des indications cliniques qui relèvent de cette nomenclature. Ces prestations sont effectuées sur prescription, exclusivement dans les centres agréés et accrédités. L'INAMI a estimé le coût de cette nouvelle nomenclature à 37,8 millions d'euros.

Les chiffres relatifs à l'utilisation de cette nomenclature au cours de la première année d'application seront connus au printemps 2014.

En 2013, le Conseil supérieur de la Génétique humaine a été abrogé et remplacé par le Collège de médecins pour le centre de génétique humaine<sup>234</sup>. Ce Collège est chargé d'effectuer une évaluation externe de la qualité des activités médicales au sein des centres de génétique humaine.

---

<sup>2</sup> Arrêt ministériel du 12/01/2012 (Moniteur belge du 28/02/2012).

<sup>3</sup> Arrêté ministériel du 26/11/2012 (Moniteur belge du 13/12/2012).

<sup>4</sup> Arrêté royal du 19/07/2013 (Moniteur belge du 16/08/2013).

## 2. Revalorisation du conseil génétique

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	01/01/2013

L'objectif de cette mesure est de majorer les honoraires des médecins généticiens pour les consultations de conseil génétique afin de rendre plus attractive la spécialité de généticien.

En sus de la revalorisation des consultations, un renforcement de l'encadrement paramédical du conseil génétique s'impose également.

Un projet de convention pour la revalorisation du conseil génétique et son encadrement a été finalisé en novembre 2011, en concertation avec les centres de génétique humaine. Cette proposition a été approuvée par le Comité de l'assurance de l'INAMI en mars 2012.

La proposition prévoit deux nouvelles nomenclatures : l'une pour un conseil génétique standard et l'autre pour un conseil génétique complexe. Ces prestations comprennent au minimum deux consultations au cours desquelles les antécédents personnels et familiaux sont examinés. Le conseil génétique complexe peut aussi consister en une demande d'informations médicales sur les membres de la famille et un aperçu diagnostique complexe. Le conseil génétique standard et le conseil génétique complexe exigent tous deux un rapport médical.

Le remboursement forfaitaire prévu s'élève à 220,19 euros pour le conseil génétique standard et à 605,4 euros pour le complexe. L'INAMI affecte un budget de 4,28 millions d'euros à cette mesure.

La nouvelle nomenclature est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Les chiffres relatifs à l'utilisation de cette nomenclature au cours de la première année d'application seront connus au printemps 2014.

## 3. Remboursement de tests ADN envoyés à l'étranger

<u>Origine</u>	Ajout en 2011
<u>Lancement</u>	01/01/2013

Auparavant, les patients pouvaient seulement bénéficier d'un remboursement pour leurs analyses sur des échantillons ADN effectuées à l'étranger s'ils se rendaient en personne à l'étranger (S2<sup>5</sup>) et que le test était remboursé dans le pays de destination. Un tel déplacement supposait des frais de voyage et/ou d'hébergement, un investissement en temps, un coût plus élevé pour l'assurance maladie et des efforts considérables pour le patient et sa famille.

---

<sup>5</sup> Précédemment E112.

Lors des discussions de la Commission médico-mutualiste concernant la nomenclature des tests génétiques, un budget de 550 000 euros a été retenu afin de permettre le remboursement des tests réalisés à l'étranger. Le remboursement porte sur des analyses diagnostiques d'échantillons d'ADN de patients et des membres de leur famille souffrant de cancers ou de maladies rares pour lesquels il n'existe, en Belgique, aucun laboratoire spécialisé apte à effectuer le test.

Cette nouvelle mesure, identifiée dans le cadre des activités du Fonds Maladies rares et médicaments orphelins, a été intégrée au projet de convention dans le contexte de la revalorisation du conseil génétique avec les centres de génétiques. Le Comité de l'assurance (INAMI) a approuvé cette proposition en mars 2012.

Les Centres de génétique humaine agréés peuvent confier les analyses pour lesquelles aucun test n'est disponible en Belgique (liste limitative) à des laboratoires étrangers. Le remboursement couvre les coûts du laboratoire et les frais d'envoi.

**Action 3 : Élargir la tranche d'âge de vaccination contre le papillomavirus aux jeunes filles de 12 à 18 ans (au lieu de 12 à 15 ans)**

**1. Élargissement du remboursement du vaccin anti-HPV jusque 18 ans**

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/12/2008

Chaque année, un cancer du col de l'utérus est diagnostiqué chez plus de 600 femmes en Belgique. La vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) s'inscrit dans le cadre d'une stratégie globale de prévention du cancer du col de l'utérus, en combinaison avec le dépistage.

Depuis novembre 2007, un remboursement du vaccin contre le HPV était prévu pour les filles âgées de 12 à 15 ans. Sous l'impulsion du Plan Cancer, le remboursement a été étendu à l'ensemble des adolescentes de 12 à 18 ans à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2008. Cela signifie concrètement que le coût de la vaccination pour le patient est passé d'environ 412 euros à 33 euros pour cette tranche d'âge<sup>6</sup>.

Un montant de rattrapage de 19 millions d'euros a été déboursé en 2009 dans le cadre de cette extension du remboursement de la vaccination anti-HPV aux jeunes filles âgées de 16 à 18 ans.

Vous trouverez dans le tableau ci-dessous un aperçu du nombre de vaccins anti-HPV délivrés et du nombre de jeunes filles à qui au moins une dose a été administrée. Remarque : les vaccins administrés dans le cadre des campagnes de vaccination des Régions (voir mesure n°2) ne sont pas repris dans ce tableau.

	2007 (nov-déc.)	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de vaccins anti-HPV délivrés	43 374	324 526	205 862	107 756	83 405	47 361
Nombre de jeunes filles ayant reçu au moins une dose de vaccin	36 682	148 487	108 335	61 702	47 345	28 548

**Tableau 4 : nombre de vaccins anti-HPV délivrés et nombre de jeunes filles à qui au moins une dose de vaccin a été administrée, par an depuis le lancement de la mesure (novembre 2007). Données : Pharmanet.**

<sup>6</sup> 11 euros par dose.

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

<u>Origine</u>	Ajout en 2010
<u>Lancement</u>	Wall. : 09/2011 Flandre : 09/2010

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

La Conférence interministérielle (CIM) Santé publique du 8 décembre 2008 a approuvé l'adoption d'une approche asymétrique, autorisant l'organisation de « programmes de prévention cancer » différant d'une communauté à une autre. Le protocole d'accord de prévention signé le 28 septembre 2009 en CIM Santé publique offre un cadre permettant à l'autorité fédérale de cofinancer les campagnes de prévention organisées par une ou plusieurs communautés. En 2013, ce protocole a été prolongé jusqu'à fin 2014.

En Communauté flamande, une première campagne de vaccination contre le HPV a été lancée au cours de l'année scolaire 2010-2011 pour les jeunes filles de première année d'enseignement secondaire ou nées en 1998. Dans ce cadre, les CLB<sup>7</sup>, les médecins généralistes et les pédiatres ont reçu des vaccins gratuitement. Un budget de 1,3 million d'euros a été prévu à cet effet.

L'analyse des données relatives à la vaccination dans Vaccinnet<sup>8</sup> montre que plus de 80 % des filles du groupe cible ont été vaccinées entre le 1<sup>er</sup> septembre 2010 et le 31 août 2012. Lors de la première année d'application (2010-2011), 80,8 % des filles ont reçu les 3 doses, contre 79,3 % au cours de l'année scolaire 2011-2012<sup>9</sup>.

La Communauté germanophone a elle aussi intégré la vaccination contre le HPV dans sa politique de vaccination, en collaboration avec la Communauté française. En communautés française et germanophone, une campagne de vaccination contre le HPV a été lancée en septembre 2011 pour une cohorte scolaire de jeunes filles de 13 ans.

---

<sup>7</sup> Centres d'encadrement des élèves, notamment responsables de la politique de santé dans les écoles.

<sup>8</sup> [www.zorg-en-gezondheid.be/hpv/](http://www.zorg-en-gezondheid.be/hpv/)

<sup>9</sup> Pour plus d'informations, vous pouvez consulter la page suivante (NL) :  
<http://www.infectieziektebulletin.be/defaultSubsite.aspx?id=31717#.UKyty2fc9X4>

## Action 4 : Amélioration du dépistage et diagnostic précoce du cancer du sein

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

Origine

Plan Cancer 2008

Les appareils utilisés pour les mammographies de diagnostic et de dépistage doivent répondre aux mêmes exigences de qualité. Des contrôles officiels doivent être prévus deux fois par an. Ces contrôles relèvent de la compétence des communautés et de l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire (AFCN).

Le 18 mai 2010, le Conseil Technique Médical (CTM) de l'INAMI a proposé de soumettre toutes les installations destinées aux mammographies aux mêmes exigences de qualité (recommandations européennes en matière de dépistage du cancer du sein).

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

Origine

Plan Cancer 2008

Lancement

01/11/2011

Le Conseil Technique Médical de l'INAMI a formulé une proposition de modification de la nomenclature au sujet des examens complémentaires faisant suite à une mammographie de dépistage positive. Cette proposition prévoit l'ajout de 4 nouvelles prestations liées aux examens diagnostiques invasifs en cas de pathologie mammaire (article 11).

Ces projets d'intervention dans les prestations médicales et le matériel pour ponctions mammaires ont été approuvés par la Commission médico-mutualiste respectivement le 27 septembre et le 13 décembre 2010. Les projets d'arrêtés royaux relatifs à la nomenclature des biopsies et des implants ont été publiés en septembre 2011 et sont entrés en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2011<sup>10</sup>. Un remboursement intégral est ainsi prévu pour les biopsies mammaires, ainsi que pour le matériel nécessaire à cet effet.

Au cours des deux premiers mois suivant l'entrée en vigueur de cette nomenclature, 472 biopsies du sein ont été enregistrées. En 2012, le nombre de biopsies mammaires pratiquées<sup>11</sup> s'est élevé à 21 377.

---

<sup>10</sup> Arrêté royal du 01/09/2011 (Moniteur belge du 30/09/2011).

<sup>11</sup> Biopsies en cylindre et biopsies assistées par aspiration effectuées ou non sous guidance stéréotaxique.



### 3. Gratuité du dépistage pour femmes à haut risque

Origine

Plan Cancer 2008

Après mûre réflexion, un groupe de travail mis en place par le Conseil Technique Médical (CTM) de l'INAMI a proposé de modifier la nomenclature des examens sénologiques (échographie et mammographie). La proposition comprend des initiatives visant à augmenter la participation aux programmes de dépistage organisés du cancer du sein, prévoit un remboursement intégral de l'examen sénologique complet pour les femmes à haut risque de cancer du sein et a pour but d'égaliser la qualité des deux systèmes de dépistage<sup>12</sup> (cf. A4M1). Elle a été approuvée par le CTM le 18 mai 2012.

Dans le cadre du groupe de travail intercabinets « cancer » de la Conférence interministérielle Santé publique, l'INAMI, les Communautés et les centres de référence se sont réunis fin septembre 2010 pour une discussion technique de la proposition élaborée.

Vu les opinions divergentes au sujet de la proposition, une première table ronde rassemblant toutes les parties concernées a été organisée le 6 septembre 2011 à la demande de la Ministre Onkelinx. Le but de cette réunion était de réfléchir ensemble à la meilleure politique à mettre en oeuvre en vue de garantir un dépistage plus efficace et un diagnostic plus précoce du cancer du sein.

Une seconde table ronde a été organisée le 13 mars 2012 afin de présenter la proposition mise au point par l'INAMI, tenant compte des rapports KCE 172<sup>13</sup> en 176<sup>14</sup>. Dans le courant de l'année 2012, plusieurs discussions techniques se sont tenues entre le Cabinet, le SPF Santé publique, le KCE et l'INAMI. En 2013, l'INAMI a fait part au Cabinet de l'incidence budgétaire des mesures susmentionnées.

#### Informations complémentaires

Rapport KCE 172 :

Le KCE a cherché à savoir quelles femmes se trouvaient exposées à un risque accru de cancer du sein et quelles méthodes de dépistage devaient être préconisées. Les résultats de l'étude ont été publiés en janvier 2012. Le rapport identifie les groupes de femmes présentant un risque élevé de cancer du sein : femmes avec des antécédents familiaux, femmes dont la partie supérieure du corps a été exposée à un âge précoce, femmes présentant une forte densité mammaire, etc. Chez ces femmes, un dépistage complémentaire (en sus des campagnes organisées) peut être utile, par exemple annuellement et à un plus jeune âge. Le risque doit être déterminé

<sup>12</sup> Les mammographies de dépistage et les mammographies de diagnostic.

<sup>13</sup> Rapport KCE 172 : Dépistage du cancer du sein : comment identifier les femmes exposées à un risque accru – Quelles techniques d'imagerie utiliser ?

<sup>14</sup> Rapport KCE 176 : Dépistage du cancer du sein entre 70 et 74 ans.

de manière individuelle et les méthodes et la fréquence de dépistage les plus adaptées discutées avec un médecin suffisamment expérimenté.

Rapport KCE 176 :

Ce rapport KCE étudie les effets d'une potentielle extension du dépistage organisé du cancer du sein aux femmes de 70 à 74 ans. Les résultats de l'étude ont été publiés en avril 2012. Le KCE en arrive à la conclusion qu'un tel élargissement n'offrirait pas nécessairement plus d'avantages que d'inconvénients. Une telle mesure permettrait de sauver 13 années de vie par 1000 femmes dépistées, mais risquerait d'altérer la qualité de vie générale en raison de la fréquence des fausses alertes et des surdiagnostics.

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

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

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement Flandre : 01/06/2013

Conformément aux recommandations européennes, la Conférence interministérielle Santé publique a approuvé, en mars 2009, le principe de l'organisation d'un programme 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.

Un protocole d'accord de prévention a été signé le 28 septembre 2009 en Conférence interministérielle Santé publique. Celui-ci définit un cadre permettant à l'autorité fédérale de cofinancer les programmes de prévention organisés par une ou plusieurs communautés. Le protocole d'accord a été prolongé jusqu'à fin 2014. La décision finale relative au lancement ou non d'un programme organisé revient aux Communautés.

La Communauté française a amorcé, en juin 2012, une campagne d'information et de sensibilisation ciblée sur l'importance du dépistage du cancer du col de l'utérus à l'intention des femmes et des médecins généralistes.

En Flandre, un programme de dépistage systématique du cancer du col de l'utérus a été lancé en 2013. Depuis juin 2013, les femmes âgées de 25 à 64 ans sont invitées à se soumettre, tous les trois ans, à un frottis chez leur médecin généraliste ou leur gynécologue. Les femmes qui ne se sont pas présentées pour un frottis au cours des trois dernières années ont été convoquées en premier lieu. Les personnes ne souhaitant pas participer à ce programme ont la possibilité de facilement se désinscrire.

L'examen en laboratoire est gratuit. Seul le ticket modérateur de la consultation doit être pris en charge par la patiente. Si le résultat de l'examen exige un test HPV complémentaire, ce dernier n'occasionnera également aucun frais à la patiente.

### 2. Remboursement majoré pour les examens complémentaires

Origine Plan Cancer 2008

Les modalités de remboursement majoré pour les examens complémentaires (colposcopie, examen HPV) en cas de frottis positif seront déterminées en lien avec le programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus.

En Flandre, le programme de dépistage prévoit le remboursement d'un éventuel test HPV lorsque l'examen du frottis en laboratoire le recommande.

Les examens de suivi sont pour l'instant soumis aux règles de remboursement en vigueur.

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

Origine

Plan Cancer 2008

CERVIBASE a été mis en place en 2011 au terme d'une étude de faisabilité. Il s'agit d'un registre central de cytopathologie et d'histopathologie pour tous les frottis cervicaux. Un tel registre est essentiel pour garantir l'efficacité, l'utilité et la qualité des programmes de dépistage, ainsi que pour mettre sur pied un mécanisme de sécurité positive (« fail-safe »)<sup>15</sup> conformément aux directives applicables.

Il est indispensable de pouvoir compter sur la collaboration de tous les laboratoires d'anatomopathologie. Les pathologistes enregistrent désormais les données de diagnostic et de dépistage précoces du cancer et les livrent à la Fondation Registre du Cancer sous plusieurs ensembles de données.

#### Informations complémentaires

##### Adaptation des règles de remboursement du frottis

Les recommandations scientifiques actuelles préconisent un test de dépistage du cancer du col de l'utérus tous les trois à cinq ans chez les femmes de 20 à 64 ans. Plusieurs études épidémiologiques ont démontré l'inefficacité et le coût important pour la société d'un dépistage plus fréquent.

Suivant ces recommandations, le Comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé, le 23 octobre 2013, une proposition consistant à modifier la fréquence de remboursement des prestations délivrées dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus en le faisant passer d'une fois tous les deux ans à une fois tous les trois ans. L'arrêté royal du 11 février 2013<sup>16</sup> y afférent est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2013.

---

<sup>15</sup> Il s'agit d'un mécanisme visant à garantir que chaque patient présentant un résultat de dépistage anormal reçoive le suivi médical nécessaire.

<sup>16</sup> Arrêté royal du 11/02/2013 (Moniteur belge du 25/02/2013).

## Action 6 : Consultation de prévention des risques de santé

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

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/04/2011

L'accord médico-mutualiste 2009-2010 prévoit notamment un projet de consultation gratuite de prévention pour les personnes âgées de 45 à 75 ans qui possèdent un dossier médical global (DMG). Ce projet est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2011. Un budget annuel de 22,5 millions d'euros a été dégagé à cet effet.

Concrètement, un module de prévention est intégré au DMG via une consultation gratuite chez le médecin généraliste. Ce module prévoit une check-list comportant plusieurs critères relatifs au mode de vie (alimentation, tabac, alcool, activité physique, stress, etc.), aux examens du système cardiovasculaire, aux tests de dépistage (cancer colorectal, cancer du col de l'utérus et cancer du sein, etc.), à la vaccination (diphtérie, tétanos, grippe, pneumocoque, etc.), aux dosages biologiques (glycémie, créatinine et protéinurie, cholestérol, etc.) et autres. Afin d'obtenir une harmonisation optimale entre le module de prévention et les objectifs de santé des communautés, le thème de la santé mentale a été ajouté.

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 des honoraires de prévention forfaitaires fixés à 10 euros à titre d'honoraires supplémentaires aux honoraires de gestion du dossier médical global. Les bénéficiaires âgés de 45 à 75 ans peuvent avoir recours à cette prestation une fois par an.

En 2011 (du 1<sup>er</sup> avril 2011), 232.047 consultations de prévention ont été réalisées, dont 51.555 dans des maisons médicales. En 2012, ce nombre s'est élevé à 369.515, dont 49.300 dans des maisons médicales<sup>17</sup>.

