

# LIVRE BLANC

La prise en charge du *cancer en Belgique* :

*relever les défis de demain*

● 02 Juin 2007

- - Prof. Ahmad Awada, ULB Bordet
- Prof. Marc Boogaerts, UZ Leuven
- Prof. André Bosly, UCL Mont-Godinne
- Prof. Dominique Bron, ULB Bordet
- Prof. Jacques De Grève, AZ-VUB
- Dr. Luc Dirix, Sint-Augustinusziekenhuis
- Prof. Georges Fillet, ULg Sart-Tilman
- Prof. Paul Germonpré, UZ Antwerpen
- Prof. Yves Humblet, UCL St-Luc
- Prof. Simon Van Belle, UZ Gent
- Prof. Eric Van Cutsem, UZ Leuven

# TABLE DE MATIÈRES

La prise en charge du *cancer en Belgique* :

*relever les défis de demain*

**Avant-propos**

**Introduction**

**Résumé des recommandations**

## **I. Le cancer en Belgique – épidémiologie**

**A. Causes de décès en Belgique – Institut National de Statistiques**

**B. Données pour la Flandre**

*1. Incidence*

*2. Taux de survie*

**C. Données pour la Wallonie et Bruxelles-Capitale**

**D. Le registre du cancer**

**E. Comparaison avec des données européennes**

*1. Données du registre flamand 2000/2001*

*2. Données du Centre International de la Recherche contre le Cancer*

a/ Mortalité

b/ Incidence

c/ La Belgique vis-à-vis du reste de l'Europe

*3. Données OMS 2004 pour la Belgique*

**Recommandations**

## II. Le budget des soins de santé

### A. Introduction

### B. L'oncologie: un domaine en pleine mutation

- 1. L'innovation technologique*
- 2. L'innovation thérapeutique*

### C. La part des anticancéreux dans le budget des soins de santé en Belgique

### D. Les dépenses liées au cancer par rapport au poids du cancer

### E. Cancer et vieillissement de la population

- 1. Impact du vieillissement sur les budgets de l'Etat*
- 2. Impact du vieillissement sur l'incidence du cancer*

### Recommandations

## III. Gérer les dépenses en assurant une meilleure prise en charge du cancer

### A. A travers la prévention

#### *1. Porter plus d'attention à la prévention en général*

Recommandations

#### *2. Prévention et cancer*

- Tabac
- Alimentation
- Substances cancérigènes
- Cancer du col de l'utérus
- Mélanome
- Hépatite B
- Hépatite C

### B. A travers le dépistage précoce

#### *1. Importance du dépistage*

#### *2. Cancer du sein*

- Situation
  - Les résultats du programme de dépistage en Belgique
  - Impact du programme de dépistage
  - Un dépistage chez les femmes dans la quarantaine
- Recommandations

#### *3. Cancer du col de l'utérus*

- Situation
- Recommandations

# TABLE DE MATIÈRES (SUITE)

## **4. Cancer colorectal**

- a/ Situation
- b/ Facteurs héréditaires
- Recommandations

## **5. Cancer de la prostate**

- a/ Situation
- b/ Dépistage - modalités et avis du Centre Fédéral d'Expertise
- Recommandations

## **6. Vers un dépistage du cancer du poumon**

- Recommandations

## **7. Formes héréditaires de cancer**

- Recommandations

## **8. Mélanome**

- Recommandations

## **Recommandations générales**

### **C. A travers l'accès aux traitements**

#### **1. Libérer des moyens pour l'innovation**

- a/ Réduire le prix des médicaments existants
- Recommandation

#### **2. Réévaluer la place des médicaments existants**

- Recommandation

#### **3. Prévoir et gérer les moyens pour garantir l'accès à l'innovation**

- a/ Introduction
- b/ Taux de survie et disponibilité des anticancéreux
- c/ Financer l'innovation en oncologie
- Recommandations

#### **4. Assurer l'accès rapide aux innovations**

- Recommandations

#### **5. Inciter à la poursuite des études sur les produits existants**

- Recommandations

#### **6. Considérer le prix des médicaments sur base du caractère innovant**

- Recommandations

#### **7. Mieux cibler les traitements par le développement de méthodes prédictives**

- Recommandations

### **D. A travers les structures hospitalières**

#### **1. Développer les programmes de soins oncologiques**

- a/ Les défis des programmes de soins
- Recommandations

#### **2. Soutenir le développement concerté de centres spécialisés**

- a/ L'exemple des cliniques du sein
- b/ L'exemple du cancer du col: un meilleur rapport coût-utilité
- Recommandations

#### **3. Envisager le développement de bassins de soins**

- a/ Situation
- Recommandations

#### **4. Mieux utiliser les nouvelles technologies**

- Recommandations

#### **E. A travers les équipes médicales et paramédicales**

##### **1. Assurer une plus grande implication de la première ligne**

- a/ Introduction
- b/ Première ligne et oncologie  
Recommandations

##### **2. Assurer un nombre suffisant de spécialistes médicaux et paramédicaux**

- a/ Pallier au manque de spécialistes
- b/ Pallier au manque d'infirmières spécialisées  
Recommandations

##### **3. Améliorer les connaissances de toutes les professions concernées par l'oncologie**

- Recommandation

#### **F. A travers le soutien psychologique des patients**

##### **Recommandations**

#### **G. A travers la recherche**

##### **1. La recherche en Europe**

##### **2. La recherche en Belgique**

- a/ Les mesures prises par le gouvernement belge
- b/ La recherche pharmaceutique en Belgique
- c/ La recherche publique en Belgique
- d/ L'utilité de la recherche publique

##### **Recommandations**

### **IV. Vers un meilleur encadrement des patients**

#### **A. A travers les soins palliatifs**

- Recommandations

#### **B. A travers l'aide financière et l'aide à la réinsertion**

##### **1. Les coûts supplémentaires**

##### **2. Une difficile réinsertion**

- Recommandations

#### **C. A travers les droits des patients**

- Recommandation

*Le présent Livre Blanc est le fruit d'un travail collectif entre oncologues, hématologues et spécialistes belges de premier plan. Le collectif se veut représentatif, sans être exhaustif, de l'oncologie et de l'hématologie en Belgique.*

*Les membres du collectif se sont réunis une première fois à l'invitation d'un laboratoire pharmaceutique (la firme Roche). Suite à cette première réunion, les membres ont décidé de s'engager dans la constitution d'un Livre Blanc visant à dégager les grandes lignes d'un plan de lutte contre le cancer en Belgique.*

*Les membres du collectif se sont engagés en leur nom propre sur base d'une convention garantissant leur indépendance et détaillant les termes et conditions de leur collaboration. Selon les termes de la convention, le collectif garde l'entière responsabilité du contenu scientifique et technique du Livre Blanc, en ce compris le sujet, son étendue, les questions soulevées, sa distribution et tout contenu d'information communiqué durant l'élaboration de celui-ci, sans ingérence ni compensation aucune de toute instance, société ou organisation.*

*Le contenu du présent Livre Blanc reflète le point de vue consensuel de l'ensemble des membres du collectif. Les membres du collectif sont, par ordre alphabétique :*

- Prof. Ahmad Awada, ULB Bordet
- Prof. Marc Boogaerts, UZ Leuven
- Prof. André Bosly, UCL Mont-Godinne
- Prof. Dominique Bron, ULB Bordet
- Prof. Jacques De Grève, AZ-VUB
- Dr. Luc Dirix, Sint-Augustinusziekenhuis
- Prof. Georges Fillet, ULg Sart-Tilman
- Prof. Paul Germonpré, UZ Antwerpen
- Prof. Yves Humblet, UCL St.-Luc
- Prof. Simon Van Belle, UZ Gent
- Prof. Eric Van Cutsem, UZ Leuven

*Le présent Livre Blanc a été soumis aux principales associations de patients et sociétés scientifiques belges impliquées dans la lutte contre le cancer, en vue d'obtenir leur soutien quant aux recommandations portées par le collectif.*

*Nous nous situons actuellement à la croisée des chemins en oncologie. D'un côté, les moyens thérapeutiques contre le cancer ne cessent d'augmenter, ouvrant de nouvelles perspectives de traitement pour les patients atteints de cancer. Le pipeline des produits en développement n'a jamais été aussi grand qu'aujourd'hui. Aucun autre domaine thérapeutique ne peut se targuer d'avoir autant de molécules prometteuses en développement. Or, les nouvelles technologies médicales et les traitements innovants ont souvent un prix plus élevé.*

*D'un autre côté, le vieillissement de la population belge entraîne une pression croissante sur les budgets de l'Etat, en particulier sur celui des soins de santé. De surcroît, la population est plus avertie et davantage soucieuse de sa qualité de vie qu'avant. Aujourd'hui, les malades s'informent, comparent ce qui se passe dans d'autres pays et demandent l'accès aux meilleurs traitements et technologies disponibles.*

*Suite au vieillissement de la population et aux meilleures chances de survie dans d'autres maladies, notamment cardiovasculaires, l'incidence du cancer n'a cessé d'augmenter depuis les années '50 (+/- 50% entre 1963 et 1997). D'après l'OMS, le nombre de nouveaux cas de cancers en Europe augmentera encore de 25% d'ici 2020.*

*Notre système de soins de santé, basé sur la solidarité et l'excellence des soins, semble donc soumis à de fortes pressions. Dans le domaine de l'oncologie en particulier, la pression se fait de plus en plus forte suite à l'arrivée de nouveaux traitements et à l'augmentation du nombre de patients. A tel point que dans 5 à 10 ans, nous risquons de ne plus pouvoir assurer l'accès à des soins de qualité à tous les patients souffrant de cancer en Belgique. De plus, le cancer évolue de plus en plus vers une maladie chronique nécessitant des traitements au long cours.*

*Dans ce contexte, il est devenu impératif de décider à très court terme, c'est-à-dire pour 2008 au plus tard, des mesures préventives à mettre en place en vue de préserver la qualité des soins oncologiques en Belgique et de développer une vision à long terme dans ce domaine. Il n'est certes pas encore trop tard, mais il est temps d'agir afin d'éviter l'instauration d'un système à deux vitesses au détriment de la grande majorité des patients.*

*En cela, le présent Livre Blanc entend constituer un message fort et sans ambiguïté à destination des autorités pour mettre en œuvre, dès l'entame de la prochaine législature, un plan national de lutte contre le cancer, à l'instar de ce qui a été réalisé dans bon nombre de pays européens et comme le recommandent les autorités européennes.*

*Notre système de soins de santé fait partie des meilleurs au monde. Il nous appartient de tout mettre en œuvre pour le maintenir à cette place.*

Les recommandations ont été regroupées ci-dessous pour une lecture rapide. Vous les retrouverez, dans leurs contextes respectifs, au travers des différents chapitres qui composent le présent Livre Blanc.

Les recommandations regroupées ci-dessous s'adressent aux différentes autorités belges compétentes, sans distinction du niveau auxquelles elles opèrent. Une collaboration poussée entre communautés, régions et pouvoir fédéral est cependant nécessaire afin de pouvoir les mettre en pratique.

# RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

## I. Le cancer en Belgique – épidémiologie

- Disposer d'un registre du cancer fiable et mis à jour
- Développer la Fondation Registre du Cancer

### Disposer d'un registre du cancer fiable et mis à jour

Un registre du cancer fiable et mis à jour est primordial pour mesurer l'impact que peuvent avoir la prévention, le screening et le traitement sur l'incidence et la mortalité liées au cancer en Belgique.

Un registre national performant incluant une cartographie des tumeurs permet également d'établir des comparaisons avec d'autres pays et entre régions en vue de dégager les inégalités qui peuvent exister et d'agir sur elles de façon plus ciblée

### Développer la Fondation Registre du Cancer

Il est impératif que la Fondation Registre du Cancer mette en place le plus rapidement possible un registre de qualité couvrant l'ensemble du pays. A cette fin, les différentes autorités doivent prendre leurs responsabilités en prévoyant un financement structurel et durable. Le système de financement actuel, basé sur des subsides annuels, constitue un obstacle au bon fonctionnement du registre. Afin de libérer des moyens supplémentaires, on pourrait éventuellement envisager le financement de certains projets par des entreprises ou organismes non-gouvernementaux.

## II. Le budget des soins de santé

- Considérer la situation particulière de l'oncologie aujourd'hui
- Maintenir une norme de croissance suffisante pour garantir la qualité des soins oncologiques
- Ajuster les dépenses en fonction de l'impact du cancer au sein de la société
- Tenir compte de l'évolution du cancer vers une maladie chronique

### Considérer la situation particulière de l'oncologie aujourd'hui

L'oncologie traverse une période de progrès sans précédent qui entraîne une augmentation des dépenses plus importante que dans d'autres domaines. En l'absence de mesures préventives pour anticiper la situation, nous risquons à courte échéance, c'est-à-dire dans les 5 à 10 ans, de ne plus pouvoir assurer l'accès aux meilleurs soins à tous les patients souffrant de cancer en Belgique. Il est ainsi primordial, lors de l'allocation des budgets de soins de santé, de prendre en considération la situation particulière dans laquelle se trouve l'oncologie.



### Maintenir une norme de croissance suffisante pour garantir la qualité des soins oncologiques

Une politique budgétaire restrictive pourrait ainsi, à très court terme, avoir un impact négatif sur la qualité des soins oncologiques en Belgique, étant donné le progrès thérapeutique et technologique et l'augmentation du nombre de patients. Il semble donc nécessaire de maintenir une norme de croissance suffisante en Belgique dans les années à venir, et plus particulièrement durant la prochaine législature, pour couvrir les besoins dans le domaine de l'oncologie.

### Ajuster les dépenses de santé consacrées au cancer sur base de l'impact de la maladie au sein de la société

Aujourd'hui, le cancer représente près de 17% de la charge totale des maladies calculées en années de vie perdues, et 29% des décès. La part des dépenses en soins de santé consacrée au cancer reste en-dessous de ces pourcentages. Selon le Karolinska Institutet, le cancer compterait en moyenne pour 5 à 7% des dépenses de santé globales en Europe. En 2006, environ 8% des dépenses de remboursement étaient consacrées aux anticancéreux en Belgique. Pour étayer cette comparaison, il faudrait cependant calculer l'ensemble des dépenses liées au cancer en Belgique (diagnostic, chirurgie, radiothérapie, traitements de support, etc.)

En outre, des études examinent aujourd'hui l'impact du nombre de médicaments disponibles sur la survie à 1 an et à 5 ans. Ainsi, une analyse récente du Dr Frank Lichtenberg (Columbia University) réalisée dans 20 pays, a montré que le taux de mortalité est moins important dans les pays où le nombre de nouveaux traitements est plus élevé.

### Tenir compte de l'évolution du cancer vers une maladie chronique

Force est donc de constater que les moyens consacrés à la prise en charge du cancer restent proportionnellement en-deçà de l'impact de la maladie au sein de la société. Or le cancer est devenu dans de nombreux cas une maladie chronique, si bien que les patients ont de plus en plus souvent besoin de traitements au long cours. Il s'agit donc, dans les années à venir, de tenir compte de l'évolution de la maladie au moment de déterminer le budget des soins de santé. L'augmentation de la part du cancer dans le budget total ne doit pas se faire au détriment d'autres affections, pour autant qu'une norme de croissance suffisante soit maintenue.

C'est le prix à payer pour maintenir la qualité des soins oncologiques en Belgique au niveau que nous lui connaissons. Le maintien de notre pays dans le peloton de tête dépend certes de la façon dont nous nous préparons à relever les défis majeurs auxquels est confrontée l'oncologie. N'oublions pas que les chiffres d'incidence et de mortalité dans les cancers les plus courants sont particulièrement hauts en Belgique. Une grande vigilance est donc de mise.

## III. Gérer les dépenses

### *en assurant une meilleure prise en charge du cancer*

#### A. A travers la prévention

#### 1. Porter plus d'attention insuffisante portée à la prévention en général

- Investir dans la prévention
- Coordonner les actions de prévention

#### Investir dans la prévention

Un investissement soutenu dans la prévention et la poursuite d'une politique volontariste sont indispensables pour diminuer la charge du cancer en Belgique.

### Coordonner les actions de prévention

Il semble également important que le gouvernement et les communautés mettent au point des arrangements de partage des coûts et coordonnent les campagnes, plans et mesures de prévention pour améliorer leur efficacité.

## **2 . Prévention et cancer**

### a/ Tabac

- Augmenter les moyens alloués à la prévention du tabagisme, en particulier à destination des jeunes, à travers la création du Fonds tabac
- Poursuivre le renforcement des mesures législatives
- Des hausses de prix importantes et régulières
- Renforcer l'accompagnement médical, psychologique et médicamenteux des fumeurs

### Augmenter les moyens alloués à la prévention du tabagisme, en particulier à destination des jeunes, à travers la création du Fonds tabac

Les pays qui ont réussi à faire reculer davantage le tabagisme – les Etats-Unis, le Canada, l'Australie – ont ainsi combiné des mesures fortes contre le tabagisme, notamment passif, à une hausse substantielle des moyens de prévention du tabagisme et d'accompagnement des fumeurs. En 2004, les différentes autorités belges ont investi 0,23 euros par habitant dans la prévention du tabagisme, alors qu'il faut sans doute dix fois plus pour mener une politique efficace, soit 2,3 euros par habitant.

Une part importante de ces moyens doit être investie dans l'information, la sensibilisation et l'accompagnement des jeunes. Il est essentiel de cibler cet effort en grande partie sur les écoles et le corps enseignant, et ce à partir de l'enseignement primaire.

Ces moyens supplémentaires devraient être confiés au Fonds de lutte contre le Tabac. Ce fonds doit pouvoir bénéficier, au minimum, d'un subside annuel de 12,5 millions d'euros. Une partie substantielle des taxes perçues par l'Etat devrait lui être versée et un accord de collaboration doit être mis en place afin de permettre la gestion du fonds au niveau des communautés.

### Poursuivre et renforcer les mesures législatives

Le renforcement des mesures législatives pour éradiquer le tabac des lieux de vie doit impérativement être poursuivi, notamment en instaurant le plus rapidement possible une interdiction de fumer dans l'ensemble des lieux publics (en ce compris l'HoReCa).

### Des hausses de prix importantes et régulières

Les hausses du prix du tabac constituent un moyen très efficace dont disposent les autorités pour lutter contre le tabac. Ces hausses doivent cependant être réalisées de façon plus conséquente pour être pleinement efficaces (c.-à-d. pour obtenir une diminution du nombre de fumeurs). Il faut donc appliquer régulièrement des hausses de prix plus importantes.

### Renforcer l'accompagnement médical, psychologique et médicamenteux des fumeurs

Le soutien médical, psychologique et médicamenteux des fumeurs est un élément primordial dans l'arrêt tabagique. Les outils d'aide pour arrêter de fumer devraient être à peu près gratuits. Il faut également étendre l'offre d'accompagnement et de conseil à destination des fumeurs. En cas d'évaluation économique de ces interventions, il est important de considérer l'impact à long terme (20 ans) du tabagisme sur l'incidence du cancer du poumon.

#### b/ Alimentation

- Stimuler une responsabilisation multisectorielle
- Collaborer avec l'industrie de l'alimentation
- Informer et sensibiliser la population

##### Stimuler une responsabilisation multisectorielle

Toute stratégie préventive en matière alimentaire nécessite une démarche multisectorielle pour être pleinement efficace, étant donné que les secteurs autres que celui de la santé ont plus d'influence sur les déterminants de la santé alimentaire et peuvent davantage faciliter la mise en place d'un environnement plus favorable en la matière (l'industrie, l'éducation, l'agriculture, l'économie, le transport, l'environnement, etc).

##### Collaborer avec l'industrie de l'alimentation

Une collaboration plus poussée avec l'industrie de l'alimentation est ainsi souhaitable afin de restreindre notamment la présence de graisses et sucres dans l'alimentation. Il est également important de fixer un cadre légal plus restrictif contraignant les producteurs et les chaînes de distribution à plus de transparence et de clarté sur les caractéristiques de leurs produits, tout en limitant les allégations de santé qui contribuent à la désinformation du public. L'alimentation de l'enfant doit faire l'objet d'une attention toute particulière.

##### Informer et sensibiliser la population

Les mesures de sensibilisation et d'information de la population doivent être poursuivies afin d'influer sur les comportements alimentaires et de pouvoir augmenter la pression vis-à-vis des producteurs et des distributeurs.

#### c/ Substances cancérigènes

- Accélérer la mise en place de mesures visant à restreindre la pollution
- Etudier les liens entre cancer et pollution
- Augmenter la protection des personnes exposées

##### Accélérer la mise en place de mesures visant à restreindre la pollution

Ainsi que le montre REACH, les mesures visant à limiter la pollution ou les substances cancérigènes ont un rapport coût-bénéfice qui est nettement positif. Dès lors, il faudrait accélérer la mise en place de mesures visant à restreindre la pollution, qu'elle soit chimique ou atmosphérique. En cela, le principe de précaution doit prévaloir. Le principe de précaution, tel que repris dans de nombreux traités et directives internationaux, consiste à limiter autant que possible les risques de contamination pour la population.

##### Etudier les liens entre cancer et pollution

Il s'agit ensuite de poursuivre des études plus poussées en Belgique pour déterminer l'impact sanitaire de la pollution environnementale sur l'incidence du cancer, notamment au travers d'une cartographie précise des cas de cancers en fonction du lieu d'habitation, du milieu social, de la profession, etc. L'absence de stimulation en matière de recherche sur les facteurs cancérigènes entraîne un retard dans le développement des connaissances scientifiques. Ce manque de données provoque à son tour une faible vigilance pour les risques identifiés.

##### Augmenter la protection des personnes exposées

Il faut augmenter la protection et le soutien des personnes exposées à des facteurs cancérigènes, sur base du principe de précaution considéré comme outil de gestion pour déterminer les politiques concrètes à mettre en place. En effet, la plus forte pré-

valence du cancer dans les catégories sociales inférieures et notamment chez les ouvriers ne peut uniquement s'expliquer par un tabagisme accru ou des modes de vie moins sains. L'influence de l'environnement pourrait jouer un rôle bien plus important qu'on ne le pense.