	2011*	2012
Médecin généraliste	180.492	320.215
Maison médicale	51.555	49.300
<b>TOTAL</b>	<b>232.047</b>	<b>369.515</b>

**Tableau 5: nombre de consultations de prévention effectuées chez un médecin généraliste ou dans une maison médicale, par an. (2011\*: à partir du 1/04/2011).**

Le projet est prolongé jusqu'au 31 décembre 2014.

<sup>17</sup> Remarque : ces chiffres indiquent le nombre de consultations effectuées, selon les données enregistrées en août 2013.

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

Origine

Plan Cancer 2008

Cette mesure prévoit un module de formation continue en matière de prévention des risques de santé dans le cadre de l'accréditation des médecins.

Le groupe de direction de l'accréditation des médecins (INAMI) n'a pas accueilli positivement la proposition de la ministre relative à cette formation continue. Les discussions restent toutefois ouvertes et de nouvelles propositions sont formulées.

Pour l'instant, il existe deux modules spécifiques d'e-learning disponibles pour les médecins : un module « incontinence urinaire », proposé dans le cadre du plan « Priorité aux patients chroniques », et, depuis peu, un module « utilisation optimale du DMI<sup>18</sup> », ajouté à la demande du Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ). Ces deux modules sont accessibles sur le portail eHealth.

Sur proposition de l'Observatoire des maladies chroniques, un nouveau projet de formation *e-learning* sur la prise en charge des patients obèses dans la première ligne de soins a été mis en place. L'asbl Eetexpert se chargera de son élaboration. Le module est avant tout destiné aux médecins actifs dans les soins de première ligne, mais sera également ouvert à tous les médecins disposant d'un numéro INAMI et à tous les médecins en formation. Il vise à assurer la formation continue des médecins (généralistes) et offre un aperçu des recommandations actuelles de bonne pratique pour la prise en charge de première ligne de l'obésité, conformément aux directives nationales et internationales d'« evidence-based medicine ». Il devrait être mis en ligne à partir de juillet 2014. La durée totale du programme de formation est de trois ans.

---

<sup>18</sup> Dossier médical informatisé.

## Action supplémentaire : Campagne de dépistage du cancer colorectal

### 1. Programme de dépistage du cancer colorectal

<u>Origine</u>	Ajout en 2011
<u>Lancement</u>	Wall. : 01/03/2009 Flandre : 01/10/2013

En 2009, la Belgique a enregistré 8 230 nouveaux cas de cancer colorectal. Le diagnostic tardif de ce type de cancer est toujours à l'origine d'un taux de mortalité élevé. Si la tumeur est découverte à un stade précoce, le taux de survie s'élève à 95 %. Le processus de transformation d'un polype, excroissance apparaissant le long de la paroi du côlon, en tumeur maligne dure en moyenne dix ans et présente donc l'avantage de permettre un dépistage précoce.

Le protocole d'accord de 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. Ce protocole d'accord a été prolongé jusqu'à fin 2014.

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2009, la Communauté française organise, en collaboration avec la Communauté germanophone, un programme de dépistage du cancer colorectal pour les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans par le biais d'un dépistage biennal de sang dans les selles via un test iFOB (*immunochemical fecal occult blood test*, ou test immunochimique fécal à la recherche de sang occulte). À Bruxelles et en Wallonie, les médecins généralistes jouent un rôle central dans l'échange d'informations et l'octroi de tests de dépistage adéquats et veillent également à livrer un feed-back et à assurer un suivi des patients. Sur la base du profil de risque du patient, le médecin généraliste décide si un test iFOB (en cas de risque moyen) ou une coloscopie (en cas de risque élevé) est plus approprié. Les mutualités jouent un rôle actif dans ce programme, de sa conception à la communication, notamment grâce à la distribution de brochures aux guichets.

En Communauté flamande, deux expériences pilotes de dépistage ont été menées. La Communauté a étudié la faisabilité de l'introduction de cet examen et va lancer un programme de dépistage systématique du cancer colorectal à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2013. Les hommes et les femmes âgées de 56 à 74 ans recevront tous les deux ans par la poste une invitation, accompagnée d'un test iFOB. Les personnes désireuses de participer pourront alors elles-mêmes prélever un échantillon de leurs selles et l'envoyer à un laboratoire en utilisant l'enveloppe préaffranchie fournie. Deux semaines plus tard, le résultat sera transmis au patient et à son médecin traitant. Le généraliste apportera des explications et orientera, si nécessaire, le patient vers des examens complémentaires.

Un accord avec l'INAMI concernant le cofinancement du programme de dépistage est en cours de préparation.

## Informations complémentaires : Cancer et environnement

### **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 décidé d'unir leurs efforts en matière de problèmes liant environnement et santé.<sup>19</sup> La relation complexe entre cancer pédiatrique et environnement a été présentée comme l'une des priorités. Un enregistrement systématique des facteurs de risques environnementaux pourrait améliorer notre compréhension des liens entre cancer infantile et environnement.

Dans le Plan national d'action environnement-santé (NEHAP), cette problématique fait l'objet d'une attention particulière. Dans ce cadre, une étude a été lancée en novembre 2010 sur la faisabilité de la mise en place d'un système d'enregistrement afin d'examiner la relation entre cancer pédiatrique et environnement. Cette étude a bénéficié d'un financement de 40 000 euros. Les résultats ont été présentés aux membres de la Cellule nationale du NEHAP le 16 janvier 2012. Le rapport indique qu'il est possible de mettre au point un tel système d'enregistrement en Belgique. Les données sont disponibles et peuvent être associées. Nous disposons de l'expertise nécessaire dans notre pays.

La troisième version du NEHAP (2014), actuellement en cours d'élaboration, portera sur la possibilité de suivre une cohorte de naissances en Belgique.

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

À l'automne 2008, l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-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. L'étude portait sur l'incidence de leucémie aiguë chez l'enfant et de cancer de la thyroïde qui pourraient se développer dans un rayon de 20 km autour des centrales nucléaires de Doel et Tihange, ainsi que des sites de recherche de Fleurus et Mol-Dessel. Le territoire belge près du site nucléaire de Chooz (France) était également concerné par cette étude. Les résultats complets de l'étude ont été présentés le 25 avril 2012 en Commission Santé Publique de la Chambre.

Cette étude visait à livrer une première évaluation des risques potentiels pour la santé encourus par les personnes vivant à proximité des sites nucléaires. Les analyses reposaient sur les dernières statistiques de la Fondation Registre du Cancer, à savoir les données relatives à l'incidence des cancers de la thyroïde et des leucémies (pour la période 2000-2008 pour la Région flamande et pour la période 2004-2008 pour la Région wallonne et la Région de Bruxelles-Capitale).

En 2010, les premières données mettaient en avant une importante disparité nord/sud concernant le nombre de cas de cancers de la thyroïde recensés, ainsi que

---

<sup>19</sup> Financement via la DG « Soins de Santé primaires et Gestion de Crise » du SPF Santé publique et le service « Affaires multilatérales et stratégiques » de la DG « Environnement ».



de grands écarts à l'intérieur d'une même zone. Afin de mieux comprendre ces disparités et éventuellement d'exclure leur imputation à des différences de pratiques diagnostiques, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a été chargé d'examiner le processus de diagnostic de ces maladies.

Au stade actuel de ses recherches, le WIV-ISP n'a mis en évidence aucun élément permettant de conclure à l'existence d'un lien entre l'incidence du cancer de la thyroïde et de la leucémie aiguë chez l'enfant et le fait d'habiter près d'un site nucléaire. Dans ses conclusions, le WIV-ISP a relevé plusieurs éléments qui doivent être approfondis ou suivis dans les années à venir. Il semble donc indispensable de mener une nouvelle étude épidémiologique dans un délai de 5 ans, quand davantage de données seront disponibles.

Les résultats définitifs de l'étude menée en parallèle par le KCE<sup>20</sup> relatifs au diagnostic et au traitement du cancer de la thyroïde ont été publiés en mai 2012. Dans son rapport, le KCE observe que davantage d'examens d'imagerie médicale et d'interventions chirurgicales sont réalisés pour le diagnostic et le traitement des pathologies de la thyroïde à Bruxelles et en Wallonie. Le rapport indique que cet élément pourrait justifier les différences d'incidence observées entre régions, mais une étude plus approfondie reste nécessaire pour confirmer cette conclusion. Une amélioration du suivi de recommandations cliniques internationales dans la prise en charge des pathologies thyroïdiennes pourrait contribuer à réduire les disparités régionales.

### **3. Etude sur l'intégration et l'enregistrement de facteurs environnementaux dans le dossier médical informatisé (DMI)**

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 informatisé (DMI) nous ouvre des possibilités.

Dans le cadre de Plan Fédéral de Développement Durable 2, le SPF Santé publique, entend, en partenariat avec les autres instances engagées dans la mise en oeuvre du NEHAP, élargir les variables du dossier médical informatisé aux déterminants environnementaux au sens large.

La première partie du projet consiste en une étude de faisabilité portant sur l'intégration des facteurs environnementaux dans le dossier médical informatisé. Un budget de près de 62 000 euros a été attribué à l'UGent pour réaliser une étude permettant d'offrir aux médecins un système structuré pour la collecte de données pertinentes relatives à l'environnement via le DMI.

---

<sup>20</sup> Rapport KCE 177 : Différences géographiques de l'incidence du cancer de la thyroïde en Belgique : Rôle des stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans la prise en charge des pathologies thyroïdiennes.

L'étude en cours est axée sur deux volets :

1. l'analyse scientifique, spécifique pour la Belgique, des informations relatives aux facteurs environnementaux ;
2. l'examen de la faisabilité technique de l'intégration des facteurs environnementaux dans le DMI, ainsi que la formulation de conditions et des propositions à cet effet.

Le premier volet a été achevé fin 2011. Le deuxième volet sera entamé en 2012-2013, sur la base des résultats de la première partie.

#### **4. Campagne « soleil malin »**

La surexposition au soleil est l'un des principaux facteurs responsables des cancers cutanés. Selon les chiffres du Registre du cancer, 1 500 nouveaux cas de mélanomes malins sont chaque année diagnostiqués en Belgique. Près d'un cinquième des cas évolue vers une issue fatale.

Chaque année, depuis 2007, une campagne d'information intitulée « Soleil malin » est lancée avant l'été. Elle a pour but de diffuser des informations visant à permettre au plus large public possible de profiter du soleil en toute sécurité, de se protéger de manière adéquate et de bien choisir et utiliser des produits solaires.

Il s'agit d'une initiative du CRIOC, de DETIC, FEDIS et du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

#### **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 effectuée avec le soutien financier du SPF Santé Publique.

On se penche, dans ce cadre, sur les analyses des études épidémiologiques portant sur le risque d'apparition d'altérations du système nerveux central chez des sujets exposés à des pesticides. Dans un premier temps, les chercheurs s'intéressent aux tumeurs cérébrales observées chez des enfants, qui pourraient être causées par une exposition professionnelle de leurs parents aux pesticides.

Selon les conclusions d'une étude<sup>21</sup> menée par l'Université catholique de Louvain à la demande du SPF Santé publique, l'exposition des enfants à des pesticides *in utero* ou au cours des premières années de leur vie pourrait contribuer à une augmentation du risque de leucémie. Sur la base de ces résultats, le SPF conseille aux parents de

---

<sup>21</sup> Van Maele-Fabry G et al. Residential exposure to pesticides and childhood leukaemia: a systematic review and meta-analysis. *Environ Int.* 2011 Jan; 37(1):280-91.

jeunes enfants et d'enfants à naître de limiter autant que possible toute exposition à ces produits. Les médecins sont les mieux placés pour discuter avec les parents des risques liés à l'utilisation des pesticides.

À l'occasion de la « Semaine sans pesticide » de 2012, le SPF Santé publique a diffusé, auprès des médecins et du public, un message préconisant de limiter autant que possible l'exposition aux pesticides des jeunes enfants et des enfants à naître.

Cette problématique continuera bien entendu à faire l'objet d'un suivi approfondi dans le cadre du PRPB (Plan de réduction des pesticides et biocides) et du NAPAN (Nationaal Actie Plan d'Action National) mis en place en collaboration avec les entités fédérées.

## Informations complémentaires : Cancer et habitudes alimentaires

### 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 ». Cette déclaration souligne 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 sont, en premier lieu, la prévention et la réduction des dommages liés à l'alcool et, en second lieu, la lutte contre la consommation inadaptée, excessive, problématique et risquée d'alcool, en sus de la lutte contre la dépendance. Ce document vise prioritairement les jeunes. La loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière santé prévoit, d'une part, l'interdiction de la vente de vin et de bière aux mineurs de moins de 16 ans et, d'autre part, l'interdiction de la vente de spiritueux aux mineurs de moins de 18 ans. Ces dispositions sont en vigueur depuis le 10 janvier 2010.

Le service « inspection » du SPF Santé Publique veille au respect des mesures d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs.

En outre, le code de conduite en matière de publicité pour des boissons alcoolisées fait actuellement l'objet d'une révision en profondeur, en concertation avec les acteurs du secteur. Ces accords devraient être rendus effectifs par arrêté royal.

### 2. Lien entre alimentation et cancer

Le rapport de l'organisation World Cancer Research Fund<sup>22</sup> tire des conclusions sur les relations de cause à effet entre certains aliments et le cancer, qui peuvent être classées en trois catégories : « lien évident », « lien probable » et « lien possible », elles-mêmes divisées en deux groupes : « réduction du risque » et « augmentation du risque ». Ainsi, grâce à l'élaboration d'une revue de littérature systématique, un lien *évident* a par exemple pu être mis en avant entre la pratique d'une activité physique et une réduction du risque de cancer du côlon. Un lien *évident* a également été découvert entre la consommation de viande rouge transformée ou non et, cette fois, une augmentation du risque de cancer colorectal. Des liens *probables* ont par exemple été démontrés entre la consommation de fruits et légumes et une réduction du risque de cancers de la bouche, de l'estomac, des poumons ainsi qu'entre une consommation excessive de sel et un risque accru de cancer de l'estomac. Enfin, des liens *possibles* ont pu être établis entre la consommation de poisson et une réduction du risque de cancer colorectal et, au contraire, entre la consommation d'aliments fumés et une hausse du risque de l'estomac. Il semblerait, en outre, que la relation dose-réponse soit linéaire.

---

<sup>22</sup> Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer : a Global Perspective. Second expert report (2007). World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer research. ISSN/ISBN : 978-0-9722522-2-5

### 3. Plan National Nutrition santé (PNNS-B)

Certaines évolutions liées à notre mode de vie sont propices à l'adoption de mauvaises habitudes alimentaires et à la diminution de l'activité physique. Ces facteurs de risque provoquent, à leur tour, une augmentation des cas de surcharge pondérale, d'obésité et d'un certain nombre d'affections chroniques associées. Le Plan National Nutrition Santé pour la Belgique (PNNS-B) a pour vocation de s'attaquer à cette problématique et d'insuffler un souffle positif à la santé de la population belge. Le PNNS-B s'inscrit dans le contexte d'une société belge en constante évolution et dans la lignée d'initiatives de l'Union européenne et de l'Organisation mondiale de la santé et d'une stratégie globale en matière d'alimentation, d'activité physique et de santé. Le PNNS-B a été mis sur pied en étroite collaboration avec les Communautés.

Le PNNS-B ne traite pas seulement de la problématique de l'alimentation 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'enquête nationale de consommation alimentaire réalisée en 2004 et 2005 par l'Institut scientifique de Santé publique constitue un outil essentiel pour la surveillance et le suivi de la consommation et du comportement alimentaires. Une deuxième enquête, en cours de préparation, sera menée en 2014.

L'évaluation du premier PNNS a démarré en 2010. Une évaluation interne au SPF Santé publique a été menée en octobre 2011 et une évaluation externe, réalisée par des chercheurs de l'ULg, a été achevée en juin 2011. Plusieurs interviews ont été organisées avec des acteurs du public et du privé afin d'évaluer la pertinence sur le terrain, ainsi que la gestion et le contenu, de l'initiative du PNNS. L'évaluation externe est disponible auprès du SPF Santé publique.

Quelques exemples de mesures réalisées dans le cadre du PNNS-B 2005-2010 :

- Diminution de la consommation du sel  
Selon l'OMS, 90 % des hommes et 59 % des femmes consomment plus de sel que la quantité maximale recommandée de 5 g par jour.  
La campagne « Top le sel ? Stop le sel ! » a été lancée en mai 2009, en vue d'informer le citoyen sur la problématique du sel.  
Vu que 75 % du sel consommé provient de produits alimentaires, les producteurs et les distributeurs belges se sont engagés à réduire de 10 % la consommation de sel d'ici à 2012.
- Équipes nutritionnelles dans les hôpitaux  
Le projet-pilote « équipe nutritionnelle dans les hôpitaux », qui vise à prévenir et à mieux prendre en charge les problèmes de dénutrition que l'on rencontre couramment chez les patients, a été étendu à plusieurs hôpitaux. Au total, 96 hôpitaux y prennent part. Une première analyse a démontré l'intérêt d'un tel projet. Un logiciel a par ailleurs été développé, en collaboration avec Nubel, afin d'aider les professionnels de la santé à étudier le risque de dénutrition (NubelPro).

- **Initiative Hôpital Ami des bébés**

L'initiative « Hôpital ami des bébés » (IHAB) a été lancée dans 21 maternités en collaboration avec le Comité fédéral de l'allaitement maternel. Les hôpitaux labellisés encouragent les jeunes mères à allaiter leur nouveau-né.

En outre, la formation en matière d'allaitement dispensée au personnel hospitalier des services de maternité sera renforcée grâce à un soutien financier des hôpitaux participants.

Au cours des deux prochaines années, le PNNS va se focaliser sur les domaines d'actions suivants :

- **Amélioration de l'offre alimentaire**

Il convient de poursuivre les concertations avec le secteur privé belge (industrie alimentaire, grande distribution, secteur HORECA), notamment au sujet de la teneur en sel, en sucres ajoutés, en graisses saturées et en acides gras trans des produits alimentaires. Les questions du **marketing** et de la **publicité**, de l'étiquetage, des allégations de santé et d'un système de profilage des aliments pour aider le consommateur dans ses choix méritent d'être clarifiées.

- **Mise en place d'un système de monitoring des habitudes alimentaires** de la population pour analyser les comportements alimentaires

La dernière enquête sur les habitudes alimentaires de la population date de 2004 et ne portait que sur la population des plus de 15 ans. Il est donc nécessaire de lancer une nouvelle étude de consommation alimentaire nationale axée sur les enfants.

La prochaine enquête de consommation prévue (FCS2014) portera sur un groupe de sujets âgés de 3 à 64 ans aussi représentatif que possible de la population, grâce à l'utilisation du registre national belge. Cette enquête nous livrera les données sur la consommation alimentaire des jeunes, données indispensables pour établir les risques liés aux macro- et micronutriments et aux additifs et pour déterminer l'exposition aux contaminants et aux pesticides. La Belgique s'y est engagée auprès de l'EFSA (European Food Safety Authority). A l'échelle européenne, les résultats issus de l'enquête de consommation alimentaire seront repris dans le chapitre belge du projet européen « EU Menu »<sup>23</sup>. Ce projet vise à recueillir des données comparables sur la consommation alimentaire à travers l'Europe.

- **Renforcement de la qualité des soins**, passant notamment par :

- o 1) la formation du personnel hospitalier (médecins et personnel paramédical) et de première ligne, grâce à une meilleure connaissance de la nutrition et notamment de l'allaitement maternel (formation continue par e-learning et intégration dans les programmes des futurs diplômés) ;
- o 2) des équipes nutritionnelles pour le dépistage, la prise en charge et le suivi transmurale de la dénutrition ;
- o 3) l'extension du label Hôpital Ami des Bébé dans les maternités ;

---

<sup>23</sup> <http://www.efsa.europa.eu/en/datexfoodcdb/datexeumenu.htm>

- 4) une prise en charge adéquate du patient obèse ;
- 5) le dépistage et la prise en charge et du patient diabétique.
  
- **Intégration de la dimension « Health in all policies » dans les autres politiques fédérales** pour une meilleure efficacité des politiques (finances, affaires économiques, emploi, intégration sociale, égalité des chances, etc.).
  
- **Intégration de la dimension de la durabilité dans la politique nutritionnelle**  
Les modes de production agricoles utilisés depuis une cinquantaine d'années, se focalisant plutôt sur la productivité (quantité) que sur nos besoins alimentaires (qualité), ont entraîné des conséquences dramatiques tant sur le plan nutritionnel (rupture d'équilibre en acides gras essentiels, surconsommation de sucre, etc.) que sur le plan environnemental (déforestation, perte de biodiversité, appauvrissement et pollution (pesticides) des sols, émissions de gaz à effet de serre (gaz carbonique, méthane...) et le plan humain (appauvrissement de l'agriculture familiale au profit de grandes exploitations, disparition du biotope des habitants des forêts équatoriales et indonésiennes).
  
- **Poursuite des actions entreprises** par les autorités fédérales dans le domaine de la recherche, de la reformulation, de la standardisation, de l'étiquetage, des mesures fiscales et l'amélioration de la qualité.  
Ces actions sont complémentaires aux plans d'action des Communautés. Le fédéral peut par ailleurs jouer un rôle de coordination ou de soutien à la demande des Communautés. Il convient de mettre en place une concertation et une coopération entre les différents niveaux de pouvoir afin de mener une politique cohérente, d'obtenir un large soutien et de mettre en œuvre des actions efficaces à tous les niveaux.

Le Plan Fédéral Nutrition Santé a contribué à l'amélioration des habitudes alimentaires de la population et va continuer à jouer ce rôle dans les années à venir, tant de façon directe (information) qu'indirecte (reformulation des denrées alimentaires, formations, qualité des soins, etc.). Toutes ces mesures ont des retombées positives dans le cadre de la prévention de certains types de cancers liés à notre mode de vie peu sain.

## AXE II : SOINS, TRAITEMENTS ET SOUTIEN AUX PATIENTS

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

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

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	01/11/2010

Dans le cadre du projet de revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire élaboré par l'INAMI, une nouvelle nomenclature a été créée pour une consultation de longue durée au cours de laquelle le médecin peut expliquer le diagnostic de cancer au patient.

Le remboursement des consultations de longue durée pour l'annonce du diagnostic du cancer est d'application depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2010<sup>24</sup>. Concrètement, cette nouvelle prestation a pour objectif de permettre au médecin de fournir au patient des explications sur 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 lieu au préalable.

Le prix de cette consultation entièrement remboursée s'élève environ à 58 euros. Le médecin généraliste agréé traitant et/ou le médecin spécialiste traitant qui a/ont participé à cette COM ne peu(ven)t délivrer qu'une seule attestation pour cette consultation, et uniquement à la suite d'une première COM.

Le tableau présenté ci-dessous vous donne un aperçu annuel du nombre de consultations de longue durée auprès des généralistes et des spécialistes depuis l'introduction de la mesure le 1<sup>er</sup> novembre 2010.

<b>Consultation de longue durée auprès d'un</b>	<b>2010*</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Généraliste	11	416	488
Spécialiste	347	12 900	20 220
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>13 316</b>	<b>20 708</b>

**Tableau 6 : nombre de consultations de longue durée pour l'annonce du diagnostic et l'explication du plan de traitement respectivement auprès d'un médecin généraliste et d'un spécialiste et par an. (2010\* : à partir du 1/11/2010).**

<sup>24</sup> Arrêté royal du 18/08/2010 (Moniteur belge du 24/09/2010).



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

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 2010

Pour garantir la qualité de l'entretien de diagnostic, le financement d'une formation en communication et en psycho-oncologie est prévu depuis 2010.

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

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

Le tableau présenté ci-dessous vous donne un aperçu du nombre d'inscriptions à la formation en communication par catégorie professionnelle et par an.

	2010	2011	2012	
CHI	Médecin	70	27	15
	Infirmier	76	90	95
	Travailleur social	12	29	17
	Autres	4	32	20
	<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>178</b>	<b>147</b>
CPO	Médecin	22	4	10
	Infirmier	122	145	141
	Travailleur social	-	-	14
	Autres	31	1	-
	<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>150</b>	<b>165</b>
<b>CHI + CPO</b>	<b>337</b>	<b>328</b>	<b>312</b>	

**Tableau 7 : nombre d'inscriptions auprès du CHI et du CPO pour les formations en communication, par année et par catégorie professionnelle.**

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

Le SPF Santé publique soutient depuis septembre 2010 la participation des psychologues travaillant dans le cadre de programmes de soins oncologiques à cette formation interuniversitaire de deux ans.

Côté francophone, un nouveau cycle de formation est lancé chaque année par le Centre de Psycho-Oncologie (CPO).

Côté néerlandophone, le Cédric Hèle Instituut (CHI) organise un nouveau cycle de formation tous les deux ans.

Chaque année, ces deux institutions organisent ensemble un symposium international ouvert aux étudiants inscrits dans leurs cycles (néerlandophones et francophones).

Le tableau présenté ci-dessous vous donne un aperçu du nombre d'inscriptions aux formations en psycho-oncologie auprès du CPO et du CHI.

	2010	2011	2012
CPO	25	46	47
CHI	35	31	19
<b>TOTAL</b>	<b>60</b>	<b>77</b>	<b>66</b>

**Tableau 8 : nombre d'inscriptions aux formations en psycho-oncologie auprès du CPO et du CHI, par an.**

À l'occasion de son symposium du 25 novembre 2011 et dans l'optique de répondre à la nécessité de fournir aux thérapeutes des lignes directrices concrètes et applicables en matière d'oncologie psychosociale, le CHI a présenté son adaptation du manuel « Quick Reference for Oncology Clinicians » de l'American Psychosocial Oncology Society (APOS), qu'il a eu l'autorisation de traduire et modifier. Certains chapitres ont été transposés à la situation belge (médication, organisations nationales). Le manuel du CHI peut être commandé sur son site web<sup>25</sup>.

En 2012, le CPO a organisé deux jours de symposium les 12 et 29 mai. Le CHI a, quant à lui, présenté l'événement « De Kracht van Wit » le 29 novembre.

À l'occasion de son dixième anniversaire, le CHI prévoit d'organiser un congrès le 19 décembre 2013.

### 3. Élaboration d'un protocole d'annonce

Origine

Plan Cancer 2008

En septembre 2010, un groupe de travail du Collège d'oncologie a déposé une proposition en matière de protocole d'annonce pour la communication du diagnostic et des mauvaises nouvelles lors du traitement. En automne 2010, le Centre du cancer a formulé un avis reposant sur l'analyse de cette proposition et a élaboré diverses 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 encore à l'étude.

<sup>25</sup> <http://www.cedric-heleinstituut.be/documents/home/chi-boek.xml?lang=nl>

## Action 8 : Revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM)

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

Origine : Plan Cancer 2008  
Lancement : 01/11/2010

La consultation oncologique multidisciplinaire (COM) est une concertation entre au moins quatre médecins de différentes spécialités. Elle a été conçue pour améliorer la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients cancéreux (analyse du dossier, explication du diagnostic et élaboration du plan de traitement). Elle est également utile pour alimenter la base de données du Registre du Cancer.

Le 1<sup>er</sup> novembre 2010, la nomenclature concernant les prestations de COM a été adaptée<sup>26</sup>. Un budget d'environ 6,58 millions d'euros a été prévu pour répondre à cette adaptation.

Concrètement, la modification de la nomenclature comporte différents aspects :

- une « première » COM obligatoire pour les nouveaux cas de cancer ;
- une éventuelle COM « de suivi » après cette première COM ;
- une éventuelle COM complémentaire dans un autre hôpital sur réorientation.

De nouvelles règles d'interprétation ont été publiées au Moniteur belge (du 26 avril 2012), fixant notamment les conditions d'attestation de la COM de suivi et de la COM complémentaire.

En 2012, un total de 105 091 COM a été enregistré. Elles se répartissaient de la manière suivante : 68 943 premières COM, 35 572 COM de suivi et 576 COM complémentaires.

Le tableau présenté ci-dessous vous donne un aperçu du nombre de COM de chaque type effectuées par an.

	2010*	2011	2012
Première COM	91 606	72 452	68 943
COM de suivi	279	25 760	35 572
COM complémentaire	3	484	576
<b>TOTAL</b>	<b>91 888</b>	<b>98 696</b>	<b>105 091</b>

**Tableau 9 : Nombre de COM de chaque type effectuées par an**  
**2010\* : à partir du 1/11/2010 pour les COM de suivi et complémentaires ; toute l'année pour les premières COM !**

<sup>26</sup> Arrêté royal du 18/08/2010 (Moniteur belge du 24/09/2010).

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

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/03/2010

Deux nouvelles prestations dans le cadre des COM sont en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010 : un supplément d'honoraires pour la coordination d'une consultation oncologique multidisciplinaire 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 pour la participation des médecins ayant une des spécialités précitées à une consultation oncologique multidisciplinaire<sup>27</sup>.

Le tableau présenté ci-dessous vous donne un aperçu du nombre de suppléments d'honoraires accordés dans ce cadre par an.

	2010*	2011	2012
Honoraires de coordination	26.928	60.852	64.718
Honoraires de participation	20.677	47.084	52.480

**Tableau 10: nombre d'honoraires accordés pour la coordination d'une COM ou la participation à une COM, par an. 2010\* : à partir du 1/03/2010**

En 2012, on a par ailleurs enregistré 402 262 participations à des COM attestées par des médecins non porteurs de ce titre professionnel.

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

Origine Ajout en 2010  
Lancement 01/10/2010

Dans le cadre de l'agrément de médecin spécialiste en oncologie médicale et de la revalorisation des oncologues médicaux, des hématologues et des endocrinologues, de nouvelles prestations de consultations spécifiques ont été intégrées à la nomenclature depuis le 1<sup>er</sup> mars 2010<sup>28</sup>.

Afin de limiter les effets de la revalorisation de ces consultations spécifiques sur les frais pour les patients, les tickets modérateurs des consultations de médecins spécialistes ont été plafonnés à 15,15 euros. Ce seuil est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2010<sup>29</sup>.

Le tableau présenté ci-après vous livre un aperçu du nombre de consultations auprès de spécialistes par an.

<sup>27</sup> Arrêté royal du 18/12/2009 (Moniteur belge du 28/01/2010).

<sup>28</sup> Arrêté royal du 18/12/2009 (Moniteur belge du 28/01/2010).

<sup>29</sup> Arrêté royal du 26/08/2010 (Moniteur belge du 15/09/2010).

Consultation auprès d'un	2010*	2011	2012
Oncologue médical	160.869	250.492	261.445
Hématologue clinique	98.611	164.051	174.424
Endocrinologue-diabétologue	444.720	484.699	503.670
<b>TOTAL</b>	<b>704.200</b>	<b>899.242</b>	<b>939.539</b>

**Tableau 11 : nombre de consultations auprès d'un oncologue médical, d'un hématologue clinique et d'un endocrinologue-diabétologue (agrés ou non agrés) par an.**  
 2010\* : à partir du 1/03/2010 pour les oncologues médicaux et les hématologues cliniques ; à partir du 1/01/2010 pour les endocrinologues-diabétologues.

#### 4. Stimuler la participation des médecins généralistes aux COM

<u>Origine</u>	Ajout en 2010
<u>Lancement</u>	2009

Afin de renforcer la participation des médecins généralistes à la consultation multidisciplinaire d'oncologie, deux projets-pilotes de vidéoconférence et d'échange de données font l'objet d'un financement depuis le 27 juillet 2009 via une convention INAMI.

Il importe que les généralistes participent activement aux COM, car ces médecins peuvent livrer des informations complémentaires sur le patient. Leur taux de participation est pourtant assez faible. Différents facteurs sont en cause, notamment le moment choisi pour la COM, les déplacements nécessaires pour s'y rendre et la charge de travail des médecins.

L'INAMI, chargé d'évaluer les projets, nous livre les conclusions suivantes :

- Le premier projet vise à augmenter le degré de participation des médecins généralistes en prévoyant un échange bidirectionnel de données électroniques. Les résultats indiquent que l'interactivité entre les médecins généralistes et le processus de COM intra-muros est bien plus grande dans ce cadre que dans les projets qui nécessitent une présence physique. Cependant, la procédure informatique serait peu attrayante et nécessiterait d'être simplifiée. En outre, vu que le projet n'est pas encore assez connu des médecins généralistes ciblés, les promoteurs du projet entendent reprendre contact avec les cercles de médecins généralistes afin d'en améliorer la notoriété.
- Le deuxième projet vise à augmenter le taux de participation des médecins généralistes en prévoyant des vidéoconférences. Lors de son test à l'AZ Maria Middelaers (Gand), cette solution a permis une augmentation de la participation des médecins généralistes aux COM.

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

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

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement Cf. A8M4

Le Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE) a déjà élaboré plusieurs rapports sur les pratiques oncologiques en Belgique en collaboration avec le Collège d'oncologie et la Fondation Registre du Cancer. Ces études encouragent une harmonisation des recommandations en la matière et une amélioration de l'intégration du médecin généraliste dans le processus de soins.

Comme précisé au sujet de la revalorisation de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM), des projets pilotes de vidéoconférence et d'échange de données ont été lancés afin de stimuler la participation des médecins généralistes aux COM (voir aussi action 8, mesure 4).

### 2. Définition des trajets de soins pour les patients atteints du cancer

Origine Plan Cancer 2008

Il convient de se concerter au sujet de la mise en place de trajets de soins pour les patients cancéreux. Vu le rôle clé joué par le médecin, la Commission médico-mutualiste sera associée aux discussions. Il convient cependant d'attendre l'évaluation des premiers projets de trajets de soins lancés pour l'insuffisance rénale et le diabète avant de formuler de nouvelles propositions pour la mise en place définitive de trajets de soins pour le cancer.

Les rapports du KCE peuvent contribuer à la définition des trajets de soin pour les patients oncologiques. Le tableau présenté ci-dessous vous livre un aperçu des études publiées récemment ou planifiées par le KCE (certaines ayant été élaborées en collaboration avec le Collège d'oncologie).

Numéro de publication	Titre	Calendrier
2010-03-03-GCP rapport KCE 176	Dépistage du cancer du sein entre 70 et 74 ans	Publié en avril 2012
2010-06-GCP rapport KCE 177	Différences géographiques de l'incidence du cancer de la thyroïde en Belgique : Rôle des stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans la prise en charge des pathologies thyroïdiennes	Publié en mai 2012
2009-02-GCP rapport KCE 200	Indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de l'oesophage et de l'estomac	Recommandations publiées en mai 2012; indicateurs de qualité publiés en mai 2013
2011-10-GCP rapport KCE 185	Thérapies de soutien en cas de cancer – Partie 1 : Thérapie par exercices	Partie 1 : publiée en

rapport KCE 191	physiques Partie 2 : Prévention et traitement des effets indésirables liés à la chimiothérapie et la radiothérapie Partie 3 : Gestion de la douleur et soutien psychologique	octobre 2012 Partie 2 : publiée en décembre 2012 Partie 3 : publiée en novembre 2013
2011-26-HTA rapport KCE 198	Techniques innovantes en radiothérapie : une étude multicentrique d'évaluation du coût via la méthode ABC pilotée par le temps	Publié en mars 2013
2011-01-GCP rapport KCE 194	Recommandations nationales de bonne pratique pour la prise en charge du cancer localisé de la prostate	Partie 1 : publiée en janvier 2013 Partie 2 : attendue en avril 2014
2012-33-GCP rapport KCE 143s	Cancer du sein chez la femme : diagnostic, prise en charge et suivi	Juillet 2013
2012-01 (GCP)	Guide de pratique clinique pour la prise en charge du cancer du côlon	Octobre 2013
2010-03-04-GCP	Élaboration d'aides décisionnelles pour un choix informé en matière de dépistage du cancer du sein	Novembre 2013
2011-24-HSR	Organisation des soins des tumeurs rares et des tumeurs avec un traitement complexe	Avril 2014
2012-02 (GCP)	Guide de pratique clinique pour la prise en charge du cancer du poumon	Publié en octobre 2013
2012-04 (GCP)	Guide de pratique clinique pour la prise en charge des cancers de la tête et du cou	Avril 2014
2012-20 (GCP)	Élaboration de messages scientifiques concernant le dépistage du cancer de la prostate par PSA	Avril 2014
2013-51 (GCP)	Guide de pratique clinique relatif aux tests individuels pour les formes héréditaires de cancer	Juillet 2014
2013-04-HSR	Revue des méthodes d'organisation de programmes de dépistage organisés	Avril 2014
2013-16-HSR	Évaluation de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM)	Avril 2014
2013-05-GCP	Guide de pratique clinique pour la prise en charge du cancer de la vessie	Juillet 2014
2013-25-HTA	Rôle des tests HPV DNA dans le dépistage du cancer du col de l'utérus	Juillet 2014
2013-06-GCP	Guide de pratique clinique pour la prise en charge du cancer du rein	Octobre 2014
2013-18-HSR	Prise en charge des cancers de la tête et du cou : comparaison de la prise en charge et des résultats entre les centres et identification des facteurs pronostiques médicaux et non médicaux	Avril 2015

**Action 10 : Soutien psychosocial aux patients dans le cadre des programmes de soins oncologiques (PSO)**

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

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/07/2008

Afin d’offrir aux patients cancéreux hospitalisés un encadrement renforcé et de meilleurs soins, le financement d’infirmiers, de travailleurs sociaux et de psychologues supplémentaires est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008. Le financement est octroyé aux hôpitaux disposant d’un programme de soins oncologiques agréé.