Certaines études ont ainsi démontré un risque accru de certains cancers associés à l'utilisation de pesticides (lymphomes de Hodgkin et non-hodgkinien, myélome multiple, estomac, prostate, cerveau, ...) chez les agriculteurs.

#### d/ Cancer du col de l'utérus

- Développer un programme de vaccination contre le cancer du col de l'utérus
- Se doter d'outils d'évaluation à long terme
- Rembourser le vaccin

#### Développer un programme de vaccination contre le cancer du col de l'utérus

La vaccination contre le col de l'utérus devrait être davantage encouragée et supportée. Des programmes de vaccinations pourraient être développés, p.ex. de façon progressive au travers des structures éducatives chez les jeunes filles à partir de l'âge de 10 ans. Cette opportunité mérite d'être examinée avec le plus grand soin et dans les meilleurs délais par les pouvoirs publics compétents.

Il s'agit aussi d'évaluer l'opportunité de procéder à la vaccination de rattrapage des jeunes filles jusqu'à l'âge de 15 ans et plus. Un schéma comparable à celui qui a cours aujourd'hui pour la vaccination des adolescents contre l'hépatite B pourrait être utilisé (voir point f).

#### Se doter d'outils d'évaluation à long terme

Nous proposons également de mettre en place un registre de vaccination et d'établir un suivi à long terme afin d'évaluer la sécurité et l'efficacité du programme.

#### Rembourser le vaccin

La mise en place d'un tel programme nécessite un accès généralisé et équitable du vaccin à l'ensemble du groupe-cible par le biais d'un remboursement.

#### e/ Mélanome

- Poursuivre les campagnes de sensibilisation aux risques liés à une exposition excessive au soleil
- Valoriser le rôle de prévention du médecin généraliste

#### Poursuivre les campagnes de sensibilisation aux risques liés à une exposition excessive au soleil

La prévention du mélanome passe nécessairement par une sensibilisation des jeunes parents et des adolescents au risque d'une exposition excessive au soleil.

Il est en effet important d'aller à l'encontre des habitudes de bronzage et de faire entrer progressivement les mesures de protection élémentaires dans les mœurs. Les mesures de précaution élémentaires doivent faire l'objet de rappels durant les périodes de vacances, notamment par le biais de campagnes de sensibilisation à destination du grand public, sans oublier les structures d'encadrement touristiques.

#### Valoriser le rôle de prévention du médecin généraliste

Le médecin généraliste a également un rôle important à jouer dans la prévention en informant le patient sur les risques de l'exposition solaire et, pour les profils à risque, en l'incitant à faire examiner sa peau une fois par an par un dermatologue et à l'au-

to-examen une fois par trimestre. Des mesures incitatives pourraient être prises à ce niveau.

#### f/ Hépatite B

- Poursuivre la vaccination des nourrissons
- Evaluer l'opportunité d'une vaccination de rappel
- Mettre en place des systèmes fiables de dépistage et de suivi

#### Poursuivre la vaccination des nourrissons

Il est indispensable de poursuivre la vaccination des nourrissons pour se prémunir des conséquences de l'hépatite B chez les personnes infectées par le virus : la cirrhose et plus tard, le cancer du foie.

#### Evaluer l'utilité d'une vaccination de rappel

Etant donné qu'aucune vaccination de rappel n'est recommandée aujourd'hui, la vaccination systématique des adolescents sera interrompue aux alentours de 2009, lorsque les nourrissons vaccinés depuis 1999 atteindront l'adolescence. Le suivi de cette population pourrait être intéressant pour évaluer l'utilité d'une vaccination de rappel.

#### Mettre en place des systèmes fiables de dépistage et de suivi

Au-delà de la vaccination, il est nécessaire d'améliorer le diagnostic, l'enregistrement et le suivi des patients porteurs du virus afin d'éviter tant que possible la survenue d'une cirrhose ou d'un cancer du foie.

#### g/ Hépatite C

- Poursuivre la mise en application de mesures contre les risques de contamination connus

#### Poursuivre la mise en application de mesures contre les risques de contamination connus

Aucun vaccin n'est actuellement disponible contre le virus de l'hépatite C. Les mesures de prévention contre les risques de contamination connus (drogues, tatouage et piercing, matériel médical...) constituent donc l'unique voie de protection préventive contre le virus de l'hépatite C et doivent à ce titre être poursuivies et renforcées au besoin.

## **B. A travers le dépistage précoce**

### **1. Importance du dépistage**

D'importants programmes ont été mis en place dans les régions pour augmenter le diagnostic précoce et améliorer les chances de survie de ceux qui sont atteints d'un cancer. Ces programmes de dépistage ont porté leurs fruits et continuent à le faire, même si des efforts supplémentaires sont souhaitables en la matière.

En matière budgétaire, les programmes de dépistage permettent de réaliser des économies substantielles.

### **2. Cancer du sein**

- Augmenter le taux de couverture
- Promouvoir le programme de dépistage organisé
- Investir dans l'information du groupe-cible et motiver les généralistes
- Fixer la limite d'âge du programme organisé à 75 ans au lieu de 70 ans

Augmenter le taux de couverture

D'une façon générale, il est important d'augmenter le taux de couverture en attirant les femmes qui ne se font pas dépister vers le programme organisé.

Promouvoir le programme de dépistage organisé

Il s'agit d'inciter davantage de femmes à quitter la mammographie ordinaire pour s'inscrire dans le programme de dépistage systématique qui offre des garanties de qualité supérieures et à un coût de revient beaucoup plus avantageux pour la société.

Investir dans l'information du groupe-cible et motiver les généralistes

A cet effet, il est important que les communautés investissent davantage dans l'information et la sensibilisation du groupe-cible.

Il s'agit aussi de convaincre les médecins des avantages du programme organisé.

Fixer la limite d'âge du programme organisé à 75 ans au lieu de 70 ans

Il faudrait également étendre à 75 ans la limite d'âge du programme, comme c'est d'ailleurs le cas dans d'autres pays. D'autre part, les femmes ayant accédé au programme dans la fourchette d'âge fixée devraient être autorisées à rester dans le programme aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

**3. Cancer du col de l'utérus**

- Accélérer le développement d'un programme de dépistage national
- Optimiser la couverture des populations concernées
- Mettre en place un registre national des frottis

Accélérer le développement d'un programme de dépistage national

Un programme de dépistage du cancer du col est en cours de développement. Il prévoit un frottis (examen de Papanicolaou) tous les trois ans pour les femmes de 25 à 64 ans. Tous les acteurs impliqués doivent s'engager à faire aboutir ce programme dans les meilleurs délais, et ce, au niveau national. En effet, les exemples étrangers d'approche méthodique ont fait leur preuve avec un taux de couverture atteignant au moins 80% et une baisse de la mortalité pour conséquence.

Optimiser la couverture des populations concernées

Le nombre de frottis réalisés à l'heure actuelle de façon aléatoire suffirait à couvrir l'ensemble du groupe-cible. Une réduction structurelle de la sur-utilisation et une redistribution du nombre de frottis sur l'ensemble du groupe-cible sont nécessaires. Le dépistage des femmes en-dessous de 25 ans et les examens trop fréquents dans le groupe des femmes entre 25 et 64 ans doivent donc être découragés, p.ex. en refusant l'accès au remboursement en cas de recours non indiqués au dépistage (des examens plus réguliers restant justifiés pour certains groupes à risque ou lors de frottis suspects). De cette façon il est possible, sans augmentation du financement public, d'améliorer sensiblement la prise en charge du cancer du col utérin en Belgique.

Mettre en place un registre national des frottis

Il s'agit également de mettre en place un registre national des frottis afin de pouvoir évaluer et corriger au besoin le programme de dépistage.

**4. Cancer colorectal**

- Mettre en place un programme de dépistage organisé à partir de 50 ans
- Tenir compte des facteurs héréditaires
- S'assurer d'un taux de participation suffisant

Mettre en place un programme de dépistage organisé à partir de 50 ans (50-74 ans)

Un programme de dépistage du cancer colorectal bien organisé doit être mis en place en Belgique le plus rapidement possible pour les hommes et les femmes à partir de 50 ans.

Tenir compte des facteurs héréditaires

Pour les personnes à risque (des antécédents familiaux interviennent dans 15 à 20% des cancers colorectaux), il est conseillé d'effectuer des colonoscopies à intervalles réguliers. Pour les 75 à 80% restants, une stratégie basée sur la recherche de sang dans les selles est à conseiller, suivie d'une colonoscopie en cas de résultat positif.

S'assurer d'un taux de participation suffisant

Un tel programme doit pouvoir compter sur un taux de participation suffisamment élevé et correspondre aux recommandations de bonne pratique telles que validées récemment dans un rapport du Centre Fédéral d'Expertise.

**5. Cancer de la prostate**

- Éviter un recours excessif au test PSA
- Développer des procédures diagnostiques plus spécifiques

Éviter un recours excessif au test PSA

La plupart des pays adoptent une position prudente, à savoir que le test PSA peut être proposé aux hommes de plus de 50 ans, tout en leur expliquant les risques et bénéfices potentiels du dépistage et du traitement. Il s'agit toutefois d'en limiter l'usage chez les hommes asymptomatiques.

Ainsi, le Centre Fédéral d'Expertise a estimé qu'il est souhaitable que les hommes qui souhaitent recevoir le test discutent d'abord avec leur médecin des incertitudes et des conséquences liées à celui-ci. Il est nécessaire aussi de construire un schéma qui permette de réduire la fréquence des tests et adapte la fréquence des remboursements.

Développer des procédures diagnostiques plus spécifiques

Des études sont nécessaires pour déterminer des procédures diagnostiques plus spécifiques. Dans l'attente, un programme de dépistage systématique ne semble pas opportun.

**6. Vers un dépistage du cancer du poumon?**

- Étudier l'opportunité d'un programme de dépistage par scanner
- Mettre en place des études pour mesurer l'impact sur la survie

Étudier l'opportunité d'un programme de dépistage par scanner

Le cancer du poumon demeure de loin le cancer le plus meurtrier. Son incidence est particulièrement haute en Belgique. Un programme organisé par scanner pourrait contribuer à dépister précocement des patients asymptomatiques et à augmenter leurs chances de survie. Mais il n'y a pas de preuve à l'heure actuelle que cette stratégie serait utile.

Il est donc indispensable de poursuivre la récolte de données scientifiques, en ce compris des analyses de rentabilité, concernant l'opportunité de lancer un tel programme en Belgique.

Mettre en place des études pour mesurer l'impact sur la survie

A ce titre, il faudrait d'abord mettre en place des études interventionnelles prospectives pour démontrer un impact favorable sur la survie. Ces études devraient s'inspirer de l'expérience acquise dans la détection précoce du cancer du sein.

## 7. Formes héréditaires de cancer

- Valoriser le rôle et l'implication du médecin généraliste dans le repérage et l'information des familles à risque
- Etablir des consultations pour Cancers Familiaux
- Garantir l'accès aux tests génétiques aux patients à risque

### Valoriser le rôle et l'implication du médecin généraliste dans le repérage et l'information des familles à risque

Le repérage et l'information des familles à risque doit également demeurer une priorité et recevoir le soutien nécessaire, notamment au niveau du médecin généraliste. Entre autres par manque de sensibilisation des médecins, les patients ayant des antécédents familiaux manquent souvent d'information concernant la possibilité et l'intérêt des tests génétiques.