Entre 2009 et 2011 (inclus), le financement était calculé sur la base du nombre de COM (consultations oncologiques multidisciplinaires) remboursées deux ans auparavant par l’INAMI :

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

En 2012, un budget de 44 millions d’euros a été consacré à cette mesure.

Le tableau présenté ci-dessous vous présente le nombre total d’équivalents temps plein financés pour chaque catégorie professionnelle (infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux) et par an.

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

**Tableau 12 : nombre total d’équivalents temps plein financés pour les infirmiers, les psychologues et les travailleurs sociaux, par an.**



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

**1. Financement de data managers dans le cadre des PSO**

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/07/2008

Le Plan Cancer prévoit le financement de data managers depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008. Les data managers sont chargés d'assurer l'enregistrement des données de diagnostic de cancers et de contrôler le respect des décisions issues des concertations multidisciplinaires oncologiques et des recommandations du manuel d'oncologie. Cette mesure vise à renforcer la qualité des programmes de soins oncologiques et à améliorer le suivi des résultats du traitement des patients oncologiques.

Les hôpitaux disposant d'un programme de soins oncologiques agréé reçoivent un financement pour un data manager (ETP) par 1000 COM (remboursées deux ans auparavant par l'INAMI).

Le tableau présenté ci-dessous vous livre le nombre total d'équivalents temps plein financés pour les data managers depuis le lancement de la mesure.

<b>Financement de</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Data managers	54	66	79	82	82

**Tableau 13 : nombre total d'équivalents temps plein financés pour les data managers, par an.**

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

1. **Agrément des centres actuels d'oncologie pédiatrique**
2. **Soutien financier aux synergies entre les centres d'oncologie pédiatrique**
3. **Réalisation d'un programme de soins en oncologie pédiatrique**

Origine

Plan Cancer 2008

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

Le SPF Santé publique a mis sur pied un groupe de travail composé d'experts des centres d'oncologie pédiatrique. Après avoir analysé les besoins et identifié des critères de qualité, le groupe a formulé une proposition pouvant servir de base à des normes d'agrément pour les programmes de soins en hématologie-oncologie pédiatrique. Les normes fixées ont été intégrées dans un projet d'arrêt royal, qui suit actuellement la procédure de publication.

Dans l'attente d'un financement structurel reposant sur les programmes de soins agréés, sept centres d'hématologie-oncologie pédiatrique continueront à bénéficier d'un financement grâce aux conventions B4 du budget des moyens financiers des hôpitaux. Le financement accordé aux centres est calculé en tenant compte du niveau d'activité et du financement de base déjà accordé. Un budget supplémentaire de près de 5 millions d'euros a été alloué au soutien et au renforcement de la prise en charge des enfants atteints de cancer grâce aux futurs programmes d'hématologie-oncologie pédiatrique agréés.

Une cellule de coordination a été créée pour promouvoir et organiser la recherche clinique des différents centres agréés. Le Registre du cancer prend part à cette initiative visant à assurer un enregistrement adapté des tumeurs hématologie-oncologiques pédiatriques.

Des recommandations en matière de prise en charge des maladies hématologie-oncologiques, des tumeurs solides et des tumeurs cérébrales seront rassemblées dans un manuel commun de HOP. Ces protocoles peuvent également être consultés sur le site internet de la Belgian Society of Paediatric Haematology Oncology (BSPHO).

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

Origine

Plan Cancer 2008

Lancement

01/07/2008

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008, le Plan Cancer prévoit le financement de deux membres du personnel supplémentaires pour l'encadrement paramédical au sein de huit centres d'hématologie-oncologie pédiatrique.

## Action 13 : Traitement des tumeurs rares

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

Origine

Plan Cancer 2008

L'étude, lancée en janvier 2013, vise à établir les contours de la définition des cancers et cancers rares exigeant un traitement complexe. De nouvelles formes d'organisation des soins seront proposées sur la base d'une description de la situation belge et des expériences internationales (2011-024 HSR : « L'organisation des soins des tumeurs rares et des tumeurs avec un traitement complexe »). Le KCE prévoit de livrer les résultats de cette étude en février 2014.

## Action 14 : Agrément pour le titre d'infirmier en oncologie

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

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 2009

L'arrêté ministériel du 28 janvier 2009<sup>30</sup> fixe les critères d'agrément pour le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en oncologie.

Les infirmiers gradués et les porteurs d'un bachelier en soins infirmiers peuvent demander ce titre s'ils ont suivi avec fruit une formation complémentaire ou une spécialisation en oncologie, comprenant au moins 450 heures effectives de théorie et 450 heures effectives de pratique.

Le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en oncologie est octroyé pour une durée indéterminée. Pour le conserver, l'infirmier doit néanmoins suivre une formation permanente en oncologie afin de pouvoir dispenser des soins conformément à l'évolution actuelle de la science infirmière (minimum 60 heures par période de quatre ans) et doit avoir effectivement presté un minimum de 1 500 heures au cours des quatre dernières années auprès de patients cancéreux.

Le tableau présenté ci-dessous vous donne un aperçu du nombre d'agrément à ce titre professionnel particulier, répartis par langue de dossier.

	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Néerlandophone	7	267	371	568	255	1 468
Francophone	51	215	244	218	158	886
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>482</b>	<b>615</b>	<b>786</b>	<b>413</b>	<b>2.354</b>

**Tableau 14 : nombre d'agrément francophones et néerlandophones au titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en oncologie, par an.**

<sup>30</sup> Arrêté ministériel du 28/01/2009 (Moniteur belge du 18/02/2009)

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

### 1. Remboursement des médicaments anticancéreux

Origine

Plan Cancer 2008

Depuis le lancement du Plan Cancer, plus de 115 produits pharmaceutiques anticancéreux ont été intégrés à la liste des spécialités remboursées.

	2011	2012	2013	TOTAL
Nouvelles indications	28	15	34	77
Extensions d'indications	12	4	3	19

**Tableau 15 : Nombre de nouvelles indications et d'extensions d'indications de médicaments anticancéreux, par année, depuis 2011.**

Vous trouverez à l'annexe 1 des tableaux reprenant tous les nouveaux médicaments anticancéreux admis au remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé au cours de l'année 2013 (inclus). En 2013, 4 médicaments de classe 1<sup>31</sup> et 1 médicament orphelin ont été approuvés. Les efforts déployés en matière de remboursement des médicaments anticancéreux sont poursuivis.

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

Origine

Plan Cancer 2008

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

L'INAMI a demandé l'avis de l'AFMPS au sujet de la possibilité de remboursement de thérapies pour le cancer du sein chez les hommes.

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

Origine

Plan Cancer 2008

Les différences en matière de rapidité, de prix et de conditions de remboursement des traitements anticancéreux entre la Belgique et ses pays limitrophes ont été analysées à l'initiative de l'INAMI et en collaboration avec l'AFMPS. Grâce à cette analyse, des propositions ont pu être formulées en vue de permettre un accès rapide aux médicaments pour les « unmet medical needs ».

Dans ce cadre, un groupe de travail réunissant l'INAMI, l'AFMPS et le Cabinet a été mis en place afin d'étudier la réalité belge et de formuler des recommandations

<sup>31</sup> Classe 1 : spécialités ayant une plus-value thérapeutique démontrée par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes

concrètes. Cette réflexion a mené à la création d'une nouvelle mesure (A15M4, présentée ci-dessous).

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

Origine

Ajout en 2011

L'accès aux traitements contre 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 anticancéreux est parfois long, pour diverses raisons.

Lorsqu'un traitement est en cours de développement, seul un petit nombre 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.

En même temps, à l'heure où les décisions sont prises à propos du remboursement et où l'accès réel du patient au médicament est en jeu, beaucoup de questions restent ouvertes au sujet de l'efficacité et de la valeur de la thérapie dans la pratique clinique, de la sécurité à long terme, des implications financières, etc. En outre, l'accès est souvent retardé par des stratégies des maisons mères des firmes pour la mise sur le marché en Europe.

Il est toutefois important d'améliorer le délai d'attente avant le traitement, l'accès au traitement et le remboursement pour les patients.

Cette nouvelle mesure, identifiée dans le cadre des travaux du Fonds Maladies rares et médicaments orphelins, repose notamment sur le modèle du système ATU mis en place en France. L'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) est une procédure permettant à certaines catégories de malades d'utiliser des médicaments n'ayant pas encore été mis sur le marché. Cette nouvelle mesure permettra aux patients d'avoir accès à certaines spécialités pharmaceutiques (indications ou médicaments innovants et médicaments orphelins) qui sont pour eux d'un intérêt incontestable des mois, voire des années plus vite qu'auparavant.

Afin de mettre en place les premières mesures qui ouvriront l'accès à et accélérerons le remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques ou thérapies innovantes hors indication ou qui n'ont pas encore mises sur le marché ni remboursées, un budget de 3,5 millions d'euros a été prévu systématiquement lors de la fixation du budget 2011 et 2012 par le Conseil général de l'INAMI. L'INAMI débloquera chaque année une enveloppe destinée à couvrir les nouvelles initiatives dans ce domaine.

Les projets de loi et d'arrêté royal relatifs aux « unmet medical needs » (UMN) ont été finalisés au niveau de l'INAMI et ont été transmis à l'AFMPS pour les dernières adaptations de leur réglementation.

## Action 16 : Soutenir la radiothérapie et l'imagerie oncologique

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

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	2010

### *Radiothérapie*

Un projet-pilote sur la promotion de la qualité au sein des services belges de radiothérapie a été mis au point par le SPF Santé publique en concertation avec le Collège de radiothérapie et l'Agence fédérale de Contrôle nucléaire (AFCN). Lancé en 2010, ce projet prévoit l'introduction progressive de systèmes de gestion de la qualité adaptés aux besoins spécifiques de la radiothérapie et l'élaboration de systèmes internes d'enregistrement et d'analyse des incidents survenus dans les services belges de radiothérapie. En 2010, cinq premiers services ont été soutenus. En 2011 et 2012, cinq services supplémentaires par an ont bénéficié de soutien. En 2013, dix services sont venus s'ajouter au projet, portant le nombre total à 25.

Le Collège de radiothérapie a remis un avis concernant la programmation et les critères d'agrément des services de radiothérapie. Il y est, entre autres, précisé qu'il est plus coûteux de créer des services satellites que d'étendre un service existant, vu que la première solution implique nécessairement une duplication de l'infrastructure. Il est également signalé que la multiplication des services représente une menace pour la qualité des soins, car le niveau d'activité minimal ne serait pas atteint.

### *Imagerie médicale*

La concertation avec les différents acteurs et experts au sujet de la programmation éventuelle d'un certain nombre de PET-scans a débuté au sein du SPF Santé publique. En 2009, le KCE a publié un rapport sur la tomographie par émission de positons (PET) en Belgique (rapport KCE 110).

Un élargissement de la programmation est nécessaire au niveau médical. En septembre 2013, le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) a rendu un avis relatif à l'appareillage médical lourd<sup>32</sup>.

## Informations complémentaires

### **Campagne de sensibilisation sur le thème de l'imagerie médicale**

L'exposition aux rayons ionisants est considérablement plus forte en Belgique que dans les pays voisins. Les Belges sont ainsi en moyenne 1,5 fois plus exposés que les Français et 3 fois plus exposés que les Néerlandais.

<sup>32</sup> Réf. : CNEH/D/432-3

En 2010, l'INAMI a lancé une campagne de sensibilisation<sup>33</sup>, enjoignant les prescripteurs/professionnels à « éviter les expositions inutiles aux radiations ». Réalisée à l'initiative de la Commission nationale médico-mutualiste, une brochure reprend notamment une série d'examens pour lesquels les indications sont extrêmement réduites, conformément aux recommandations les plus récentes

En 2010, des recommandations concernant l'imagerie médicale<sup>34</sup> ont été publiées sur le site internet du SPF Santé publique ([www.health.belgium.be/recommandations-imagerie-medicale](http://www.health.belgium.be/recommandations-imagerie-medicale)). Elles visent à (1) aider les médecins référents à faire un usage optimal de l'imagerie médicale (2), améliorer la pratique clinique par la formulation de recommandations et (3) réduire l'exposition aux radiations grâce à un usage responsable.

En juin 2012, le SPF Santé publique a lancé une campagne de sensibilisation destinée au grand public, sous le slogan « Les images médicales ne sont pas des photos de famille. Pas de rayons sans raisons ». Un site internet a été créé ([www.pasderayonssansraisons.be](http://www.pasderayonssansraisons.be)) pour informer les visiteurs sur l'importance d'un bon usage de l'imagerie médicale et sur les risques associés. Cette campagne, qui a remporté un vif succès, a été prolongée en 2013, sous le nom « Les images médicales ne sont pas des photos de vacances. Pas de rayons sans raisons ». Des spots radio devraient encore faire connaître davantage cette campagne.

L'INAMI a approuvé en 2012 la mise en place d'un formulaire de demande standardisé pour tout examen d'imagerie médicale. Les médecins demandeurs doivent clairement y mentionner les informations cliniques pertinentes, l'explication de la demande de diagnostic et les informations complémentaires pertinentes (telles que des allergies, une grossesse, des implants ou autres). L'arrêté royal du 19 décembre 2012 y afférent a été publié au Moniteur belge du 24 janvier 2013.

---

<sup>33</sup> [http://www.riziv.be/care/fr/doctors/promotion-quality/medical\\_imagery/index.htm](http://www.riziv.be/care/fr/doctors/promotion-quality/medical_imagery/index.htm)

<sup>34</sup> <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Doctorscolleges/Medicalimagingandnuclearmedici/recommandationmedicalimaging/index.htm?fodnlang=fr>



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

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

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	01/01/2009

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009<sup>35</sup>, treize hôpitaux possédant des banques et unités de thérapie cellulaire agréées pour les cellules souches hématopoïétiques, dont cinq disposant également d'une banque de sang de cordon, bénéficient d'un financement structurel.

Pour les banques de cellules souches hématopoïétiques, ce financement couvre :

- 0,2 ETP médecin gestionnaire de la banque ;
  - 1 ETP technicien ;
  - 1 ETP coordinateur de qualité ;
  - 0,5 ETP data manager ;
  - un forfait pour les frais de fonctionnement et de stockage ;
- pour un total de 208 480 euros par banque de cellules souches.

Pour les banques de cellules souches hématopoïétiques et de sang de cordon, il couvre :

- 0,3 ETP médecin gestionnaire de la banque ;
  - 2 ETP technicien ;
  - 1 ETP coordinateur de qualité ;
  - 1 ETP gestionnaire de données ;
  - un forfait pour les frais de fonctionnement et de stockage ;
- pour un total de 351 720 euros pour les deux banques.

Afin d'assurer un suivi du projet, la cellule Plan Cancer du SPF Santé publique exige chaque année la rédaction d'un rapport d'activité et l'organisation d'une réunion de comité d'accompagnement rassemblant les responsables des unités financées. Un budget annuel de 3,42 millions d'euros est consacré à la réalisation de cette action.

---

<sup>35</sup> Douze hôpitaux sont financés depuis 2009, et un hôpital depuis 2011.

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

**1. Pour les patients laryngectomisés**

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/11/2009

Un remboursement de l'implant phonatoire (à hauteur de 49,07 euros) est prévu depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009. Depuis 2011, le budget est passé de 120 000 euros à 139 000 euros par an.

Vu la fréquence du remplacement de l'implant phonatoire (2 à 3 fois par an) et du kit d'entretien (4 à 5 fois par an), et vu l'importance de la marge de délivrance, cette dernière est prise en charge par l'assurance obligatoire soins de santé dans le cadre des prestations relatives à la prothèse phonatoire et ses accessoires.

Le tableau présenté ci-dessous vous livre un aperçu du nombre de marges de délivrance remboursées pour les prothèses phonatoires, par an.  
 Attention : ces chiffres incluent des patients qui ne sont pas atteints d'un cancer (diagnostiqué).

	2009*	2010	2011	2012
Marges de délivrance pour les prothèses phonatoires	242	1 000	1 201	1 520

**Tableau 16 : nombre de marges de délivrance remboursées par an pour les prothèses phonatoires, depuis le lancement de la mesure.**  
 2009\* : à partir du 1/07/2009.

**2. Pour les personnes qui, à la suite de traitements anticancéreux, perdent leurs cheveux**

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/02/2009

Une revalorisation des interventions forfaitaires pour les prothèses capillaires des personnes qui perdent leurs cheveux à la suite d'un traitement anticancéreux est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2009<sup>36</sup>. Un budget annuel de 500 000 euros a été prévu à cet effet.

La revalorisation concerne les deux interventions suivantes :

- l'intervention forfaitaire pour les personnes atteintes d'une calvitie totale à la suite d'un traitement, mais dont les cheveux repousseront, qui passera de 120 à 180 euros ;
- l'intervention forfaitaire pour les personnes atteintes d'une alopecie permanente à la suite d'une radiothérapie, qui passera de 180 à 270 euros.

<sup>36</sup> Arrêté royal du 19/12/2008 (Moniteur belge du 16/01/2009).

Le renouvellement de ces interventions ne peut être octroyé qu'après un délai de 2 ans.

Le tableau présenté ci-dessous vous livre un aperçu du nombre de remboursements de prothèses capillaires en cas de calvitie résultant d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie.

	2009	2010	2011	2012
Prothèses capillaires (calvitie résultant d'une radio- ou chimiothérapie)	6.857	6.832	7.215	7.035

**Tableau 17 : nombre de remboursements de prothèses capillaires prescrites dans le cas d'une calvitie résultant d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie, par an.**

### 3. Pour les personnes devant subir une mastectomie (l'ablation d'un sein)

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/12/2008

Le remboursement des reconstructions mammaires, y compris des dernières techniques, a été revalorisé depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2008<sup>37</sup>. Un budget de 600 000 euros a été prévu dans l'accord médico-mutualiste 2008 pour couvrir cette revalorisation.

Deux mesures supplémentaires sont en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 :

- intervention de l'assurance pour les prothèses mammaires externes en cas d'agénésie unilatérale<sup>38</sup> ;
- intervention de l'assurance pour deux prothèses mammaires externes après l'amputation du second sein.

<sup>37</sup> Arrêté royal du 18/09/2008 (Moniteur belge du 10/10/2008).

<sup>38</sup> Arrêté royal du 14/10/2008 (Moniteur belge du 7/11/2008).

## Action 19 : Développer la revalidation fonctionnelle du patient cancéreux

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

Origine	Plan Cancer 2008
Mise en œuvre	Mesure exécutée

La revalidation et la réintégration doivent idéalement être préparées pendant la phase active du traitement, en concertation avec tous les prestataires de soins concernés, mais aussi avec le patient lui-même, qui est invité à jouer un rôle clé aux côtés de l'équipe de soins.

L'UZ Gent coordonne un projet de recherche intitulé « Amélioration de la qualité de vie et réintégration des femmes atteintes d'un cancer du sein, traitées par adjuvant, au moyen d'un entraînement physique et d'un programme de gestion de leur style de vie » (post-traitement).

L'étude se déroule en trois phases :

- Phase 1 : phase préparatoire (déjà effectuée) ;
- Phase 2 : phase d'étude avec les hôpitaux qui ont déjà pris part à la phase préparatoire (art 56 §2, de l'AR du 26 mai 2012<sup>39</sup>) ;
- Phase 3 : phase d'élargissement de la recherche à 15 hôpitaux (art 56 §2, de l'AR du 26 mai 2012).

Lors de la phase préparatoire réalisée en 2007-2008, un programme de revalidation standardisé et des manuels destinés aux prestataires de soins et aux patientes ont été mis au point.

À l'issue d'une étude de faisabilité auprès de 7 hôpitaux, l'exécution effective de l'étude (phase 2) a pu commencer le 1<sup>er</sup> septembre 2012 dans 6 de ces hôpitaux. L'étude a pour objectif de vérifier l'efficacité d'un programme de revalidation oncologique multidisciplinaire standardisé.

Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013, la recherche a été étendue à 9 hôpitaux additionnels sélectionnés par le comité d'accompagnement. Cette phase 3 se poursuivra jusqu'au 31 juillet 2015. Un rapport final est attendu pour le 29 février 2016.

Le comité d'accompagnement est responsable du suivi du projet.

---

<sup>39</sup> Arrêté royal du 26/05/2012 (Moniteur belge du 14/06/2012).

## Actie 20 : Fixer les conditions de reconnaissance d'un handicap consécutif au traitement du cancer

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

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Mise en œuvre</u>	2008

Pour pouvoir bénéficier d'allocations, les personnes handicapées doivent remplir certaines conditions liées à l'âge, à la nationalité, au lieu de résidence et aux revenus, mais également d'autres conditions spécifiques. Elles doivent ainsi justifier de la perte de capacité de gain pour recevoir l'allocation de remplacement de revenus et de la perte d'autonomie pour recevoir l'allocation d'intégration et l'allocation d'aide aux personnes âgées.

Une modification de la procédure<sup>40</sup> de traitement des dossiers en matière d'allocations aux personnes handicapées est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Pour les personnes traitées par chimiothérapie ou radiothérapie (en association ou non à un traitement chirurgical), pour les patients atteints d'une affection d'évolution rapide ayant un pronostic vital défavorable à court terme ou pour les personnes en phase terminale qui doivent bénéficier de soins palliatifs, l'administration recourt de préférence à une expertise médicale sur dossier afin d'assurer un traitement accéléré des demandes d'allocations pour personnes handicapées.

---

<sup>40</sup> Arrêté royal du 16/04/2008 (Moniteur belge du 19/05/2008).

**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**

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

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	2009

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 introduits.

Cinquante projets ont été sélectionnés. Ils ont bénéficié d'un soutien s'élevant au total à 4 millions d'euros par an entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2011. 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 classés en trois grands types d'actions :

- aménagement d'un espace de rencontre ;
- organisation de groupes de parole ;
- mise en place de projets spécifiques, tels que l'accompagnement individuel des 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, etc.

Les projets ont été lancés en 2009, après une phase préparatoire, et ont atteint leur rythme de croisière dans le courant de l'année 2010. Deux ans se sont révélés insuffisants pour mener ces projets à terme et permettre leur évaluation. Par conséquent, le financement des projets sélectionnés pour les actions 21 et 22 a été prolongé en 2011. La cellule Plan Cancer du SPF Santé publique a, en outre, organisé un comité d'accompagnement en juin 2010, en avril 2011 et en juin 2011.

Afin de poursuivre cette action, un nouvel appel à projets a été lancé en janvier 2012 sur la base de l'expérience et de l'expertise acquises grâce aux premiers projets-pilotes. Ce nouvel appel est axé sur trois volets :

- « Organisation de contacts entre les personnes qui traversent des épreuves similaires » ;
- « Espace d'accompagnement pour les enfants » ;
- « Approches innovantes » (approche innovante du soutien psychosocial au patient atteint d'un cancer et à ses proches).

Au total, 141 dossiers de candidature ont été introduits. 66 projets ont été retenus ; ils bénéficieront pendant trois ans d'un soutien financier à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour un budget annuel de 4 millions d'euros.

Il s'agit :

- de 25 projets portant sur l'organisation de contacts entre les personnes qui traversent des épreuves similaires ;
- de 23 projets visant la mise en place d'espaces d'accueil pour les enfants de patients cancéreux ;
- de 17 projets proposant des approches innovantes ;
- et d'un projet prévoyant la création d'une équipe qui sera chargée d'analyser de manière scientifique le soutien psychosocial.

L'équipe scientifique effectuera, d'une part, l'évaluation des projets pilotes 2009-2011 et assurera, d'autre part, l'accompagnement et le suivi des projets pilotes 2012-2015.

## Informations complémentaires

### Maisons de répit pour enfants et adolescents

La création de projets de « maisons de répit » a été prévue dans le cadre du programme « Priorité aux malades chroniques ».

Les unités de soins de répit s'adressent aux enfants et aux adolescents atteints d'un cancer ou d'une maladie incurable qui doivent impérativement recevoir des soins médicaux fréquents à domicile. Les unités visent à offrir un moment de répit aux parents, tout en garantissant la continuité des soins et en assurant un accueil de qualité. Dans ces centres, une équipe multidisciplinaire doit être en mesure de porter assistance, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, à des enfants et adolescents atteints de pathologies diverses. Les professionnels qui doivent absolument être représentés sont les suivants : les médecins spécialistes, les psychologues, les infirmiers, les animateurs et du personnel de support logistique et administratif. Si la situation l'impose, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des logopèdes peuvent venir s'ajouter à l'équipe.

L'INAMI prévoit un budget total de 2,1 millions d'euros, divisé en parts égales de 700 000 euros entre les 3 régions du pays. Ce budget peut servir à couvrir une partie des frais de personnel et d'autres frais généraux, à l'exclusion des frais de bâtiment, qui doivent être pris en charge par les Régions.

Des conventions-types ont été élaborées pour des unités de 10 ou de 5 lits, en concertation avec les responsables des projets retenus. Les premières structures ont été ouvertes dans le courant de l'année 2011. La « Villa Indigo », dans la Région de Bruxelles-Capitale, a ainsi signé une convention pour une unité de 10 lits (en février 2011). La « Villa Rozerood » (La Panne) et la maison « Limmerik » (Zandhoven) ont toutes deux signé des conventions pour des unités de 5 lits (en juillet 2011). Ces centres introduisent, chaque année, un rapport d'activités auprès de l'INAMI.

En juillet 2012, l'INAMI a approuvé le renouvellement des accords avec ces trois unités de répit jusqu'au 30 avril 2014.

En Wallonie, les deux projets d'unités de 5 lits (l'une à Frameries et l'autre à Namur) sont en phase de construction/rénovation.

## Action 23 : Financement structurel des filières de soins pédiatriques « Soins Continus Enfants »

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

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	2010

Dès 2004, sept équipes de liaison multidisciplinaire (4 néerlandophones et 3 francophones) se sont vu octroyer une subvention de la part du SPF Santé publique pour financer la mise en place de « soins continus » et la prise en charge globale de l'enfant gravement malade à domicile. Ces équipes incarnent le lien entre l'hôpital et le domicile et sont garantes de la continuité des soins pour l'enfant gravement malade.

Venant à échéance fin 2008, les conventions des équipes de liaisons pédiatriques multidisciplinaires ont été prolongées. Depuis 2010, cinq équipes de liaison (2 néerlandophones et 3 francophones) bénéficient d'un financement en tant que projet pilote dans le cadre du budget des moyens financiers des hôpitaux. Un budget annuel total de 1,4 million d'euros a été prévu.

L'arrêté royal du 15 novembre 2010<sup>41</sup> fixe les normes auxquelles la fonction « liaison pédiatrique » doit répondre pour être agréée. Ces normes ont été élaborées en concertation avec les experts des équipes de liaison existantes et reposent notamment sur le niveau d'activité. Les équipes qui reçoivent un agrément des Régions ou des Communautés pour la fonction de liaison pédiatrique ont pour objectif, d'une part, de soutenir l'équipe hospitalière du jeune patient atteint d'une pathologie chronique lourde admis à l'hôpital et, d'autre part, d'assurer la continuité du traitement hospitalier lors du retour au domicile.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, les conditions de financement portent sur l'agrément pour une fonction de liaison pédiatrique.

---

<sup>41</sup> Arrêté royal du 15/11/2010 (Moniteur belge du 30/12/2010).



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

### 1. Appel à projets en oncogériatrie

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	2008

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 a été lancé en juin 2008. Cet appel à projets vise à mettre en place un modèle organisationnel oncogériatrique dans lequel la collaboration entre le programme de soins en oncologie et le programme de soins en gériatrie occupe une place centrale. Au total, 27 dossiers de candidature ont été déposés.

Quatorze projets ont été sélectionnés. Ils ont reçu un financement entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2011. Le budget annuel prévu s'élevait à 1,5 million d'euros. Ces projets peuvent être répartis en 4 types d'études et 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 sur l'approche multidisciplinaire.

Les projets ont été lancés en 2009 à l'issue d'une phase préparatoire et ont atteint leur rythme de croisière dans le courant de l'année 2010. Deux ans se sont révélés insuffisants pour mener les projets à terme et permettre leur évaluation. Par conséquent, le financement des projets sélectionnés pour l'action 24 a été prolongé en 2011. L'évaluation des projets se fait via un rapport d'activités annuel. La cellule Plan Cancer du SPF a en outre organisé une réunion de comité d'accompagnement en juin 2010 et en avril 2011.

Sur la base de l'expérience et de l'expertise acquises grâce à ces premiers projets-pilotes, un nouvel appel à projets a été lancé en janvier 2012, sur le thème « Prise en charge optimale du patient oncogériatrique ».

L'appel à projets visait, d'une part, à apporter du soutien à des projets pilotes en oncogériatrie dont le but est de mettre sur pied une prise en charge optimale du patient, grâce à la création d'un modèle organisationnel dans le domaine de l'oncogériatrie où la collaboration entre l'oncologue et le gériatre occupe un rôle central. L'appel à projets prévoyait, d'autre part, la désignation d'une équipe scientifique pour la formation, l'accompagnement et l'évaluation des projets (2009-2011 et 2012-2015). Les projets doivent également avoir pour objectif de sensibiliser le personnel à la nécessité d'une collaboration entre le gériatre et l'équipe oncologique, et entre les hôpitaux.

Au total, 56 dossiers de candidature ont été introduits en 2012. Dix-huit projets ont été retenus et bénéficieront d'un soutien financier dès le 1<sup>er</sup> juillet 2012 pour une période de trois ans. Le budget annuel prévu s'élève à 1,5 million d'euros. Dix-sept de ces projets proposent une prise en charge optimale du patient oncogériatrique et le dernier consiste à mettre en place une équipe chargée d'effectuer une analyse scientifique dans le domaine de l'oncogériatrie.

Cette équipe scientifique réalisera, d'une part, l'évaluation des projets pilotes 2009-2011 et assurera, d'autre part, l'accompagnement et le suivi des projets pilotes 2012-2015.

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

### 1. Étude des besoins en soins palliatifs

Origine

Plan Cancer 2008

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a publié, en octobre 2009, une étude<sup>42</sup> concernant la situation des patients palliatifs en Belgique, en collaboration avec les fédérations des soins palliatifs et des équipes universitaires. Dans les conclusions de son étude, le KCE indique que le statut du patient palliatif devrait reposer sur ses besoins, plutôt que sur son pronostic vital.

La Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs, qui abrite des représentants des trois fédérations belges de soins palliatifs, des organismes assureurs et de la commission Euthanasie, est chargée de rendre un avis approfondissant les recommandations de l'étude menée par le KCE. Celui-ci doit porter sur les questions suivantes :

- la définition donnée au patient palliatif ;
- la conformité de la définition avec la réglementation actuelle ;
- la continuité et les soins palliatifs transmuraux ;
- l'enregistrement des soins palliatifs ;
- la programmation des lits Sp pour les soins palliatifs.

Il a été décidé d'inviter des représentants de plusieurs organes consultatifs aux réunions de la Cellule d'évaluation des soins palliatifs. Il s'agit notamment de membres d'établissements hospitaliers et du Comité de l'assurance et du Comité Consultatif des maladies chroniques de l'INAMI. La Cellule d'évaluation s'est, tout d'abord, fixé pour objectif de définir la notion de patient palliatif. En 2013, la Cellule va publier un rapport comportant une proposition de nouvelle définition du patient palliatif. Cette proposition repose sur un outil anglophone, le Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT), qui a été traduit et modifié lorsque nécessaire. L'instrument ainsi adapté (appelé PICT) est accompagné d'une « matrice » qui permet de définir les soins palliatifs dont peut bénéficier le patient, en fonction de son lieu de résidence et de son statut palliatif (simple, majoré ou complet).

La Cellule d'évaluation souligne que ces propositions doivent d'abord être mises à l'épreuve dans la pratique. En mars 2013, elle a préparé une proposition d'enquête sur la définition de patient palliatif. Cette proposition, qui prévoit une étude de faisabilité et une étude de prévalence, a été transmise à la Ministre. La proposition a été approuvée moyennant quelques modifications. L'étude peut être lancée à partir d'octobre 2013. Les résultats sont attendus au plus tard le 31 septembre 2014.

Une fois le rapport comprenant la proposition de nouvelle définition terminé, la Cellule d'évaluation formulera un avis au sujet de la programmation de lits Sp pour les soins palliatifs.

---

<sup>42</sup> Rapport KCE 115 : Organisation des soins palliatifs en Belgique.

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

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/07/2008

L'encadrement des soins palliatifs en maisons de repos et en maisons de repos et de soins est renforcé depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

Un budget annuel de 8,2 millions d'euros permet de financer une augmentation de la norme d'encadrement des soins palliatifs par du personnel qualifié de 0,10 ETP par 30 patients lourdement dépendants (catégories B, C et Cd)<sup>43</sup>.

## 3. Revalorisation du forfait de soins palliatifs à domicile

Origine Plan Cancer 2008  
Lancement 01/03/2009

La revalorisation des forfaits de soins palliatifs permet une amélioration des soins à domicile pour les patients palliatifs, soulageant ainsi leur entourage, en particulier lorsque ces proches doivent reprendre leur activité professionnelle.

La revalorisation de 15 % du forfait de soins palliatifs, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2009, a fait passer le forfait de 512,44 euros à 589,31 euros<sup>44</sup>. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, le forfait s'élève à 638,29 euros.

Le tableau présenté ci-dessous vous donne un aperçu annuel du nombre de forfaits de soins palliatifs à domicile délivrés.

	2008	2009	2010	2011	2012
Forfaits soins palliatifs à domicile	19 752	20 464	20 728	21 072	22 638

**Tableau 18 : nombre de forfaits de soins palliatifs à domicile versés, par an.**

## 4. Centres de jour en soins palliatifs

Origine Plan Cancer 2008

Les centres de soins de jour pour les personnes souffrant d'une maladie grave offrent accueil et soins aux patients palliatifs. Ils permettent à certaines personnes atteintes d'une pathologie potentiellement mortelle de rester chez eux au lieu d'être admis à l'hôpital ou dans une maison de repos. Ces centres de soins palliatifs de jour présentent en outre l'avantage de pouvoir accueillir les traitements de courte durée, tels que les ponctions évacuatrices ou les nutrition parentérales.

<sup>43</sup> Arrêté ministériel du 4/07/2008 (Moniteur belge du 10/07/2008).

<sup>44</sup> Arrêté royal du 12/02/2009 (Moniteur belge du 25/02/2009).

Les normes spécifiques pour l'agrément fédéral de ces centres sont en cours d'élaboration. En outre, un financement pour ces centres est prévu dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire : l'arrêté ministériel du 14 mars 2012<sup>45</sup> décrit les conditions de financement pour les centres de soins palliatifs reconnus.

Un budget annuel de 741 000 euros a été prévu pour 2013. Il s'élèvera à 995 000 euros en 2014.

---

<sup>45</sup> Arrêté ministériel du 14/03/2012 (Moniteur belge du 29/03/2012).

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

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

Origine

Plan Cancer 2008

Dans le cadre du Programme « Priorité aux malades chroniques », deux réflexions sont en cours. La première concerne l'octroi du statut de personne atteinte d'une affection chronique et la deuxième concerne la réforme de l'assurance indemnités.

- 1) La loi santé 2012<sup>46</sup> crée les bases légales pour l'élaboration technique des critères d'octroi du statut de malade chronique.

La loi du 27 décembre 2012 portant sur l'accessibilité aux soins de santé<sup>47</sup> établit un statut affection chronique, entrant en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013. L'enjeu de l'octroi de ce statut est d'apporter un soutien financier aux personnes souffrant d'une affection chronique. Les patients atteints d'une maladie chronique grave pourront ainsi automatiquement bénéficier de certains droits qui seront progressivement fixés. Un groupe de travail, composé de représentants des associations de patients, du SPF Sécurité sociale, du SPF Santé publique, de plusieurs services de l'INAMI et des organismes assureurs, a été mis sur pied afin de formuler des propositions dans ce cadre. Ces membres ont créé un modèle définissant trois critères pour l'octroi de ce statut :

- 1° avoir présenté un montant minimum de dépenses de santé sur une certaine période, afin de démontrer le caractère chronique de l'affection ; ou
- 2° être bénéficiaire de l'actuelle allocation forfaitaire maladie chronique ; ou
- 3° être bénéficiaire et souffrir d'une affection rare ou orpheline.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, les malades chroniques bénéficieront également du régime du tiers-payant.

Le projet d'arrêté royal détermine les conditions d'ouverture, de maintien et de retrait du statut affection chronique. L'enregistrement est prévu de sorte à pouvoir évaluer le statut un an après son application. Les résultats ne seront pas disponibles avant 2015 ou 2016. Le groupe de travail « Assurabilité » s'est penché sur cette proposition lors de ses réunions du 11/12/2012 et du 17/01/2013 et a rendu un avis favorable. Le 8 juillet 2013, le Comité de l'assurance a approuvé le projet d'arrêté royal. Le Conseil des ministres lui a emboîté le pas le 13 septembre 2013.