### Etablir des Consultations pour Cancer Familial

L'implication des oncologues dans la prise en charge des Cancers Familiaux devrait être amplifiée, par exemple au travers de consultations multidisciplinaires pour Cancers Familiaux en collaboration avec les Centres de Génétique.

Il est nécessaire d'augmenter l'information et l'intérêt de tous les médecins, généralistes et spécialistes dans ce domaine, afin que les familles à risque aient plus facilement accès aux conseils spécialisés et aux tests prédictifs et soient mieux informées sur les différentes options préventives.

### Garantir l'accès aux tests génétiques aux patients à risque

Il est important de pouvoir garantir l'accès aux tests génétiques en cas de risque de cancer héréditaire.

## 8. Mélanome

- Sensibiliser la population à l'importance du dépistage
- Développer des trajets de soins pour le mélanome

### Sensibiliser la population à l'importance du dépistage

Un programme de dépistage systématique ne semble pas s'imposer dans ce domaine, mais il est utile de sensibiliser la population à l'importance des contrôles cutanés, pour dépister précocement les mélanomes.

### Développer des trajets de soins pour le mélanome

La prise en charge du mélanome est extrahospitalière et n'est donc pas du ressort des programmes de soins. Ceci entraîne un manque de contrôle sur la qualité de la prise en charge. Il serait donc souhaitable, ici aussi, de développer des trajets de soins sous forme de programmes contenant des normes et guidelines pour la prise en charge du mélanome, en ce compris le dépistage précoce.

### **Recommandations générales**

- Mieux informer et sensibiliser la population
- Valoriser le rôle et l'implication du médecin généraliste
- Garantir l'accès équitable au dépistage au niveau national
- Stimuler le développement de tests et programmes de dépistage

Parmi les recommandations générales concernant la politique de dépistage des cancers en Belgique, citons les priorités suivantes :



- Mieux informer et sensibiliser la population concernant l'importance du dépistage du cancer et ses bénéfices en terme de survie. Une meilleure prise de conscience de la population concernant les bénéfices du dépistage renforcerait le fonctionnement des programmes existants, dont l'efficacité dépend souvent du taux de participation de la population.

- Valoriser le rôle et l'implication du médecin généraliste dans l'amélioration du dépistage du cancer. L'amélioration du dépistage passe nécessairement par l'implication de la première ligne dans l'information et l'orientation des patients à risque vers les programmes de dépistage organisés ou vers un dépistage individuel au cas par cas.

- Garantir l'accès équitable au dépistage au niveau national en concertation avec les intervenants concernés. Des disparités régionales en matière d'accès au dépistage et de taux de couverture ne sont pas acceptables, même si des différences liées aux habitudes sanitaires existent. Il est nécessaire de compenser ces différences de mentalité en développant des approches spécifiques, mais l'accès au programme en tant que tel ne peut souffrir aucune exception régionale.

#### Stimuler le développement de tests et programmes de dépistage

Etant donné l'efficacité du dépistage dans la réduction des dépenses et l'amélioration des soins et des taux de survie, la mise au point et le développement de tests et programmes fiables pour le dépistage des principaux cancers constituent une priorité de santé publique.

Si l'on veut contribuer à contenir les dépenses publiques dans le domaine de l'oncologie, il est impératif d'investir structurellement dans le dépistage du cancer en Belgique.

### **C. A travers l'accès aux traitements**

#### **1. Libérer des moyens pour l'innovation**

- Poursuivre le contrôle des dépenses au profit de traitements innovants

#### Poursuivre le contrôle des dépenses au profit de traitements innovants

Il faut prévoir les moyens nécessaires pour financer l'arrivée sur le marché des nouveaux agents anticancéreux qui présentent des avantages thérapeutiques importants par rapport aux chimiothérapies classiques. Les mesures visant à contenir le budget des anciens médicaments au profit de l'innovation doivent donc être poursuivies.

#### **2. Réévaluer la place des médicaments existants**

- Développer une structure de réévaluation flexible basée sur l'évidence scientifique

#### Développer une structure de réévaluation flexible basée sur l'évidence scientifique

On pourrait envisager la mise en place d'un groupe de travail chargé de réévaluer régulièrement la place des produits et techniques existants et de conseiller les autorités concernant leur utilisation optimale.

Ces réévaluations doivent se faire sur base d'une approche « evidence based » au sein d'une structure suffisamment flexible pour suivre de près l'évolution des connaissances scientifiques. Des critères clairs et transparents sont nécessaires afin de pouvoir déterminer la "valeur" des produits et techniques innovants (voir plus bas).

### 3. Prévoir et gérer les moyens adéquats pour garantir l'accès à l'innovation

- Maintenir les anticancéreux en dehors du système de forfaitarisation
- Garantir une norme de croissance suffisante pour l'oncologie
- Créer un fonds d'innovation pour financer les nouveaux traitements avec une véritable plus-value thérapeutique

#### Maintenir les anticancéreux en dehors du système de forfaitarisation

Une forfaitarisation éventuelle des anticancéreux ne peut faire obstacle à l'arrivée des nouveaux traitements. Il s'agit donc de maintenir les anticancéreux en dehors des forfaits pour ne pas forcer les hôpitaux à opérer des choix qui porteraient préjudice à la qualité des soins administrés aux patients, notamment par le biais d'une limitation d'accès aux traitements sur base de critères financiers.

#### Garantir une norme de croissance suffisante pour l'oncologie

Une norme de croissance budgétaire suffisante doit être maintenue en vue de permettre le remboursement des médicaments et techniques innovants, notamment en oncologie.

Il ne faut pas oublier que la charge du cancer représente 17% des AVCI<sup>i</sup> alors que le cancer compterait en moyenne pour 5 à 7% dans les dépenses de santé globales en Europe. En Belgique, les anticancéreux comptent pour environ 8% dans le budget destiné au remboursement des médicaments. Une norme trop restrictive risquerait de contraindre les autorités à opérer des choix portant atteinte à la qualité des soins oncologiques en Belgique, par exemple à travers un blocage de la part allouée au cancer ou une augmentation trop limitative de celle-ci.

#### Créer un fonds d'innovation pour financer les traitements avec une véritable plus-value thérapeutique

Plusieurs intervenants ont récemment plaidé pour la création d'un fonds d'innovation. Un tel fonds permettrait de financer l'arrivée de nouveaux traitements représentant une véritable plus-value thérapeutique sans mettre en danger l'équilibre budgétaire. Une norme de croissance suffisante et un contrôle accru des dépenses sont nécessaires pour alimenter ce fonds dans les années à venir.

### 4. Assurer l'accès rapide aux innovations

- Développer des critères flexibles d'accès plus rapide aux agents innovants
- Définir des critères objectifs pour évaluer le caractère innovant
- Limiter l'accès à un nombre limité de centres

#### Développer des critères flexibles d'accès plus rapide aux agents innovants

Afin d'améliorer la rapidité d'accès des patients aux traitements innovants, les autorités doivent se pencher sur les solutions possibles en concertation avec les intervenants concernés.

Ainsi, le système actuel de remboursement présente une rigidité qui n'est pas adaptée à la situation particulière dans laquelle se trouve l'oncologie, caractérisée par une évolution rapide des approches thérapeutiques. Il s'agit donc de considérer l'opportunité de développer des critères flexibles permettant, d'une part, un accès plus rapide aux agents innovants et, d'autre part, une révision plus rapide de la place des traitements en fonction des nouvelles données scientifiques.

Parmi les pistes envisagées, il est discuté de donner la possibilité aux firmes d'introduire un dossier de remboursement dès avis positif du Comité des Médicaments à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne des médicaments (EMA).

*i: Années de vie corrigées pour incapacité (AVCI) ou Disability Adjusted Life Years (DALY) : Indication quantitative qui tient compte des années d'une vie en bonne santé perdues à cause d'une maladie entraînant l'incapacité et/ou mortalité prématurée.*

Une autre piste consisterait à impliquer les experts dans un comité d'évaluation dont les avis, basés sur des critères objectifs établis préalablement, permettraient d'octroyer un remboursement temporaire conditionnel aux traitements dont les résultats d'études montrent un bénéfice important.

#### Développer des critères objectifs pour évaluer le caractère innovant

Définir les critères objectifs de l'évaluation des bénéfices par ordre d'importance décroissant :

- Overall survival : les chances de survie pour un patient
- Progression-free survival : l'augmentation de la survie sans progression
- Health related quality of life : l'amélioration de la qualité de vie

Ainsi, un traitement augmentant significativement la survie (overall survival) ou la survie sans progression (progression-free survival) pourrait bénéficier d'un accès accéléré. Ces deux critères sont les plus importants, le troisième critère (health related quality of life) devenant important quand il s'agit de comparer des médicaments ayant acquis un impact similaire sur la survie ou la survie sans progression.

#### Limiter l'accès à un nombre restreint de centres

En contrepartie, l'accès aux traitements pourrait être limité à un certain nombre de centres universitaires ou hautement spécialisés afin de permettre un contrôle accru des conditions dans lesquelles le traitement est mis à disposition et une adaptation plus rapide de ces conditions d'accès. Citons les paramètres suivants :

- Groupe-cible : individualisation des traitements vers les répondeurs
- Evidence-based medicine : prise en compte rapide des nouvelles données scientifiques
- Impact budgétaire : évaluation de l'impact budgétaire du traitement

Cette phase initiale d'introduction d'un nouveau médicament devrait aussi être conditionnée par la mise en route d'études nationales concernant l'utilisation optimale du médicament (bio-marqueurs prédictifs et durée optimale du traitement) sur base d'un partenariat financier entre la sécurité sociale et l'industrie pharmaceutique et d'un partenariat scientifique entre le monde académique et l'industrie pharmaceutique. Ces études seraient idéalement coordonnées au départ d'un Institut National du Cancer (voir plus loin).

Cette période d'évaluation permettrait de décider des conditions d'un remboursement définitif et d'un accès basé sur de guidelines tenant compte des observations récoltées durant la période d'évaluation.

### **5. Inciter à la poursuite des études sur les produits existants**

- Permettre une extension de la validité des brevets pour inciter les firmes à initier davantage d'études
- Récompenser les firmes s'engageant dans des programmes d'études complémentaires

#### Permettre une extension de la validité des brevets pour inciter les firmes à initier davantage d'études

Une extension de la validité des brevets pourrait être considérée en cas d'enregistrement de nouvelles indications. Ceci pourrait inciter les firmes pharmaceutiques à initier davantage d'études durant la commercialisation du produit.

### Récompenser les firmes s'engageant dans des programmes d'études complémentaires

Des incitants pourraient être mis en place, par exemple en offrant une prolongation du brevet ou au travers du remboursement, pour récompenser les firmes pharmaceutiques s'engageant dans des programmes d'études complémentaires.

#### **6. Considérer le prix des médicaments sur base du caractère innovant**

- Encourager une politique des prix à l'échelon européen
- Définir des priorités d'accès, de prix et de remboursement en fonction du degré d'innovation

#### Encourager une politique de prix à l'échelon européen

Une véritable politique de fixation des prix à l'échelon européen, sur base de critères objectifs garantissant une plus grande transparence, pourrait élargir la marge de négociation des pouvoirs publics face à l'industrie et contribuer à réduire les coûts. Il s'agit toutefois de veiller à ce que les économies d'échelle réalisées par la mise en pratique de telles mesures bénéficient directement aux patients et à la société.