- 2) Le maintien de l'activité professionnelle des assurés sociaux qui présentent des problèmes de santé est une préoccupation prioritaire de l'assurance indemnités.

---

<sup>46</sup> Avant-projet de loi approuvé par le Conseil des ministres du 15/06/2012.

<sup>47</sup> Loi du 27 décembre 2012 (publiée au Moniteur belge du 31/12/2012) portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé, article 17, inséré en tant qu'article 37vicies/1 dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Des mesures en ce sens ont déjà été lancées. Les personnes qui bénéficieront du statut de « malade chronique » y auront automatiquement accès.

Le Comité de gestion du service des indemnités de l'INAMI a été chargé de réfléchir à des mesures visant à promouvoir la réintégration socio-économique des malades chroniques. Pour remplir sa mission, l'INAMI a mis en place une Task Force « Incapacité de travail », avec pour objectif de permettre, d'une part, à ces patients de bénéficier d'autres avantages que ceux prévus par l'assurance maladie-invalidité classique et d'assurer, d'autre part, leur réinsertion dans la vie sociale et active.

La réforme de l'assurance indemnités est menée en étroite collaboration avec le cabinet de Philippe Courard, Secrétaire d'État aux Affaires sociales, aux Familles et aux Personnes handicapées, chargé des Risques professionnels.

La législation actuelle permet à ces personnes de travailler à temps partiel avec l'autorisation du médecin-conseil. Le travail à temps partiel est une notion qui porte habituellement sur l'horaire hebdomadaire. La réflexion en cours tend à considérer le temps partiel sur une année de travail chez les personnes qui présentent des états de santé fluctuants. Ce concept prévoit que la personne concernée travaille à temps plein tout en restant reconnue en état d'incapacité de travail lorsque son état de santé le permet, et interrompt ses activités lorsque son état de santé ne lui permet pas d'exercer une activité professionnelle.

Il convient de réfléchir à la question d'un point de vue législatif, notamment au sujet du salaire garanti pour les personnes qui sont régulièrement en incapacité de travail pour de courtes périodes en raison d'un traitement médical ou de fluctuations de leur état de santé.

Les propositions élaborées par le comité de gestion du service des indemnités de l'INAMI ont été reprises dans le plan d'action « back to work », initialement prévu en 2011 et actuellement en cours d'élaboration. Le plan prévoit des mesures visant à promouvoir la reprise du travail à temps partiel, des mesures afin de garantir la formation et des propositions en vue d'améliorer la qualité de l'évaluation médicale. Les mesures de ce plan d'action devraient entrer en vigueur en 2014.

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

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	01/2011

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

À l'instar des mesures existantes pour les parents isolés, une adaptation du congé d'assistance médicale a fait l'objet de premières concertations avec la ministre de l'Emploi en 2010 pour permettre aux parents de prendre un congé pour assistance médicale d'une durée plus longue.

Sur le modèle du système des entrepreneurs remplaçants<sup>48</sup>, une base légale a été créée afin d'étendre les cas permettant à l'indépendant d'être remplacé pendant plus de 30 jours à deux types de congé : le congé pour soins palliatifs et le congé d'octroi de soins à un enfant atteint d'une maladie grave<sup>49</sup>. Cette mesure est en vigueur depuis le mois de janvier 2011.

À la suite d'un avis rendu par le Conseil national du travail, les règles concernant le congé maladie ont été assouplies. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2012, les travailleurs disposent de la possibilité de suspendre leur activité professionnelle pendant une semaine pour porter assistance ou des soins à un enfant devant être hospitalisé en raison d'une maladie grave<sup>50</sup>.

### 3. Procédure de déductibilité fiscale des dons facilitée et adaptée

Origine

Plan Cancer 2008

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

---

<sup>48</sup> Le système prévoit une possibilité de remplacement par un autre indépendant pour les indépendants qui partent en vacances ou qui sont en congé maladie

<sup>49</sup> Diverses dispositions légales introduites en novembre 2010

<sup>50</sup> Arrêté royal du 10 octobre 2012 (publié au Moniteur belge du 22/10/2012). Voir site web du HDP-website : [http://www.hdp.be/fr/secretariatsocial/news-secretariatsocial/actualite-secretariatsocial/4688-conge\\_assister\\_donner\\_soins\\_derogations\\_hospitalisation\\_enfant](http://www.hdp.be/fr/secretariatsocial/news-secretariatsocial/actualite-secretariatsocial/4688-conge_assister_donner_soins_derogations_hospitalisation_enfant)

**Action supplémentaire : Intervention dans les frais de transport des patients  
 cancéreux**

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

<u>Origine</u>	Ajout en 2011
<u>Lancement</u>	01/07/2008

Certains traitements contre le cancer impliquent de nombreux déplacements entre le domicile du patient et l'hôpital et occasionnent ainsi des frais de transport élevés.

L'assurance maladie obligatoire prévoit un remboursement partiel ou complet des frais de transport pour les traitements par chimiothérapie ou par radiothérapie et les consultations de surveillance. Les frais de déplacement en transports 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<sup>er</sup> juillet 2008, une procédure simplifiée permet le remboursement de la totalité ou d'une partie (selon le mode de transport) des frais de déplacement individuel. La distinction entre transport individuel et transport collectif a été supprimée, de même que la limite de distance de 2x30 km aller-retour.

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

<u>Origine</u>	Ajout en 2011
<u>Lancement</u>	01/08/2008

Une intervention dans les frais de déplacement des parents ou tuteurs d'enfants mineurs hospitalisés est prévue depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007. De nouvelles conditions d'intervention<sup>51</sup> sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> août 2008.

L'assurance maladie-invalidité accorde pour l'enfant concerné une intervention dans le coût d'un trajet aller-retour par jour, pour chaque jour d'hospitalisation de cet enfant qui comporte au moins une nuit, à concurrence de 0,25 euro par kilomètre sur la base de la distance réelle entre la résidence principale de l'enfant concerné et l'hôpital où il est hospitalisé pour traitement. Cependant, cette intervention est limitée à 75 euros (et donc à 300 km) par jour. Pour recevoir ce remboursement, le bénéficiaire doit introduire auprès de son organisme assureur un formulaire de demande dûment rempli par le médecin traitant.

<sup>51</sup> Arrêté royal du 30/06/2008 (Moniteur belge du 14/07/2008).



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

**1. Financement de diététiciens dans le cadre des Programmes de soins oncologiques**

<u>Origine</u>	Ajout en 2011
<u>Lancement</u>	01/01/2011

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, les hôpitaux disposant d'un programme de soins agréé en oncologie reçoivent un financement pour un à quatre ETP diététiciens, en fonction du nombre de concertations oncologiques multidisciplinaires (COM) remboursées en 2008. Le financement est calculé comme suit :

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

Un budget annuel de 7,6 millions d'euros est prévu à cet effet. Ce budget permet le financement de 163 ETP diététiciens.

Afin d'évaluer et d'assurer un suivi de cette mesure, un rapport d'activités annuel sera demandé. La cellule « Plan Cancer » du SPF Santé publique organisera, en outre, des échanges de « best practices » auxquels les diététiciens seront conviés.

**2. Appel à projets concernant la cachexie**

<u>Origine</u>	Ajout en 2011
<u>Lancement</u>	2011

Afin de soutenir des projets-pilotes novateurs et ambitieux pour 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 disposant d'un programme de soins en oncologie. 53 dossiers de candidature ont été introduits.

Après analyse, 11 projets ont été sélectionnés et ont reçu depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011 et pour une durée de 2 ans un financement pour un montant forfaitaire maximal total de 150 000 euros par projet (ou de 160 000 euros s'il s'agit d'un projet faitier).

Mis en oeuvre par une équipe pluridisciplinaire associant au minimum des oncologues, des infirmiers et des spécialistes de la nutrition, les projets visent à élaborer des stratégies adéquates pour prévenir, détecter et combattre la cachexie. Ils peuvent être répartis sous les types de projets suivants :

- étude fondamentale/clinique (biomarqueurs) ;
- développement et suivi de la cachexie ;
- prise en charge et accompagnement ;
- utilisation d'une nouvelle technologie.

L'évaluation repose sur des rapports d'activités intermédiaires, le rapport final et les comités d'accompagnement que la cellule Plan Cancer du SPF organise.

**AXE III : RECHERCHE, INNOVATION TECHNOLOGIQUE ET ÉVALUATION**

**Action 27 : Création d'une tumorothèque**

**1. Financement de tumorothèques**

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	01/01/2009

Les hôpitaux universitaires ou assimilés<sup>52</sup> qui possèdent déjà une tumorothèque avec une gestion centralisée reçoivent un financement structurel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Onze tumorothèques, qui ont satisfait aux normes exigées, en bénéficient actuellement (dix depuis mars 2009 et la onzième depuis janvier 2011). Un budget annuel de 3,3 millions d'euros est alloué à cette initiative.

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 personnel 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 procédures normalisées.

La tumorothèque électronique virtuelle « Belgian Virtual tumourbank – BVT », gérée par le Registre du cancer, a été mise au point en 2011. Elle a été inaugurée par le Registre du cancer le 4 octobre 2012 à l'occasion d'une séance académique. Elle comporte deux modules : un module « catalogue » et un module « enregistrement ». Le 1<sup>er</sup> septembre 2013, des données provenant de sept des onze biobanques ont été insérées dans le catalogue, ce qui représente 22 323 enregistrements.

La Commission de la protection de la vie privée a donné son accord pour que les partenaires aient accès à cette base de données. Une procédure de demande visant à ouvrir l'accès à d'autres chercheurs a elle aussi été approuvée. Un sondage a mis en avant que la plupart des chercheurs introduisaient directement leur demande auprès d'une biobanque locale. Depuis janvier 2013, seuls deux chercheurs ont consulté le catalogue BVT. Ce maigre succès pourrait s'expliquer par le caractère strict de la politique d'accès et par le manque de visibilité de la BVT. La Commission de la protection de la vie privée exclut l'ouverture de la tumorothèque en libre accès. On envisage dès lors de mettre des données agrégées à la disposition des chercheurs sur le site web afin qu'ils puissent juger s'ils trouveront les données voulues dans le catalogue. Plusieurs propositions visant à renforcer la visibilité de la tumorothèque sont à l'étude.

---

<sup>52</sup> Hôpitaux bénéficiant d'un financement pour les nouvelles technologies et dotés d'un programme de soins agréé en oncologie.

La cellule Plan Cancer du SPF Santé publique, chargée du suivi des projets, organise des comités d'accompagnement avec les responsables des unités financées et réclame des rapports d'activités annuels.

La Belgian Virtual tumourbank a officiellement été admise dans le consortium BBMRI-ERIC (Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure – European Research Infrastructure Consortium). Ce consortium compte 54 membres et est associé à plus de 225 organisations (principalement des biobanques) de 30 pays différents.

## **Action 28 : Financement structurel de la coordination de la recherche translationnelle dans les hôpitaux**

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

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	01/01/2009

Les hôpitaux universitaires ou assimilés qui disposent d'une expertise en recherche translationnelle peuvent prétendre à un financement structurel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009. Une enveloppe budgétaire de 1,4 million d'euros est prévue à cet effet.

Un financement structurel destiné aux cellules de coordination de la recherche translationnelle est octroyé à 7 hôpitaux (sur 9 demandes) qui répondent aux critères de financement.

Ce financement porte sur :

- 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 chargé de contribuer à l'encodage des données.

La cellule Plan Cancer du SPF Santé publique, chargée du suivi des projets, réclame des rapports d'activités annuels et invite chaque année les responsables des unités financées à participer à un comité d'accompagnement.

## Action 29 : Soutien à la recherche translationnelle

### 1. Projets de recherche translationnelle en oncologie

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	2008

Un appel à projets de recherche translationnelle en oncologie a été lancé en juin 2008 en vue de mieux cibler les thérapies et de trouver de nouvelles cibles thérapeutiques et diagnostiques. 61 projets ont été introduits et évalués par un jury international et indépendant.

29 d'entre eux ont été retenus et ont bénéficié d'un soutien entre le 1<sup>er</sup> janvier 2009 et le 31 décembre 2011. Une enveloppe budgétaire de 14 millions d'euros a été prévue à cet effet.

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

- caractéristiques génétiques ;
- identification et/ou validation de biomarqueurs ;
- utilisation et mise en application de techniques d'imagerie fonctionnelle.

Les projets ont été lancés en 2009 à l'issue d'une phase préparatoire et ont atteint leur rythme de croisière en 2010. Des réunions de comité d'accompagnement ont été organisées en juin 2010 et juin 2011 sur la base des rapports d'activités 2009 et 2010.

Le financement des projets sélectionnés dans le cadre de l'action 29 a été prolongé en 2011, vu que deux ans semblaient insuffisants pour mettre en œuvre et mener à terme les projets de recherche.

Sur la base de l'expérience et de l'expertise acquises grâce au premier projet-pilote, un nouvel appel à projets a été lancé en février 2012 pour la « recherche translationnelle ».

54 dossiers de candidature ont, au total, été introduits et 31 projets ont été retenus. Ces nouveaux projets ont été lancés en juillet 2012, avec le soutien d'une enveloppe budgétaire annuelle de 14 millions d'euros.

## Action 30 : Utilisation de l'hadronthérapie en Belgique

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

Origine

Plan Cancer 2008

Il est avant tout primordial d'étudier la faisabilité et la plus-value de la création d'un centre d'hadronthérapie en Belgique en matière d'utilité publique, d'activités, d'organisation ou encore de financement.

Dans ce contexte, la Fondation « Belgian Hadrontherapy Center Project » (BHTC) a élaboré une proposition d'étude ayant pour objectif d'analyser la faisabilité d'un tel projet en Belgique. Le SPF Santé publique en a examiné les conditions et a approuvé le lancement du projet dès juillet 2011.

Un rapport intermédiaire a été discuté lors de la réunion du comité d'accompagnement organisée le 23 octobre 2012. En mai 2013, un rapport définitif a été proposé.

Le rapport est composé de quatre sous-parties :

- Quelles sont les indications possibles de l'hadronthérapie ?
- Combien de patients pourraient potentiellement en bénéficier en Belgique par an ?
- Quelles spécifications techniques doivent être prévues ?
- Quelles sont les implications financières ? (estimation des coûts, financement et évaluation économico-sanitaire)

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des conclusions tirées et des recommandations formulées.

- La mise en place d'un projet d'hadronthérapie comporte différents risques : certains équipements sont encore en cours de développement, d'autres ne sont pas encore disponibles sur le marché (rendant difficile une estimation précise des coûts), et des études cliniques complémentaires doivent encore être menées au sujet de certaines indications.
- Les estimations prudentes chiffrent le nombre de personnes pour lesquelles l'hadronthérapie est indiquée à 223 adultes et 34 enfants par an en Belgique. Des études sont en cours sur le traitement de cancers plus fréquents par hadronthérapie. Si l'on prend en compte ces autres indications, quelque 1820 patients belges supplémentaires pourraient bénéficier de l'hadronthérapie chaque année.
- La préférence est donnée à la création d'un centre unique, intégré dans un grand hôpital universitaire pluridisciplinaire capable d'assurer des services médicaux complémentaires et de mener les recherches nécessaires.
- Pour pouvoir traiter toutes les indications décrites, il convient de disposer tant de faisceaux de protons que de faisceaux d'ions carbone. Cela suppose des investissements plus lourds que la mise en place, plus intéressante financièrement, d'un centre à double chambre d'ionisation par ions carbonés.
- L'évaluation économico-sanitaire des différents scénarios montre que l'hadronthérapie est à la limite des normes actuelles de coût-efficacité. Pour l'heure, aucune conclusion définitive ne peut toutefois être tirée.

- Dans un premier temps, le centre doit pouvoir offrir un traitement pour toutes les indications standard et pour les indications complémentaires exigeant peu de moyens techniques. Dans un second temps, le centre doit toutefois pouvoir être optimisé afin de prendre en charge les indications complémentaires nécessitant des technologies plus avancées.
- Pour estimer les coûts de manière plus précise, il conviendrait de définir précisément le matériel nécessaire avec les différents fournisseurs possibles. L'estimation est en effet difficile. Le matériel actuellement disponible à la vente permet de répondre à toutes les indications généralement admises, mais pas encore à toutes les indications complémentaires qui sont prises en compte dans l'étude.
- Les centres européens et japonais facturent entre 18 000 et 40 000 euros par patient pour les traitements par hadronthérapie, mais ce montant ne permet pas de couvrir tous les coûts. D'autres sources de financement sont donc nécessaires. Un financement public semble être la solution la plus viable.

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

Origine

Plan Cancer 2008

La Belgique dispose de 25 centres de radiothérapie et de 11 centres satellites. Dans notre pays, aucun centre d'hadronthérapie n'existe pour l'instant. Les patients pour lesquels ce traitement est indiqué peuvent être adressés à un centre étranger, comme le centre d'Orsay (France), le PSI (Suisse), les centres de Munich et d'Heidelberg (Allemagne) et le centre de Pavia (Italie).

En 2007, le KCE a recommandé à l'INAMI de prévoir un remboursement pour l'hadronthérapie en raison d'indications cliniques suffisamment démontrées. Une procédure standard intégrée dans un cadre légal serait opportune.

En attendant la création d'un tel cadre, les patients peuvent introduire un dossier auprès du Fonds spécial de solidarité (FSS) pour le remboursement de séances d'hadronthérapie réalisées à l'étranger.

Le 25 octobre 2010, le Comité de l'assurance a conclu une convention avec la Conférence des hôpitaux académiques de Belgique portant sur la création d'un Conseil scientifique et d'un Conseil d'accord pour l'accompagnement de l'hadronthérapie. Le Conseil scientifique fixe des critères d'inclusion ou d'exclusion à l'hadronthérapie. Le Conseil d'accord est chargé d'évaluer les dossiers individuels en suivant une procédure bien définie. Cette convention<sup>53</sup> est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2010 et a pris fin le 1<sup>er</sup> novembre 2011.

---

<sup>53</sup> En application de l'article 56, §2, alinéa 1° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'arrêté royal du 18 juin 2013<sup>54</sup> définit un cadre légal pour une procédure standard de remboursement des traitements par hadronthérapie dans un centre spécialisé. Cet arrêté entera en vigueur le 25 juillet 2013 et restera valable jusqu'au 30 septembre 2017 compris.

Le 17 juin 2013, le Comité de l'assurance a approuvé un projet de nouvelle convention avec la Conférence des hôpitaux académiques de Belgique, relative à la création d'un Conseil scientifique et d'un Conseil d'accord. Cette convention est en vigueur jusqu'au 30 septembre 2017. Le Conseil scientifique (qui s'est réuni pour la première fois le 4 octobre 2013) a fixé des critères d'inclusion et d'exclusion pour l'hadronthérapie qui devront être approuvés par le Comité de l'assurance sur proposition du Conseil d'accord. Le Conseil d'accord examinera les dossiers individuels selon une procédure bien définie.

Le Plan Cancer a initialement prévu un budget annuel de 3 598 000 d'euros au maximum. Si l'on applique l'indexation, le budget de 2013 s'élève à 3 807 840 d'euros. Cela permettrait le traitement d'une centaine de patients.

Dès que le Conseil d'accord sera compétent pour l'approbation des dossiers et que la procédure de remboursement sera opérationnelle, les dossiers d'intervention ne pourront plus être déposés auprès du FSS.

---

<sup>54</sup> Arrêté royal du 18/06/2013 (Moniteur belge du 15/07/2013).



## Action 31 : Renforcer la Fondation Registre du Cancer

### 1. Création par arrêté royal de la Fondation d'utilité publique Registre du Cancer

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	2008

La Fondation d'utilité publique Registre du Cancer a été créée par l'arrêté royal du 23 décembre 2008<sup>55</sup>. Elle a pour but d'assurer et d'organiser la continuité de l'enregistrement des données relatives au cancer en Belgique.

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

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	2009

L'arrêté royal du 10 décembre 2009<sup>56</sup> et du 17 juin 2013<sup>57</sup> fixent la composition et le fonctionnement du comité consultatif des utilisateurs des données de la fondation d'utilité publique du Registre du Cancer<sup>58</sup>. Ce comité a notamment pour missions la supervision et l'évaluation des aspects qualitatifs et quantitatifs de l'enregistrement des cancers et la formulation de propositions en vue d'optimiser l'enregistrement et l'analyse des données.

La nomination par arrêté royal des membres du comité consultatif est en cours de préparation.

### 3. Financement de la Fondation Registre du cancer

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
----------------	------------------

Depuis 2009, un budget complémentaire de 680 000 euros est dégagé par an en vue de soutenir les nouvelles activités de la Fondation Registre du cancer. La première concerne la création d'un registre pour l'enregistrement des tests cytohistopathologiques et la seconde vise le renforcement de l'équipe du Registre avec 2 ETP.

Le Protocole d'accord du 24 juin 2013 traite des accords entre l'Autorité fédérale et les Communautés concernant le financement de la Fondation Registre du Cancer, pour la réalisation de ses activités, ainsi que le rapportage. Les organismes de

<sup>55</sup> Arrêté royal du 23/12/2008 (Moniteur belge du 10/02/2009).

<sup>56</sup> Arrêté royal du 10/12/2009 (Moniteur belge du 08/04/2010).

<sup>57</sup> Arrêté royal du 17/06/2013 (Moniteur belge du 11/07/2013)

<sup>58</sup> L'institution d'un comité consultatif au sein de la Fondation trouve sa base légale dans la loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses non urgentes (Moniteur belge du 07/08/2008).

financement prévoient un budget annuel total de 3 023 000 euros. Le protocole d'accord entre en vigueur à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2014.

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

### 1. Création du Centre du Cancer

<u>Origine</u>	Plan Cancer 2008
<u>Lancement</u>	2008

Le Centre du Cancer a été créé le 1<sup>er</sup> septembre 2008 par une convention signée entre l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP) et l'INAMI. Cette convention, prévoyant le financement du Centre du Cancer, a été prolongée jusqu'à fin 2014. Le Centre du cancer, qui est prévu comme une division autonome du WIV-ISP, se compose actuellement de neuf collaborateurs.

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

Le Centre du cancer a évalué la mise en œuvre des mesures prévues dans le Plan Cancer 2008-2010 et a présenté ses conclusions à l'occasion du symposium « Évaluation du Plan Cancer », qui s'est tenu le 26 novembre 2012.

En 2013, le Centre du Cancer a mis sur pied cinq groupes de travail thématiques, portant sur les thèmes suivants :

1. Réhabilitation des patients oncologiques
2. Lien entre les soins à l'hôpital et à domicile
3. Banques et dons de cellules souches
4. Système de qualité des soins en oncologie
5. Médecine personnalisée

Les membres du Comité d'accompagnement et de la Plateforme de coordination ont été invités à prendre part au(x) groupe(s) de leur choix. Les objectifs de chaque groupe de travail ont été définis plus clairement et une série de sujets ont été mis en avant lors de deux cycles de discussion. Début 2014, le Centre du Cancer partira de ces discussions pour formuler des pistes concrètes et les transposer, en procédant à une analyse « evidence-based », en des propositions SMART de mesures politiques futures.

En 2013, le Centre du Cancer a activement contribué, en collaboration avec le SPF Santé publique, aux activités menées dans le cadre de l'action conjointe européenne « European Partnership for Action Against Cancer » (EPAAC). À partir de mars 2014, la Belgique participera également à la nouvelle action conjointe 2014-2017, « Development of the European Guide on Quality Improvement in Comprehensive Cancer Control » (CANCON). Le Centre du Cancer prendra la direction du chapitre « Guide coordination » et sera co-coordonateur du chapitre « Platform for Member States coordination ».

## ANNEXE 1

Dans le cadre de l'action 15, cette annexe présente des tableaux reprenant tous les nouveaux médicaments anticancéreux admis au remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé au cours de l'année 2013.

SPECIALITE	INDICATION	DATE ENTREE EN VIGUEUR
<p><b>CARBOPLATIN SANDOZ</b> 10 mg/ml Solution à diluer pour perfusion</p> <p>5 flacons 5 ml 1flacon 45 ml 1flacon 60 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>Le carboplatine est utilise seul ou associe a d'autres agents antineoplasiques pour le traitement du <b>carcinome ovarien avance.</b></p>	<p>01-01-2013</p>
<p><b>GEMCITABINE SANDOZ</b> 10 mg/ml solution a diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 25 ml 1 flacon 50 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La spécialité est remboursée si elle est utilisée par un médecin spécialiste dans le cadre du traitement d'un <b>cancer du poumon non à petites cellules</b></li> <li>- La spécialité est remboursée si elle est utilisée pour le traitement <b>d'adénocarcinome du pancréas</b> localement avancé ou métastatique, prouvé par un examen histologique (biopsie).</li> <li>- La spécialité est remboursée si elle est utilisée pour le traitement de bénéficiaires atteints d'un <b>cancer de la vessie</b> localement avancé ou métastatique.</li> <li>- La spécialité est également remboursée si elle est utilisée, en association avec du carboplatine, pour le traitement de patientes atteintes d'un <b>carcinome épithélial</b> avancé récurrent de l'ovaire et qui rechutent plus de 6 mois après un traitement de première ligne ayant comporté un dérivé platinique.</li> <li>- La spécialité est remboursable si elle est administrée dans le cadre suivant : En association avec le paclitaxel chez des patientes atteintes d'un <b>cancer du sein</b> 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.</li> </ul>	<p>01-01-2013</p>
<p><b>DOCETAXEL SANDOZ</b> 10 mg/ml solution a diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 2 ml 1 flacon 8 ml</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été administrée:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le cadre d'un traitement du <b>carcinome du sein</b> 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;</li> <li>- dans le cadre d'un traitement du <b>cancer pulmonaire non à petites cellules</b> localement avancé ou</li> </ul>	<p>01-01-2013</p>

<p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>métastatique, après échec d'une chimiothérapie standard antérieure, contenant ou non du platine;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le cadre d'un traitement <u>avec un schéma thérapeutique qui contient de la doxorubicine</u>, du <b>cancer du sein</b> localement avancé ou métastatique chez les patientes n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection;</li> <li>- dans le cadre d'un traitement du <b>cancer de la prostate</b> métastatique hormono-résistant en association avec la prednisone;</li> <li>- dans le cadre d'un traitement adjuvant du <b>cancer du sein</b> opérable chez des patientes présentant un envahissement ganglionnaire, <u>dans un schéma thérapeutique qui contient soit une anthracycline et du cyclophosphamide, soit uniquement le cyclophosphamide (si un traitement par anthracycline n'est pas envisageable)</u>;</li> <li>- dans le cadre d'un traitement du <b>cancer pulmonaire</b> 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;</li> <li>- en combinaison avec du cisplatine et du 5-fluorouracil dans le cadre du traitement de patients présentant un <b>adénocarcinome gastrique</b> 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;</li> <li>- dans le cadre d'un traitement d'induction en association avec le cisplatine et le 5-fluorouracil chez des patients atteints d'un <b>carcinome épidermoïde de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx ou de la cavité buccale</b>, 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.</li> </ul> <p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été administrée: dans le cadre d'un traitement adjuvant du <b>cancer du sein</b> opérable chez des patientes ayant un ganglion négatif et qui répondent à une des caractéristiques suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HER2 positive,</li> <li>- Triple négatif (ER, PR en HER2 négatif),</li> <li>- ER positif et HER2 négatif avec au moins 1 des critères de risques suivants : ER peu exprimé, grade</li> </ul>	
---	--	--

	<p>histologique de 3, indice de prolifération élevé, infiltration vasculaire péri-tumorale importante, T &gt; 5 cm, score élevé en tests multigéniques,  <u>dans un schéma thérapeutique qui contient soit une anthracycline et du cyclophosphamide, soit uniquement le cyclophosphamide (si un traitement par anthracycline n'est pas envisageable).</u></p>	
<p><b>PACLITAXEL ACCORD HEALTHCARE</b>          6 mg/ml solution à diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 5 ml          1 flacon 16,7 ml          1 flacon 50 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p><b>Cancer de l'ovaire</b> : en chimiothérapie de première intention du cancer de l'ovaire, le paclitaxel est indiqué, en association avec du cisplatine ou du carboplatine, pour le traitement des patientes présentant un carcinome avancé de l'ovaire ou une tumeur résiduelle (&gt; 1 cm) après une laparotomie initiale. En chimiothérapie de deuxième intention du cancer de l'ovaire, le paclitaxel est indiqué pour le traitement du carcinome métastatique de l'ovaire après l'échec d'un traitement standard à base de platine.</p> <p><b>Cancer du sein</b> : à titre de traitement adjuvant, le Paclitaxel est indiqué pour le traitement des patientes présentant un carcinome mammaire à ganglions positifs après un traitement par anthracycline et cyclophosphamide (AC). Le traitement adjuvant par le Paclitaxel doit être envisagé comme une alternative au traitement prolongé par AC.</p> <p>Le Paclitaxel est indiqué pour le traitement initial du cancer du sein localement avancé ou métastatique, soit en association avec une anthracycline chez les patientes pour qui le traitement par les anthracyclines est approprié, soit en association avec le trastuzumab, chez les patientes qui surexpriment HER-2 (récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain) à un niveau 3+ tel que déterminé par immunohistochimie et pour qui une anthracycline n'est pas appropriée.</p> <p>En monothérapie, le Paclitaxel est indiqué pour le traitement du carcinome mammaire métastatique chez les patientes n'ayant pas répondu à un traitement standard à base d'anthracyclines ou pour lesquelles ce traitement est contre-indiqué.</p> <p><b>Cancer bronchique non à petites cellules avancé</b> : le Paclitaxel, en association avec le cisplatine, est indiqué pour le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) chez les patients pour lesquels une chirurgie potentiellement curative et/ou une radiothérapie n'est pas indiquée.</p> <p><b>Sarcome de Kaposi lié au SIDA</b> : le Paclitaxel est indiqué pour le traitement des patients présentant un sarcome de Kaposi (SK) avancé lié au SIDA et qui n'ont pas répondu à un traitement antérieur à base d'anthracyclines liposomales.</p>	01-02-2013
<b>GLIVEC</b>	La spécialité n'est remboursée que si elle est prescrite utilisée pour le traitement de patients adultes	01-02-2013

<p>100 mg 120 comprimés 400 mg 30 comprimés</p> <p>→ modification du remboursement: extension d'indications</p>	<p>atteints d'une <b>tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)</b> maligne Kit (CD 117) positive <del>non-résécable</del> <del>et/ou métastatique</del> dans une des situations suivantes :</p> <p>a1) Situation adjuvante et postopératoire, présentant en outre un risque élevé de rechute défini selon les critères modifiés du NIH publiés dans Human Pathology 2008, uniquement pour une période maximale de 3 ans à partir de l'année de l'intervention chirurgicale pour le GIST</p> <p>a2) Situation non résécable et/ou métastatique</p> <p>a3) Situation particulière de a1) et a2) : le patient présente une rechute de GIST sous la prise adjuvante de l'imatinib</p>	
<p><b>IDARUBIN</b> 1 mg/ml solution à diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 5 ml 1 flacon 10 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>La spécialité n'est remboursée que si elle a été prescrite pour le traitement d'une <b>leucémie aiguë myéoloblastique</b> ou pour le traitement en deuxième ligne d'une <b>leucémie aiguë lymphoblastique</b>.</p>	01-02-2013
<p><b>TOPOTECAN TEVA</b> 1mg/ml solution à diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 1 ml 5 flacons 1 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été administrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en deuxième ligne dans le cadre du traitement d'un <b>carcinome ovarien</b> avancé extrapelvien (FIGO stades III et IV de la classification de l'International Federation of Gynecology-Obstetrics), en cas d'échec ou de récurrence dans un délai de douze mois, après une chimiothérapie préalable associant du cisplatine ou du carboplatine au paclitaxel ;</li> <li>- en association avec le cisplatine chez des patientes présentant un <b>carcinome du col de l'utérus</b> en rechute après radiothérapie ou chez des patientes présentant un stade IV-B de la maladie.</li> </ul>	01-02-2013
<p><b>NEXAVAR</b></p> <p>200 mg 112 comprimés</p> <p>→ modification du remboursement: spécification des modalités de remboursement</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est utilisée pour le traitement de patients atteints d'un <b>carcinome hépatocellulaire avancé (CHC)</b> présentant une fonction hépatique A à l'index de Child-Pugh</p> <p>S'il s'agit de lésion(s) dans un foie cirrhotique, ou en cas d'hépatite B, le diagnostic de carcinome hépatocellulaire peut être établi au moyen d'imagerie médicale (RMN ou CT-scan dynamique au contraste, analysée sur plusieurs phases) ou d'une biopsie.</p> <p>Dans tout autre cas, ou en cas de doute, une biopsie reste nécessaire pour le diagnostic d'un CHC</p>	01-02-2013



<p><b>PACLITAXEL SANDOZ</b> 6 mg/ml</p> <p>solution à diluer et solvant pour perfusion 16,7 ml solution à diluer et solvant pour perfusion 50 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p><b>Cancer de l’ovaire</b> : en chimiothérapie de première intention du cancer de l’ovaire, le paclitaxel est indiqué, en association avec du cisplatine ou du carboplatine, pour le traitement des patientes présentant un carcinome avancé de l’ovaire ou une tumeur résiduelle (&gt; 1 cm) après une laparotomie initiale. En chimiothérapie de deuxième intention du cancer de l’ovaire, le paclitaxel est indiqué pour le traitement du carcinome métastatique de l’ovaire après l’échec d’un traitement standard à base de platine.</p> <p><b>Cancer du sein</b> : à titre de traitement adjuvant, le Paclitaxel est indiqué pour le traitement des patientes présentant un carcinome mammaire à ganglions positifs après un traitement par anthracycline et cyclophosphamide (AC). Le traitement adjuvant par le Paclitaxel doit être envisagé comme une alternative au traitement prolongé par AC.</p> <p>Le Paclitaxel est indiqué pour le traitement initial du cancer du sein localement avancé ou métastatique, soit en association avec une anthracycline chez les patientes pour qui le traitement par les anthracyclines est approprié, soit en association avec le trastuzumab, chez les patientes qui surexpriment HER-2 (récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain) à un niveau 3+ tel que déterminé par immunohistochimie et pour qui une anthracycline n’est pas appropriée.</p> <p>En monothérapie, le Paclitaxel est indiqué pour le traitement du carcinome mammaire métastatique chez les patientes n’ayant pas répondu à un traitement standard à base d’anthracyclines ou pour lesquelles ce traitement est contre-indiqué.</p> <p><b>Cancer bronchique non à petites cellules avancé</b> : le Paclitaxel, en association avec le cisplatine, est indiqué pour le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) chez les patients pour lesquels une chirurgie potentiellement curative et/ou une radiothérapie n’est pas indiquée.</p> <p><b>Sarcome de Kaposi lié au SIDA</b> : le Paclitaxel est indiqué pour le traitement des patients présentant un sarcome de Kaposi (SK) avancé lié au SIDA et qui n’ont pas répondu à un traitement antérieur à base d’anthracyclines liposomales.</p>	<p>01-02-2013</p>
<p><b>ETOPOSID SANDOZ</b> 20 mg/ml</p> <p>solution à diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 5 ml 1 flacon 10 ml</p>	<p>L'étoposide est un agent antinéoplasique pour voie intraveineuse. Il peut être utilisé seul ou en association avec d'autres agents oncologiques.</p> <p>traitement de <b>cancer du poumon à petite cellule, de carcinome du testicule non-séminome résistant, de leucémie aiguë myélomonocyte et de leucémie myélocyte</b> (AML, FAB sous-type M4 ou</p>	<p>01-03-2013</p>