#### Définir des priorités d'accès, de prix et de remboursement en fonction du degré d'innovation

Le principe directeur d'une politique efficace à long terme consisterait à récompenser l'innovation. Un tel système devrait être suffisamment flexible pour pouvoir adapter le prix des médicaments en fonction de nouveaux résultats d'étude. La question se pose cependant de savoir comment déterminer la « valeur » de l'innovation et de lui attribuer un prix correspondant. Une concertation la plus large possible semble donc indiquée pour déterminer quels critères utiliser pour fixer équitablement le prix des agents innovants.

Un panel composé d'experts spécialisés dans des domaines particuliers de l'oncologie et d'oncologues médicaux pourrait évaluer plus facilement et hiérarchiser plus justement l'impact des nouveaux médicaments dans les différents cancers en vue de déterminer leur ordre de priorité dans un budget oncologique.

On peut également envisager, au niveau de l'oncologie, l'application de nouvelles procédures de remboursement et de fixation des prix en Belgique étant donné l'urgence de développer un système permettant d'accueillir l'innovation dans les meilleures conditions et délais. Un accès accéléré et un remboursement révisable pourraient être accordés aux traitements apportant une plus-value significative par rapport aux traitements existants.

#### **7. Mieux cibler les traitements par le développement de méthodes prédictives**

- Investir dans la recherche de méthodes prédictives
- Soutenir la recherche académique et récompenser la recherche pharmaceutique dans ce domaine

#### Investir dans la recherche de méthodes prédictives

Plus de recherche clinique est nécessaire avant de pouvoir appliquer les nouvelles méthodes prédictives de l'efficacité des traitements en routine. Il va sans dire que ces méthodes ont un rôle essentiel à jouer dans le contrôle des dépenses et le bien-être des patients en permettant d'éviter des traitements et examens onéreux et inutiles.

## D. A travers les structures hospitalières

### Soutenir la recherche académique et récompenser la recherche pharmaceutique dans ce domaine

D'une part, les moyens mis à disposition de la recherche académique doivent être augmentés afin de permettre aux chercheurs d'accélérer la mise au point de ces méthodes prédictives. D'autre part, on pourrait envisager de récompenser les firmes pharmaceutiques ayant investi davantage de moyens dans ce domaine et qui proposent des approches plus ciblées.

#### **1. Développer les programmes de soins oncologiques**

- Réexaminer la répartition des programmes de soins
- Stimuler le développement de normes et guidelines ainsi que de mécanismes de contrôle de la qualité
- Poursuivre le développement des trajets de soins pour les patients atteints de cancer
- Impliquer davantage le médecin généraliste
- Mettre en place des programmes pour les tumeurs rares et pédiatriques
- Dégager les moyens financiers et humains nécessaires

#### Réexaminer la répartition des programmes de soins

Actuellement, 39 hôpitaux ont été agréés pour les programmes de soins spécialisés, contre 28 pour les programmes de base. Il s'agit de réévaluer cette répartition en vue de proposer des solutions pour une distribution optimale de l'offre de soins.

#### Stimuler le développement de normes et guidelines ainsi que de mécanismes de contrôle de la qualité

L'oncologie est aujourd'hui caractérisée par une multiplication des choix thérapeutiques et un environnement soumis à d'incessantes innovations dont le déchiffrement n'est pas toujours évident.

Il s'agit donc de mettre en place une structure professionnelle permettant une adaptation suffisamment rapide des guidelines et normes reprises dans les manuels d'oncologie et de développer des mécanismes de contrôle de la qualité des soins efficaces. Ces mesures doivent permettre d'harmoniser l'offre de soins au bénéfice des patients.

#### Impliquer davantage le médecin généraliste

Il est important d'accentuer l'implication du médecin généraliste dans le plan de traitement de son patient en l'informant sur les paramètres de traitement, en augmentant ses compétences au travers de formations à développer de façon plus suivie et en renforçant son rôle dans le suivi du patient au sortir d'un traitement en milieu hospitalier.

Concrètement, il s'agit d'inclure davantage les médecins dans le trajet de soin du patient cancéreux à travers le développement de directives les concernant. Ceci implique une plus grande concertation avec les centres de soins à tous les niveaux.

#### Poursuivre le développement des trajets de soins pour les patients atteints de cancer

En raison de l'évolution du cancer vers la chronicité, la prise en charge d'un cancer implique davantage de transitions pour le patient : de l'hôpital au domicile, d'un hôpital à un autre, des soins curatifs aux soins palliatifs, ... Il s'agit de mieux structurer et coordonner ces différentes transitions. Les trajets de soins constituent une solution à développer, afin que les différents intervenants disposent d'une même approche méthodique mettant le patient au centre des préoccupations.

Mettre en place les programmes pour les tumeurs rares et les cancers pédiatriques  
Les programmes de soins pour les enfants et les tumeurs oncologiques et hématologiques rares ne sont pas encore opérationnels.

L'oncologie pédiatrique doit absolument être réservée aux grands centres ou se dérouler sous l'autorité d'un de ceux-ci. Des critères qualitatifs stricts doivent être d'application pour l'agrégation d'un programme de ce type.

Les tumeurs rares concernent 20 à 30 patients par an. Ces patients doivent être regroupés dans 2 à 3 centres afin de recevoir dès le début les soins adéquats qui leur garantissent les meilleures chances de survie.

Dégager les moyens humains et financiers nécessaires

Ces améliorations nécessitent des moyens supplémentaires pour libérer les ressources matérielles et humaines nécessaires.

## **2. Soutenir le développement concerté de centres spécialisés**

- Développer la spécialisation sur base d'une évaluation du rapport coût-utilité
- Développer des critères mesurables
- Développer la collaboration entre centres

Développer la spécialisation sur base d'une évaluation du rapport coût-utilité

La spécialisation des centres permet d'améliorer la qualité des soins oncologiques (meilleurs taux de survie). Ce développement doit se faire sur base des données scientifiques disponibles et des recommandations de bonne pratique. Il s'agit également de tenir compte du rapport coût-utilité<sup>ii</sup> dans la prise de décision et le suivi des résultats.

Développer des critères mesurables

Des critères qualitatifs et scientifiques précis doivent prévaloir afin de permettre une évaluation des résultats obtenus par le centre spécialisé.

Développer la collaboration entre centres

L'implication de tous les acteurs et parties concernés est souhaitable et peut s'envisager dans le cadre d'un développement en bassin de soins où chaque centre participant se spécialiserait dans un certain domaine.

Ainsi conçue, la spécialisation devrait permettre d'améliorer la qualité des soins sur base d'une réflexion tenant compte des composantes médicales, budgétaires et humaines.

## **3. Envisager le développement de bassins de soins**

- Ajuster les bassins de soins à la situation de l'oncologie
- Garantir un lien avec un hôpital universitaire ou hautement spécialisé

Ajuster les bassins de soins à la situation de l'oncologie

Il est important d'ajuster le développement des bassins de soins à la situation particulière de l'oncologie.

L'adressage des patients atteints de cancer doit se faire sur base de critères établis dans le cadre du développement de la spécialisation des centres hospitaliers et selon les règles définies dans les programmes de soins de base et spécialisés.

ii: **Rapport coût-utilité**: rapport d'efficacité d'une mesure, confrontation entre succès et investissement

Le niveau de collaboration inter-hospitalière ne peut donc être le même pour tout type de tumeur. Indépendamment de la taille du bassin de soins, un centre de soins oncologiques doit traiter un nombre suffisant de patients et disposer de l'infrastructure requise pour pouvoir offrir aux patients les soins qualitatifs que ceux-ci sont en droit d'attendre.

#### Garantir un lien avec un centre universitaire ou hautement spécialisé

Les patients atteints de tumeurs rares, par exemple, doivent être adressés à un nombre très restreint de centres hautement spécialisés, indépendamment du bassin de soin régional dans lequel ceux-là se trouvent au moment du diagnostic. A ce titre, tout bassin de soins doit nécessairement être relié à un centre hautement spécialisé ou universitaire. Le rôle moteur de l'hôpital universitaire dans le traitement des cas rares et la recherche doivent être préservés.

#### **4. Mieux utiliser les nouvelles technologies**

- Développer une approche basée sur l'évidence scientifique

#### Développer une approche basée sur l'évidence scientifique

Une approche plus méthodique semble nécessaire, sur base de l'évidence scientifique, afin de déterminer avec précision les bénéfices pour le patient, compte tenu des coûts liés à l'utilisation de ces nouvelles technologies.

### **E. A travers les équipes médicales et paramédicales**

#### **1. Assurer une plus grande implication de la première ligne**

- Déterminer le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer
- Récompenser l'implication des médecins généralistes

#### Déterminer le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer

Le médecin généraliste a un rôle essentiel à assumer dans la lutte contre le cancer en Belgique. Cependant, sa responsabilité en la matière est insuffisamment reconnue. Il s'agit donc tout d'abord de déterminer avec précision le rôle du médecin dans la prévention, le dépistage, l'adressage, le traitement et le suivi des patients atteints de cancer. Cette responsabilisation de la première ligne peut se faire dans le cadre du dossier médical global et des programmes de soins.

#### Récompenser l'implication des médecins généralistes

Il s'agit ensuite de récompenser financièrement cette implication plus grande de la première ligne, en vue de l'instrumentaliser à l'échelon national, au travers de l'accreditation sur base d'un certain nombre d'objectifs à atteindre.

#### **2. Assurer un nombre suffisant de spécialistes médicaux et paramédicaux**

- Garantir une adéquation entre le besoin en personnel et les disponibilités
- Augmenter l'attractivité de l'oncologie et de l'hématologie

#### Garantir une adéquation entre le besoin en personnel et les disponibilités

Il est important d'avoir une adéquation entre les besoins en personnel et les disponibilités. Une pénurie de personnel médical pourrait avoir un impact important sur la qualité des soins et, par extension, sur les taux de survie en Belgique. Elle pourrait également freiner la mise en œuvre des mesures qui s'imposent pour limiter l'augmentation des dépenses liées au cancer.

## F. A travers le soutien psychologique des patients

### Augmenter l'attractivité de l'oncologie et de l'hématologie

Diverses mesures devraient être prises pour éviter le risque de pénurie dans le domaine de l'oncologie et de l'hématologie. Citons parmi ces mesures:

- Une revalorisation des prestations intellectuelles et de la profession en général
- La mise en place de formations appropriées et continues pour la profession, notamment en ce qui concerne les contacts avec les patients
- L'amélioration de la reconnaissance de la profession pour susciter les vocations
- Un allègement de la charge administrative des médecins, qui diminue l'attractivité de la profession et la motivation de ceux qui la pratiquent

### **3. Améliorer les connaissances de toutes les professions concernées par l'oncologie**

#### Améliorer les connaissances de toutes les professions concernées par l'oncologie

Un ensemble de recommandations devrait être formulées par les autorités académiques et scientifiques compétentes dans le but d'inciter toutes les écoles et facultés concernées par le cancer à y porter une attention suffisante dans le cadre de leurs cursus. Un ensemble d'outils pourraient être développés à cet effet.

- Mieux référer le patients ayant besoin d'un soutien psychologique
- Remédier au manque de travailleurs psychosociaux
- Intervenir dans le coût de la consultation

#### Mieux référer les patients ayant besoin d'un soutien psychologique

Il faudrait encourager une approche proactive du personnel soignant pour référer les patients ayant besoin d'un soutien psychologique et mettre à disposition de ces patients les informations sur les aides disponibles.

#### Remédier au manque de travailleurs psychosociaux

Il est important, tout en évitant l'écueil d'une généralisation excessive des besoins psychologiques, de remédier au manque de travailleurs psychosociaux et en particulier d'oncopsychologues afin de pouvoir apporter aux patients et à leurs proches le soutien dont ils ont besoin et d'encourager les hôpitaux pour la mise en place d'un tel soutien conformément aux dispositions du programme des soins.

La création d'une équipe de soutien psychosocial constitue en effet une obligation. Les centres de soins oncologiques, en accord avec les dispositions de l'AR les concernant, doivent disposer d'une équipe comprenant un travailleur/infirmier psychosocial, un psychologue et un psychiatre.

En l'absence d'arrêté d'exécution, les hôpitaux interprètent différemment les attendus de l'AR sur les soins oncologiques et l'encadrement psychosocial à prévoir, en ce compris le nombre de personnes dont se compose une telle équipe. Un arrêté d'exécution comprenant des normes claires doit donc être adopté rapidement. Il appartient aux autorités de déterminer le nombre d'équivalents temps-plein nécessaires pour l'accompagnement des patients.

#### Intervenir dans le coût de la consultation

Un accès plus aisé des patients et de leur famille à ce type de service pourrait se faire par une meilleure intervention dans le coût de la consultation, que ce soit à l'hôpital ou à domicile.



## G. A travers la Recherche

- Encourager la recherche académique
- Encourager la création d'un Institut du Cancer en Belgique et développer les réseaux

### Encourager la recherche académique

La recherche académique manque de moyens financiers et un ensemble d'obstacles législatifs et administratifs freinent son développement. En oncologie, la recherche académique a cependant un rôle fondamental à assumer qui est complémentaire à la recherche pharmaceutique.

En particulier, le domaine de la recherche translationnelle est sous-financé pour pouvoir mener ses recherches dans le développement de méthodes prédictives. On sait pourtant tout le potentiel que recèle ce domaine d'étude en terme de réduction des dépenses et d'amélioration de la qualité de vie des patients. Il devient en effet possible d'éviter l'instauration de traitements lourds et onéreux chez des patients qui ne pourraient pas en tirer un bénéfice. Investir davantage dans le développement de méthodes prédictives constitue donc tout simplement une priorité de santé publique.

Une autre mission capitale en termes de contrôle des dépenses est la comparaison de stratégies de traitement. Ces comparaisons permettent d'évaluer les rapports coûts-bénéfices de différentes options thérapeutiques et par conséquent de mieux fonder les décisions de remboursement les concernant.

*Les principales recommandations sont les suivantes :*

- Davantage de moyens financiers pour la recherche académique et particulièrement en oncologie étant donné les économies qui pourraient être réalisées par ce biais
- Un allègement des freins tant législatifs, financiers qu'administratifs
- Une meilleure rémunération des chercheurs et la création d'emplois supplémentaires pour soutenir la recherche
- Une aide au financement du personnel (infirmier, informatique) nécessaire à l'encadrement et le suivi des études

### Encourager la création d'un Institut du Cancer en Belgique et développer les réseaux

En attendant la création d'un Institut Européen du Cancer, un Institut belge à créer pourrait mener ou coordonner tout un ensemble de recherches proactives visant à pallier au manque de données scientifiques dans certains domaines-clé comme le dépistage ou l'individualisation des traitements.

Au-delà, l'importance du secteur pharmaceutique dans notre pays ne fait pas de doutes et mérite le soutien des pouvoirs publics. La Belgique se situe en tête de peloton européen en matière de recherche clinique grâce notamment à l'excellence de ses réseaux ; il serait préjudiciable de perdre cette position en raison d'un climat législatif défavorable.

## IV. Vers un meilleur encadrement des patients

### A. A travers les soins palliatifs

- Garantir un meilleur financement des soins palliatifs
- Renforcer les liens entre les structures de soins palliatifs et les centres de soins

### Garantir un meilleur financement des soins palliatifs

Les mesures de financement sont essentielles pour améliorer la qualité et la couverture des soins palliatifs en Belgique. Elles doivent être poursuivies.

## B. A travers l'aide financière et l'aide à la réinsertion

Renforcer les liens entre les structures de soins palliatifs et les centres de soins  
Les liens entre les structures de soins palliatifs, tant hospitalière qu'ambulatoires, et les programmes de soins doivent être renforcés afin de faciliter le 'transfert' du patient vers une structure de soins palliatifs, fut-ce de façon provisoire.

- Renforcer les mesures de protection financière des patients et de leur famille
- Mieux aider à la réinsertion professionnelle des patients et faciliter l'accès aux services financiers
- Considérer le cancer comme une maladie chronique

Renforcer les mesures de protection financière des patients et de leur famille  
Les mesures prises par le gouvernement pour protéger financièrement les familles les plus vulnérables constituent un premier pas dans la bonne direction. Il s'agit encore d'évaluer l'effet de ces mesures sur la situation financière des patients et d'accentuer au besoin leur efficacité.

En octobre 2006, l'allocation minimale d'un employé célibataire invalide de longue date (situation dans laquelle se trouvent de nombreux patients atteints de cancer) était de €862, alors que, selon le « Centre de Gestion Sociale », €936 sont nécessaires pour bénéficier d'une sécurité d'existence.

Mieux aider à la réinsertion professionnelle des patients et faciliter l'accès aux services financiers

L'aide à la réinsertion des patients dans la vie active demeure un maillon faible. De nombreux patients en rémission éprouvent également de grosses difficultés à se faire assurer. Il est important de développer un ensemble de mesures dans ce domaine afin de faciliter l'accès des patients aux services financiers, à l'emploi et aux emprunts.

Considérer le cancer comme une maladie chronique

D'une façon générale, il s'agit de considérer le cancer comme une maladie chronique et d'offrir aux patients l'encadrement légal et financier dont il a besoin pour ne pas se retrouver dans une situation financière pouvant mener à la précarité.

## C. A travers les droits des patients

Garantir les droits des patients

Le patient possède un ensemble de droits concernant sa prise en charge au sens large: il a droit au meilleur traitement possible, à un encadrement psychosocial adéquat, à une information claire et précise concernant sa situation et les perspectives, à un deuxième avis médical, à un service de médiation, à pouvoir bénéficier de soins palliatifs, à mourir dans la dignité.

Les droits des patients doivent recevoir toute l'attention du corps médical et les patients doivent recevoir le soutien nécessaire pour faire valoir ces droits.

## I. Le cancer en Belgique – épidémiologie

Ce chapitre comprend un certain nombre de chiffres et tableaux issus de différentes sources belges et internationales. En tant que tel, il n'est pas exhaustif et ne prétend pas fournir d'explications ou tirer des enseignements des statistiques qui sont présentées. Certaines de ces données sont sujettes à caution en raison de l'inexistence d'un registre national du cancer en Belgique jusqu'il y a peu. Bien souvent, les chiffres utilisés pour la Belgique sont extrapolés sur base de registres régionaux ou de données provenant de pays limitrophes.

### Chiffres-clé

- *Le cancer constitue la deuxième cause de décès derrière les maladies cardiovasculaires et la première dans la tranche d'âge 40-60 ans; il représente environ 29% des décès en Belgique.*
- *Un homme sur 3 et une femme sur 4 seront atteints de cancer avant l'âge de 75 ans.*
- *Environ 55.000 cas de cancer sont diagnostiqués tous les ans en Belgique (extrapolation des données 2001 pour la Flandre).*
- *Les cancers les plus fréquents, tous sexes confondus, sont le cancer du sein, le cancer de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon. Le cancer du poumon demeure le plus meurtrier de tous en Europe, avec 19,7% du nombre total de décès par cancer, suivi par le cancer colorectal (12,2%), le cancer du sein (7,8%) et le cancer de l'estomac (6,9%).*
- *Les taux d'incidence et de mortalité des cancers du poumon et de la prostate chez l'homme et du sein chez la femme en Flandre (et par extrapolation en Belgique) sont parmi les plus hauts d'Europe.*
- *Les chances de survie à 5 ans pour tous les cancers sont de 51% chez l'homme et de 62% chez la femme en Belgique (chiffres pour la Flandre – VLK).*
- *Selon l'OMS, la mortalité due au cancer est plus élevée en Belgique (de presque 14%) que dans les pays européens présentant les mêmes taux de mortalité générale.*

**A. Causes de décès  
en Belgique –  
Institut National de  
Statistiques<sup>1</sup>**

Les données de l'Institut National de Statistique font état des chiffres de mortalité suivants entre 1993 et 1997 :

	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Total de la mortalité toutes causes confondues</b>	<b>106.824</b>	<b>103.778</b>	<b>104.897</b>	<b>104.370</b>	<b>103.800</b>
Maladies de l'appareil circulatoire	40.391	38.780	39.076	39.172	37.954
<b>Total des tumeurs</b>	<b>27.955</b>	<b>27.971</b>	<b>28.350</b>	<b>27.806</b>	<b>28.041</b>
Maladies de l'appareil respiratoire	10.129	9.357	10.150	10.770	10.672
Maladies de l'appareil digestif	4.229	4.308	4.305	4.288	4.519
Maladies du système nerveux et des organes des sens	3.030	2.953	3.000	3.074	3.419
Suicides	2.142	2.131	2.155	2.013	2.146
Accidents de la circulation	1.704	1.815	1.592	1.483	1.453
Maladies infectieuses et parasitaires	1.365	1.352	1.583	1.485	1.421
Chutes accidentelles	1.420	1.430	1.252	1.321	1.293
Autres morts violentes	1.541	1.550	1.495	1.482	1.400
Autres morts naturelles	12.918	12.131	11.939	11.476	11.482

Selon ces données, **le cancer constitue la deuxième cause de mortalité en Belgique**, derrière les maladies cardiovasculaires. En 1997, 36,6% des décès étaient dus aux maladies cardiovasculaires, contre 27% pour le cancer. Dans un rapport de 2004, l'OMS estimait que 29% de décès étaient dus au cancer et 34% aux maladies vasculaires en Belgique<sup>2</sup>.

**B. Données  
pour la Flandre<sup>3</sup>**

**1. Incidence**

Durant la période 2000-2001, 62.616 nouveaux cas de cancers ont été enregistrés en Flandre (30.690 en 2000 et 31.926 en 2001). Durant la même période, 30.086 personnes sont décédées des suites d'un cancer. Pour l'année 2001, cela représente 31.852 nouveaux cas enregistrés en Flandre et 14.973 décès dus au cancer.