1 flacon 20 ml 1 flacon 50 ml  → demande remboursement classe 3	M5) faisant partie d' une thérapie combinatoire après échec de la chimiothérapie d'induction	
<b>CISPLATINE SANDOZ</b> 1 mg/ ml solution a diluer pour perfusion  1 flacon 100 ml  → demande remboursement classe 2	Soit en monothérapie, ou soit en complément d' une chimiothérapie existante dans les tumeurs étendues ou métastatiques: <b>carcinomes du testicule</b> (poly-chimiothérapie palliative et curative) et <b>carcinome de l' ovaire</b> (stade III et IV) et <b>epitheliome de la cellule pavimenteuse de la tete et du cou</b> (thérapie palliative). Dans le traitement du <b>carcinome du poumon a petites cellules</b> . Dans le traitement du <b>carcinome étendu du poumon non a petites cellules</b>	01-03-2013
<b>ZELBORAF</b>  240 mg 56 comprimés  → demande remboursement classe 1	La spécialité fait l'objet d' un remboursement si elle est administrée en monothérapie pour le traitement d' un patient adulte atteint d' un <b>mélanome avancé</b> (non résecable ou métastatique) porteur d' une mutation BRAFV600, comme démontré par un test validé et effectué dans un laboratoire expérimenté pouvant garantir la validation des procédures d' analyse	01-04-2013
<b>CAPRELSA</b>  100 mg 30 comprimés 300 mg 30 comprimés  → demande remboursement classe 1	La spécialité fait l'objet d' un remboursement si elle est administrée en monothérapie pour le traitement d' un patient atteint d' un <b>carcinome médullaire de la glande thyroïde</b> , localement avancé ou métastatique, non résecable, agressif et symptomatique, chez qui l' intervalle du doublement du CEA et/ou de la calcitonine est de moins de 24 mois et chez qui une progression de la tumeur selon les critères RECIST 1.1 endéans les 12 mois précédant l' instauration du traitement par CAPRELSA a été démontrée par imagerie médicale IRM ou CAT.	01-05-2013
<b>TEYSUNO</b>  126 comprimés x 15 mg/4,35 mg/11,8 mg 84 comprimés x 20 mg/5,8 mg/15,8 mg  → demande remboursement classe 2	La spécialité fait l'objet d' un remboursement si elle est administrée, en combinaison en doublet avec le cisplatine, dans le traitement du <b>cancer gastrique avancé</b> (stade III ou IV de la classification TNM) qui n' est pas éligible pour un traitement chirurgical  - Soit parce qu' un traitement de première ligne avec la capécitabine en association à une chimiothérapie à base de sel de platine n' est pas possible à cause d' une contre-indication ou intolérance à la capécitabine avérée  - Soit après un traitement de première ligne préalable avec la capécitabine en association à une chimiothérapie à base de sel de platine a dû être arrêté à cause du syndrome main-pied	01-05-2013
<b>VOTRIENT</b>	La spécialité entre en ligne de compte pour un remboursement si elle est utilisée chez un patient	01-05-2013

<p>200 mg 90 comprimés 400 mg 60 comprimés</p> <p>→ modification du remboursement: extension d'indications</p>	<p>adulte atteint de <b>sarcome des tissus mous avancé</b>, après échec d'au moins un traitement antérieur par chimiothérapie au stade métastatique ou en cas de progression dans les 12 mois après un traitement (néo) adjuvant</p>	
<p><b>TOPOTECAN ACCORD HEALTHCARE</b> 1mg/ml solution à diluer en solvant pour perfusion</p> <p>1 flacon 1 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été administrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en deuxième ligne dans le cadre du traitement d'un <b>carcinome ovarien avancé extrapelvien</b> (FIGO stades III et IV de la classification de l'International Federation of Gynecology-Obstetrics), en cas d'échec ou de récurrence dans un délai de douze mois, après une chimiothérapie préalable associant du cisplatine ou du carboplatine au paclitaxel ;</li> <li>- en association avec le cisplatine chez des patientes présentant un <b>carcinome du col de l'utérus</b> en rechute après radiothérapie ou chez des patientes présentant un stade IV-B de la maladie</li> </ul>	01-05-2013
<p><b>CARBOPLATIN ACCORD HEALTHCARE</b> 10 mg/ml solution à diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 60 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>Le carboplatine est indiqué pour le traitement du :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>carcinome ovarien</b> avancé d'origine épithéliale en tant que :             <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) traitement de première intention</li> <li>(b) traitement de deuxième intention, après que les autres traitements aient échoué.</li> </ol> </li> <li>2. <b>carcinome bronchique à petites cellules.</b></li> </ol>	01-05-2013
<p><b>IRINOTECAN HYDROCHLORIDE ACCORD HEALTHCARE</b> 20 mg/ml solution à diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 25 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- traitement d'un <b>cancer colorectal métastatique</b>, avec une dose de 180 mg/m<sup>2</sup> (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.</li> <li>- <b>traitement en deuxième ligne d'un cancer colorectal métastatique</b>, après une chimiothérapie préalable comprenant du 5-fluorouracile, en cas d'échec ou de récurrence dans un délai de six mois.</li> </ul>	01-05-2013
<p><b>DOCETAXEL KABI</b></p> <p>flacon 6 ml solution à diluer en solvant pour perfusion 120 mg/6 ml</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été administrée:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le cadre d'un traitement du <b>carcinome du sein</b> 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;</li> </ul>	01-05-2013

<p>flacon 9 ml solution à diluer et solvant pour perfusion 180 mg/9 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le cadre d'un traitement du <b>cancer pulmonaire non à petites cellules</b> localement avancé ou métastatique, après échec d'une chimiothérapie standard antérieure, contenant ou non du platine;</li> <li>- dans le cadre d'un traitement avec un schéma thérapeutique qui contient de la doxorubicine, du <b>cancer du sein</b> localement avancé ou métastatique chez les patientes n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection;</li> <li>- dans le cadre d'un traitement du <b>cancer de la prostate métastatique</b> hormono-résistant en association avec la prednisone;</li> <li>- dans le cadre d'un traitement adjuvant du <b>cancer du sein</b> opérable chez des patientes présentant un envahissement ganglionnaire, dans un schéma thérapeutique qui contient soit une anthracycline et du cyclophosphamide, soit uniquement le cyclophosphamide (si un traitement par anthracycline n'est pas envisageable);</li> <li>- dans le cadre d'un traitement du <b>cancer pulmonaire non à petites cellules</b> localement avancé ou métastatique en combinaison avec le cisplatine, chez les patients n'ayant pas reçu de chimiothérapie cytotoxique antérieure dans cette affection;</li> <li>- en combinaison avec du cisplatine et du 5-fluorouracil dans le cadre du traitement de patients présentant un <b>adénocarcinome gastrique métastaté</b>, 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;</li> <li>- dans le cadre d'un traitement d'induction en association avec le cisplatine et le 5-fluorouracil chez des patients atteints d'un <b>carcinome épidermoïde de l'oropharynx, de l'hypopharynx, du larynx ou de la cavité buccale</b>, 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.</li> </ul>	
<p><b>GEMCITABINE ACCORD HEALTHCARE</b> 100 mg/ml solution à diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 2ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- traitement d'un <b>cancer du poulmon non à petites cellules</b></li> <li>- traitement d'<b>adénocarcinome du pancréas</b> localement avancé ou métastatique, prouvé par un examen histologique (biopsie).</li> <li>- traitement de bénéficiaires atteints d'un <b>cancer de la vessie</b> localement avancé ou métastatique.</li> <li>- La spécialité est également remboursée si elle est utilisée, en association avec du carboplatine, pour</li> </ul>	<p>01-06-2013</p>

<p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>le traitement de patientes atteintes d'un <b>carcinome épithélial</b> 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 remboursable si elle est administrée dans le cadre suivant : En association avec le paclitaxel chez des patientes atteintes d'un <b>cancer du sein</b> 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><b>CISPLATIN ACCORD HEALTHCARE</b> 1 mg/ml solution à diluer pour perfusion  1 flacon 100 ml  → demande remboursement classe 3</p>	<p>Le cisplatine est indiqué pour le traitement des pathologies ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer testiculaire avancé ou métastatique</li> <li>- Cancer de l'ovaire avancé ou métastatique</li> <li>- Carcinome de la vessie avancé ou métastatique</li> <li>- Epithélioma spino-cellulaire avancé ou métastatique de la tête et du cou</li> <li>- Cancer bronchique non à petites cellules avancé ou métastatique</li> <li>- Cancer bronchique à petites cellules avancé ou métastatique.</li> <li>- Le Cisplatine est indiqué dans le traitement du carcinome cervical en association avec d'autres chimiothérapies ou avec la radiothérapie.</li> <li>- Le Cisplatine peut être utilisé en monothérapie et en association avec d'autres traitements</li> </ul>	01-07-2013
<p><b>CAPECITABINE EG</b>  150 mg 120 comprimés  → demande remboursement classe 3</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle est administrée dans l'une des situations suivantes:</p> <p>a) dans le traitement du <b>cancer colorectal</b> métastatique en monothérapie ou en combinaison avec l'oxaliplatine ;</p> <p>b) dans le traitement du <b>cancer du sein</b> localement avancé ou métastatique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- soit en association avec le docétaxel après échec d'une chimiothérapie cytotoxique antérieure qui doit avoir comporté une anthracycline sauf en cas de contre-indication documentée aux anthracyclines;</li> <li>- soit en monothérapie, après échec aux taxanes, et à une chimiothérapie contenant une anthracycline sauf en cas de contre-indication documentée aux anthracyclines.</li> </ul> <p>c) dans le traitement adjuvant du <b>cancer du côlon de stade III</b> (stade C de Dukes) après résection de la tumeur primitive;</p> <p>d) en première ligne dans le traitement du <b>cancer gastrique avancé</b> (stade III ou IV de la classification TNM) en association à une chimiothérapie à base de sel de platine.</p>	01-07-2013

<p><b>XALKORI</b></p> <p>200 mg 60 comprimés 250 mg 60 comprimés</p> <p>→ demande remboursement classe 1</p>	<p>traitement d'un <b>cancer du poumon, non à petites cellules</b>, avancé, ALK positif démontré par un test ICH validé pour le cancer du poumon qui a été confirmé par un test FISH validé. Les tests doivent être effectués dans les laboratoires pouvant garantir la validation des procédures d'analyses.</p> <p>La spécialité concernée fait l'objet d'un remboursement chez les patients suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des patients adultes qui ont démontré une progression de tumeur après au moins 2 cycles d'une chimiothérapie standard qui contient au moins deux cytostatiques</li> </ul> <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des patients âgés de &gt; 65 ans ou des patients adultes avec un 'Poor Performance Status' (PS) &gt;= 2 qui ont démontré une progression de tumeur après au moins 2 cycles d'une chimiothérapie standard qui contient au moins un cytostatique</li> </ul>	<p>01-08-2013</p>
<p><b>AFINITOR</b></p> <p>5 mg 30 comprimés 10 mg 30 comprimés</p> <p>→ modification du remboursement: extension d' indications</p>	<p>La spécialité suivante n'entre en ligne de compte pour un remboursement que si elle est administrée pour le traitement d'une <b>tumeur neuroendocrine du pancréas</b> bien différenciée, non résécable ou métastasée en état de progression. Une consultation oncologique multidisciplinaire (COM) qui donne son accord pour un traitement par AFINITOR, est indispensable pour pouvoir commencer un traitement remboursable</p> <p>a') S'il s'agit d'un bénéficiaire qui a été traité dans le cadre d'une étude clinique avec l'AFINITOR sans remboursement, pour une période plus longue que 3 mois, le remboursement de l'AFINITOR peut être accordé lorsque le patient répond à tous les critères repris sous le point a) au moment du commencement et à tous les critères sous le point b) lors de la prolongation.</p>	<p>01-08-2013</p>
<p><b>TOPOTECAN ACCORD HEALTHCARE</b></p> <p>1 mg/ml 1 flacon solution à diluer et solvant pour perfusion 4ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement si elle a été administrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en deuxième ligne dans le cadre du traitement d'un <b>carcinome ovarien avancé extrapelvien</b> (FIGO stades III et IV de la classification de l'International Federation of Gynecology-Obstetrics), en cas d'échec ou de récurrence dans un délai de douze mois, après une chimiothérapie préalable associant du cisplatine ou du carboplatine au paclitaxel ;</li> <li>- en association avec le cisplatine chez des patientes présentant un carcinome du col de l'utérus en rechute après radiothérapie ou chez des patientes présentant un stade IV-B de la maladie.</li> </ul>	<p>01-08-2013</p>
<p><b>CARBOPLATIN FRESENIUS KABI</b></p> <p>10 mg/ml solution pour infusion intraveineuse</p> <p>1 flacon 5 ml</p>	<p>Le carboplatine est indiqué pour le traitement du :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>carcinome ovarien</b> avancé d'origine épithéliale en tant que :             <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) traitement de première intention</li> <li>(b) traitement de deuxième intention, après que les autres traitements aient échoué.</li> </ol> </li> <li>2. <b>carcinome bronchique à petites cellules.</b></li> </ol>	<p>01-09-2013</p>

<p>1 flacon 15 ml 1 flacon 45 ml 1 flacon 60 ml</p> <p><b>CARBOPLATIN ACCORD HEALTHCARE</b> 10 mg/ml solution pour infusion intraveineuse</p> <p>1 flacon 15 ml 1 flacon 45 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>		
<p><b>MITOXANTRONE SANDOZ</b> 2mg/ml solution pour infusion intraveineuse</p> <p>1 flacon 5 ml 1 flacon 10 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>La mitoxantrone seule ou en combinaison avec d'autres agents antinéoplasiques, est indiquée pour le traitement du <b>carcinome métastatique du sein, du lymphome non hodgkinien et de la leucémie aiguë non lymphatique</b> chez l'adulte.</p> <p>Elle soulage la douleur due à un <b>carcinome avancé de la prostate</b> réfractaire aux hormones en combinaison avec une faible dose de corticostéroïdes lorsque le traitement analgésique appliqué est insuffisant ou ne convient pas.</p>	01-09-2013
<p><b>EPIRUBICINE SANDOZ</b></p> <p>1 x 5 ml solution injectable pour injection et perfusion 2 mg/ml 5 x 5 ml solution injectable pour injection et perfusion 2 mg/ml 1 x 50 ml solution injectable pour injection et perfusion 2 mg/ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>traitement de <b>carcinomes mammaires et cancer gastrique</b></p>	01-10-2013
<p><b>CYTARABINE FRESENIUS KABI</b></p>	<p><b>Leucémies aiguës de l'adulte et de l'enfant, lymphomes non hodgkiniens</b></p>	01-10-2013

<p>solution injectable flacon 1 x 1ml 100 mg/ml solution injectable flacon 1 x 5ml 100 mg/ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>		
<p><b>INLYTA</b></p> <p>56 comprimés 1 mg 56 comprimés 5 mg</p> <p>→ demande remboursement classe 2</p>	<p>traitement en seconde ligne d'un <b>cancer du rein avancé</b> (stade IV) chez un bénéficiaire chez qui un premier traitement en première ligne avec un inhibiteur de la tyrosine kinase ou une cytokine a échoué.</p>	01-10-2013
<p><b>HALAVEN</b></p> <p>solution pour injection 0,44 mg/ml flacon 1 x 2 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 1</p>	<p>monothérapie pour le traitement des patients atteints d'un <b>cancer du sein localement avancé ou métastatique</b>, dont la maladie a progressé après au moins trois protocoles de chimiothérapie pour le traitement du stade avancé.</p>	01-10-2013
<p><b>METHOTREXATE ACCORD HEALTHCARE</b></p> <p>1 x 2 ml solution pour injection 25 mg/ml 1 x 20 ml solution pour injection 25 mg/ml 1 x 40 ml solution pour injection 25 mg/ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>methotrexate est indique dans le traitement de differentes maladies cancéreuses, telles que la <b>leucemie aigue lymphoblastique (LAL), le cancer du sein et l'osteosarcome</b></p>	01-11-2013
<p><b>GEMCITABINE FRESENIUS KABI 40</b></p>	<p>-La spécialité est remboursée si elle est utilisée par un médecin spécialiste dans le cadre du traitement</p>	01-12-2013



<p>mg/ml solution a diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 5 ml 1 flacon 25 ml 1 flacon 50 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>d'un <b>cancer du poumon non à petites cellules</b></p> <p>- La spécialité est remboursée si elle est utilisée pour le traitement <b>d'adénocarcinome du pancréas</b> 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 <b>cancer de la vessie</b> 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 <b>carcinome épithélial</b> 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 remboursable si elle est administrée dans le cadre suivant : En association avec le paclitaxel chez des patientes atteintes d'un <b>cancer du sein</b> 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><b>DACOGEN</b></p> <p>50 mg poudre pour solution à diluer pour perfusion</p> <p>→ demande remboursement orphelin</p>	<p>La spécialité fait l'objet d'un remboursement chez les patients adultes d'au moins 65 ans présentant un diagnostic récent de <b>leucémie myéloïde aiguë (LMA)</b> de novo ou secondaire selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et qui ne sont pas admissibles à la chimiothérapie d'induction standard</p>	01-12-2013
<p><b>CYTARABINE ACCORD HEALTHCARE</b></p> <p>solution injectable 1 x 10 ml solution injectable 1 x 20 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p><b>Leucémies aiguës</b> de l'adulte et de l'enfant, <b>lymphomes non hodgkiniens</b></p>	01-12-2013
<p><b>FLUDARABINE FRESENIUS KABI</b></p> <p>1 flacon injectable 50 mg</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>Traitement de <b>leucémie lymphoïde chronique (LLC)</b> a cellules B chez les patients ayant des réserves médullaires suffisantes.</p>	01-12-2013
<p><b>PACLITAXEL ACCORD HEALTHCARE</b></p>	<p><b>Cancer de l'ovaire</b> : en chimiothérapie de première intention du cancer de l'ovaire, le</p>	01-12-2013

<p>6 mg/ml solution a diluer pour perfusion</p> <p>1 flacon 25 ml</p> <p>→ demande remboursement classe 3</p>	<p>paclitaxel est indiqué, en association avec du cisplatine ou du carboplatine, pour le traitement des patientes présentant un carcinome avancé de l’ovaire ou une tumeur résiduelle (&gt; 1 cm) après une laparotomie initiale. En chimiothérapie de deuxième intention du cancer de l’ovaire, le paclitaxel est indiqué pour le traitement du carcinome métastatique de l’ovaire après l’échec d’un traitement standard à base de platine.</p> <p><b>Cancer du sein</b> : à titre de traitement adjuvant, le Paclitaxel est indiqué pour le traitement des patientes présentant un carcinome mammaire à ganglions positifs après un traitement par anthracycline et cyclophosphamide (AC). Le traitement adjuvant par le Paclitaxel doit être envisagé comme une alternative au traitement prolongé par AC.</p> <p>Le Paclitaxel est indiqué pour le traitement initial du cancer du sein localement avancé ou métastatique, soit en association avec une anthracycline chez les patientes pour qui le traitement par les anthracyclines est approprié, soit en association avec le trastuzumab, chez les patientes qui surexpriment HER-2 (récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain) à un niveau 3+ tel que déterminé par immunohistochimie et pour qui une anthracycline n’est pas appropriée.</p> <p>En monothérapie, le Paclitaxel est indiqué pour le traitement du carcinome mammaire métastatique chez les patientes n’ayant pas répondu à un traitement standard à base d’anthracyclines ou pour lesquelles ce traitement est contre-indiqué.</p> <p><b>Cancer bronchique non à petites cellules avancé</b> : le Paclitaxel, en association avec le cisplatine, est indiqué pour le traitement du cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) chez les patients pour lesquels une chirurgie potentiellement curative et/ou une radiothérapie n’est pas indiquée.</p> <p><b>Sarcome de Kaposi lié au SIDA</b> : le Paclitaxel est indiqué pour le traitement des patients présentant un sarcome de Kaposi (SK) avancé lié au SIDA et qui n’ont pas répondu à un traitement antérieur à base d’anthracyclines liposomales.</p>	
---	---	--