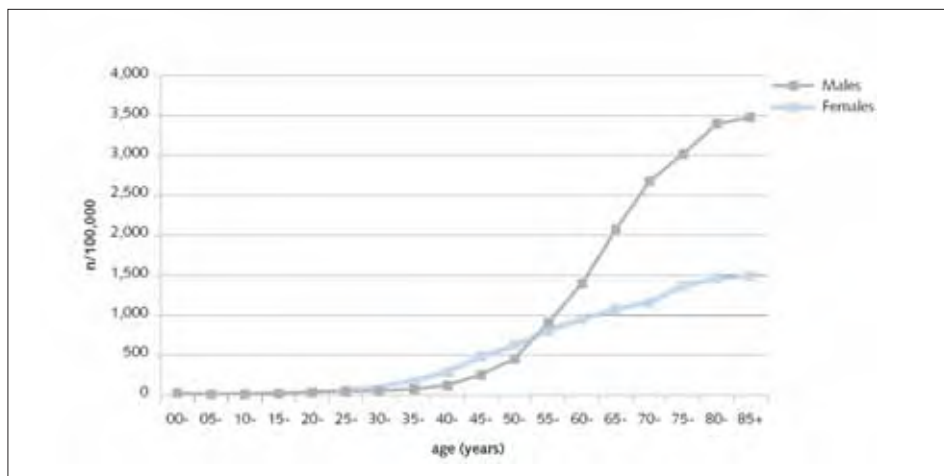
*New cases of cancer  
and deaths from cancer,  
1997-2001*

	New cancer cases		Deaths from cancer	
	Males	Females	Males	Females
1997 ▷	14.390	12.048	9.088	6.429
1998 ▷	14.349	12.319	8.939	6.514
1999 ▷	15.924	12.853	8.906	6.382
2000 ▷	17.027	13.737	8.886	6.227
2001 ▷	17.582	14.270	8.755	6.218

En comparant les données disponibles, l'incidence du cancer aurait augmenté de 18% chez les hommes et de 16% chez les femmes en 5 ans (1997 vs 2001). Un meilleur enregistrement des nouveaux cas de cancer, un meilleur dépistage et le vieillissement de la population pourraient justifier cette augmentation de l'incidence en Flandre.

L'incidence du cancer est fortement liée à l'âge. Environ deux tiers des femmes et trois quarts des hommes sont âgés de 60 ans ou plus au moment du diagnostic. L'incidence du cancer augmente dès 40 ans chez la femme, principalement en raison du cancer du sein, tandis que l'augmentation de l'incidence chez l'homme commence plus tard (à 55 ans) mais grimpe beaucoup plus vite pour atteindre un taux d'incidence deux fois plus élevé dès l'âge de 65 ans. Cette incidence nettement plus forte du cancer chez l'homme est due au nombre très élevé de cancers du poumon et de la prostate à partir de cet âge.

Invasive tumours  
(excluding non-melanoma  
of the skin):  
age-specific incidence  
(n/100,000) per gender,  
2000-2001



Les cancers les plus fréquents chez  
l'homme sont (Flandre 2000-2001):

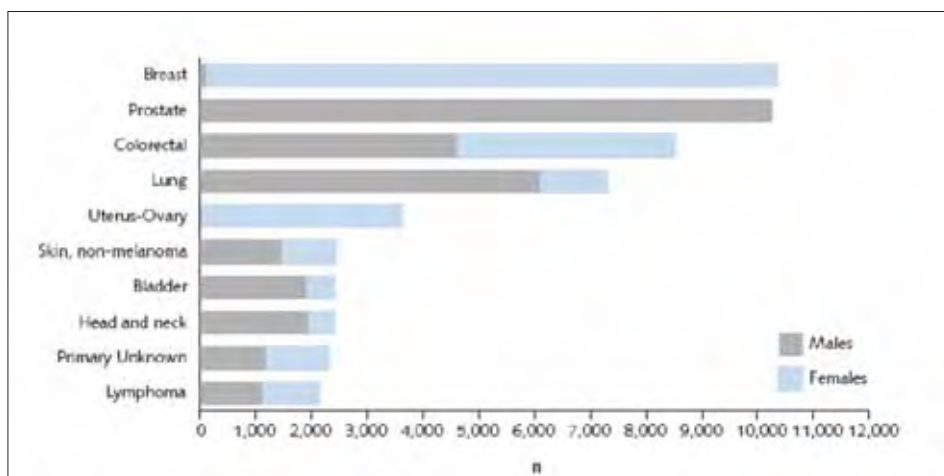
• prostate	(28,4%)
• poumon	(16,9%)
• côlon/rectum	(12,7%)
• tête et cou	(5,4%)
• vessie	(5,3%)
• peau (non-mélanome)	(4,1%)
• site primaire inconnu	(3,3%)
• lymphome	(3,1%)
• estomac	(2,8%)
• reins	(2,7%)

Les cancers les plus fréquents chez la  
femme sont (Flandre 2000-2001):

• sein	(35,3%)
• côlon/rectum	(13,5%)
• utérus	(5,3%)
• ovaires	(4,2%)
• poumon	(4,2%)
• site primaire inconnu	(3,9%)
• lymphome	(3,5%)
• peau (non-mélanome)	(3,0%)
• col de l'utérus	(2,8%)

Les cancers les plus fréquents en Flandre, tous sexes confondus, sont le cancer du sein, le cancer de la prostate et le cancer du côlon et du poumon.

The 10 most frequently  
occurring malignancies  
in the Flemish region of Belgium,  
2000-2001



## 2. Taux de survie

Les taux de survie relatifs<sup>iii</sup> à 5 ans, tous cancers confondus en Flandre, sont de 51% chez l'homme et de 62% chez la femme. Les taux de survie varient cependant fortement en fonction du type de cancer, allant de 7 à 8% pour le cancer du pancréas à 95% pour le cancer des testicules.

iii: La mesure la plus fondamentale du taux de survie d'un patient est le taux de survie calculé à l'issue d'une période de suivi donnée, habituellement de cinq ans. Mais tous les décès enregistrés chez les patients atteints d'un cancer n'auront pas pour cause première le cancer en question. Un **taux de survie relatif** est le taux de survie observé dans un groupe de patients divisé par le taux de survie attendu d'un groupe comparable de la population générale en fonction de l'âge, du sexe et du moment de l'année auquel s'effectue l'enquête. Ce calcul permet de comparer les taux de survie entre groupes pour lesquels les probabilités de décès dans la population générale diffèrent.

### C. Données pour la Wallonie et Bruxelles-Capitale

En 2001, 11.180 cas de cancer hors mélanome ont été enregistrés en Wallonie (5.353 chez les femmes et 5.827 chez les hommes) et 3.367 à Bruxelles (1.607 chez les femmes et 1.760 chez les hommes). Il faut signaler que ces chiffres sont sous-estimés en raison d'un sous-enregistrement en Wallonie et à Bruxelles.

Les tableaux ci-dessous indiquent les cancers les plus fréquents sur base des taux d'incidence bruts annuels<sup>4</sup>: n/100.000 personnes. Les cancers de la tête et du cou sont comptabilisés séparément<sup>4</sup> et ne figurent donc pas dans la liste ci-dessous.

FEMMES<sup>5-6</sup>

	WALLONIE		BRUXELLES
Sein	118.7	Sein	143.7
Côlon/rectum	33.2	Côlon/rectum	45.5
Utérus	18.8	Poumon et bronches	18.6
Poumon et bronches	17.4	Utérus	16.2
Ovaires	11.6	Lymphome (non-Hodgkinien)	11.5
Site primaire inconnu	11.3	Ovaires	10.9
Lymphome (non-Hodgkinien)	9.6	Site primaire inconnu	10.7

HOMMES<sup>7-8</sup>

	WALLONIE		BRUXELLES
Prostate	98.5	Prostate	77.4
Poumon et bronches	62.3	Poumon et bronches	66.0
Côlon/rectum	39.2	Côlon/rectum	43.5
Vessie	19.7	Vessie	14.4
Site primaire inconnu	13.2	Lymphome (non-Hodgkinien)	13.8
Lymphome (non-Hodgkinien)	11.2	Site primaire inconnu	12.5
Peau (non-mélanome)	10.8	Pancréas	8.6

### D. Le Registre du cancer

La Fondation Registre du Cancer a vu le jour en mai 2006 permettant dorénavant un enregistrement performant des cas de cancer pour toute la Belgique. Il a aussi été autorisé de coupler au registre, les données personnelles avec des informations provenant des assurances maladies telles que les nomenclatures et les traitements. Ce registre devrait permettre d'obtenir des données de qualité pour le suivi des politiques menées dans le cadre de la lutte contre le cancer.

Le système d'enregistrement ayant été imparfaitement implanté dans la partie francophone du pays jusqu'à présent, le dernier nombre de cas rapportés pour la Belgique (46.438 en 2001) est inférieur au nombre de cas réels estimés à 55.000 pour la même année.

En 2001, le système d'enregistrement des cas était mieux développé en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles. Un sous-enregistrement relatif existe dans la partie francophone du pays : en 2001, on observait une différence de taux d'incidence rapportée de l'ordre de 30 % entre la Flandre d'une part, Bruxelles et la Wallonie de l'autre. Ces différences ne sont actuellement pas interprétables avant qu'un système d'enregistrement performant et comparable ait été mis en place partout.

D'autre part, seules des données relatives à l'incidence sont actuellement disponibles.

#### Quelques chiffres<sup>9</sup>

En 2001, on estime que 55.000 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en Belgique, tandis que le nombre de décès dus au cancer est estimé à environ 26.000 cas pour cette même année<sup>6</sup>.

Il s'agit de la deuxième cause de décès pour l'ensemble de la population et la première dans la tranche d'âge 40-60 ans.

L'incidence du cancer est fortement liée à l'âge. Environ deux tiers des femmes et trois quarts des hommes sont âgés de 60 ans ou plus au moment du diagnostic.

Le cancer frappe plus fréquemment les hommes (498 nouveaux cas pour 100.000 habitants par an) que les femmes (407 nouveaux cas pour 100.000 habitants par an). Un homme sur trois et une femme sur 4 seront atteints de cancer avant l'âge de 75 ans.

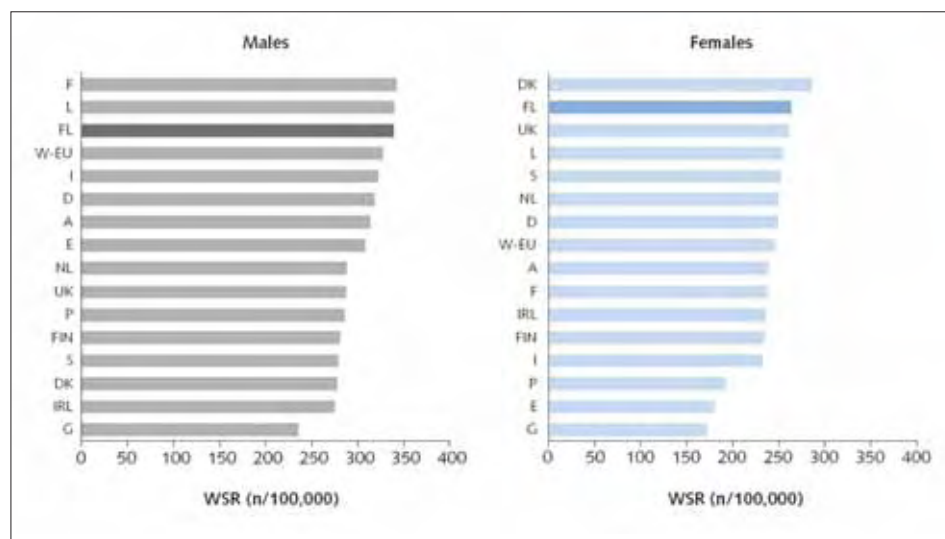
## E. Comparaison avec des données européennes

Il est difficile de comparer les données pour la Belgique aux autres pays étant donné l'absence de registre national jusqu'il y a peu. Les données belges sont généralement extrapolées à partir des données de la Flandre ou estimées à partir de données de pays limitrophes.

### 1. Données du registre flamand 2000/2001<sup>3</sup>

En comparaison avec les registres du cancer européens, on constate que les taux d'incidence des cancers du poumon et de la prostate chez l'homme et du sein chez la femme sont parmi les plus hauts d'Europe. L'incidence des autres cancers oscille autour de la moyenne européenne. Ceci explique le classement ci-dessous où la Flandre figure parmi les pays avec la plus forte incidence de cancer.

*Invasive tumours (excluding non-melanoma of the skin) per gender: age-standardised incidence rates (WSR), Finland2002, GLOBOCAN 2002, the Netherlands 2001 and the Flemish region of Belgium 2000-2001*



### 2. Données du Centre International de la Recherche contre le Cancer<sup>10</sup>

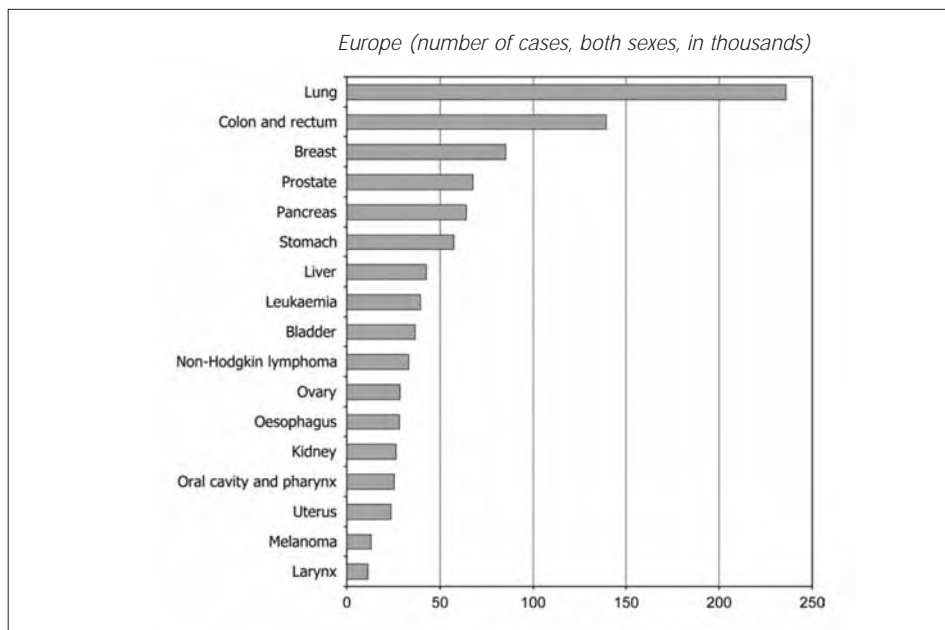
D'après un rapport du Centre International de la Recherche contre le Cancer (CIRC), 3,2 millions de nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués en Europe en 2006<sup>iv</sup>, soit 300.000 de plus qu'en 2004, et 1,7 millions de personnes sont décédées des suites du cancer.

#### a/ Mortalité

Le cancer du poumon demeure le plus meurtrier de tous en Europe, avec 334.800 décès estimés en 2006 (19,7% du nombre total de décès par cancer), suivi par le cancer colorectal (207.400 décès, 12,2% du nombre total), le cancer du sein (131.900 décès, 7,8% du nombre total) et le cancer de l'estomac (118.200 décès, 6,9% du nombre total).

<sup>iv</sup>: Exclusion des cancers de la peau autres que le mélanome

Estimated mortality from cancer in Europe, 2006.  
 \* No data for Europe for all the individual sites due to limitations of coding scheme employed

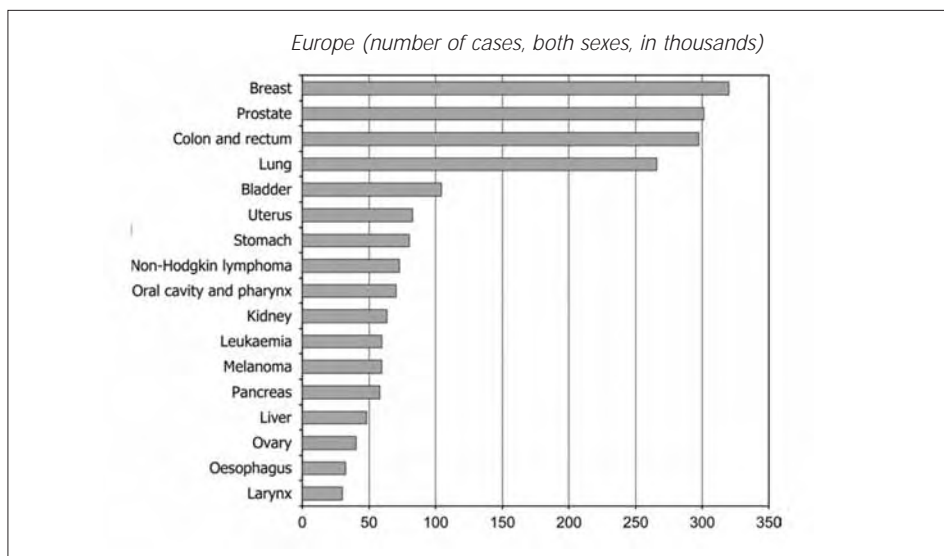


b) Incidence

Le cancer du sein est de loin le cancer le plus fréquent chez la femme (28,9% des diagnostics), suivi par le cancer colorectal (13,1%) et le cancer de l'utérus (10%). Le cancer du sein est même devenu le cancer le plus fréquemment diagnostiqué, tous sexes confondus, en raison des différents programmes de dépistage mis en place à travers l'Europe.

Pour des raisons similaires, le cancer de la prostate est devenu le cancer le plus diagnostiqué chez l'homme en 2006 (20,3% des diagnostics), suivi par le cancer du poumon (17,2%) et le cancer colorectal (12,8%).

Estimated incidence of cancer in Europe, 2006.  
 \* No data for Europe for all the individual sites due to limitations of coding scheme employed



c) La Belgique vis-à-vis du reste de l'Europe

Selon le CIRC, la Belgique se situe parmi les pays d'Europe présentant les taux les plus élevés d'incidence et de mortalité dus au cancer. Les écarts les plus marqués concernent les cancers du poumon et de la prostate pour l'homme, et le cancer du sein pour la femme.



Estimated age-standardised incidence<sup>10</sup>  
rates (European standard) per 100 000  
by site, sex and country, 2006

Country	Stomach (C16)		Colon and rectum (C18-21)		Lung (C33-34)		Breast (C50)	Uterus (C53-55)	Prostate (C61)	All cancers (C60-97/C44)	
	M	F	M	F	M	F				M	F
Austria	14.3	8.8	57.6	30.9	54.0	22.3	91.5	29.1	134.6	444.6	294.6
<b>Belgium</b>	<b>10.3</b>	<b>3.8</b>	<b>53.3</b>	<b>34.3</b>	<b>93.0</b>	<b>22.9</b>	<b>137.8</b>	<b>32.7</b>	<b>160.8</b>	<b>543.3</b>	<b>343.1</b>
Cyprus	16.2	8.7	41.2	29.0	66.1	9.5	88.4	23.3	74.6	373.3	269.6
Czech Republic	17.0	8.2	94.4	46.0	78.9	22.9	84.8	44.8	76.1	484.0	346.0
Denmark	9.1	4.5	61.0	48.0	65.0	48.7	122.6	28.7	80.3	442.0	413.6
Estonia	33.4	17.5	50.0	33.9	80.3	13.2	71.1	40.5	65.3	411.1	298.5
Finland	11.8	6.8	39.2	29.4	45.8	14.7	119.8	25.4	149.7	406.0	314.0
France	12.0	4.5	59.8	36.8	75.5	15.0	127.4	22.2	133.5	527.5	329.0
Germany	17.6	8.5	70.2	45.1	61.2	20.8	121.2	26.4	113.0	451.4	333.7
Greece	18.9	8.9	31.0	21.3	88.7	12.7	81.8	21.3	81.0	423.9	259.5
Hungary	26.6	10.9	106.0	50.6	119.3	42.4	118.4	51.6	85.6	598.8	408.7
Ireland	14.7	7.6	65.2	36.9	60.2	34.1	131.4	28.8	182.0	513.6	382.2
Italy	22.1	11.1	52.0	30.3	84.7	15.6	105.3	25.1	108.4	499.7	323.6
Latvia	28.6	14.6	47.0	28.7	82.5	10.2	64.8	39.7	85.7	419.4	265.2
Lithuania	36.8	17.9	53.1	32.5	91.9	9.9	68.7	63.4	109.7	500.1	320.5
Luxembourg	14.8	5.4	61.9	36.1	69.8	16.3	116.9	20.0	93.6	440.0	312.5
Malta	13.7	7.7	51.5	36.2	43.9	6.5	94.5	25.7	68.8	322.8	279.5
The Netherlands	13.4	6.3	61.2	43.9	63.4	32.5	128.0	22.1	98.4	435.0	355.4
Poland	34.8	8.8	43.1	27.7	103.0	28.0	74.1	37.9	51.0	443.2	311.9
Portugal	28.9	15.4	58.9	30.9	44.5	11.7	103.5	33.1	101.2	427.8	298.4
Slovakia	25.2	10.3	87.1	42.6	71.7	11.6	69.7	40.0	51.2	434.4	288.4
Slovenia	27.5	11.0	69.0	36.3	75.6	22.9	87.5	42.5	70.2	438.5	319.0
Spain	15.9	8.4	54.4	25.4	68.3	13.8	93.6	24.5	77.2	416.9	263.9
Sweden	9.2	4.9	49.2	37.4	28.6	23.8	125.8	31.7	157.2	418.2	361.3
United Kingdom	14.3	5.7	54.9	34.8	57.1	34.6	122.2	25.2	107.3	410.5	348.9
<b>European Union (EU25)</b>	<b>18.2</b>	<b>8.1</b>	<b>59.0</b>	<b>35.6</b>	<b>71.8</b>	<b>21.7</b>	<b>110.0</b>	<b>28.3</b>	<b>106.2</b>	<b>463.0</b>	<b>325.5</b>
Iceland	14.1	6.4	50.2	36.8	40.6	45.6	121.6	27.3	140.5	429.2	383.6
Norway	11.2	5.4	66.4	51.2	53.8	33.7	109.1	34.1	133.2	458.7	381.5
Switzerland	16.4	3.9	79.1	55.6	52.7	26.2	126.5	29.2	137.0	493.6	369.0

Estimated age-standardised mortality<sup>10</sup>  
rates (European standard) per 100 000  
by site, sex and country, 2006

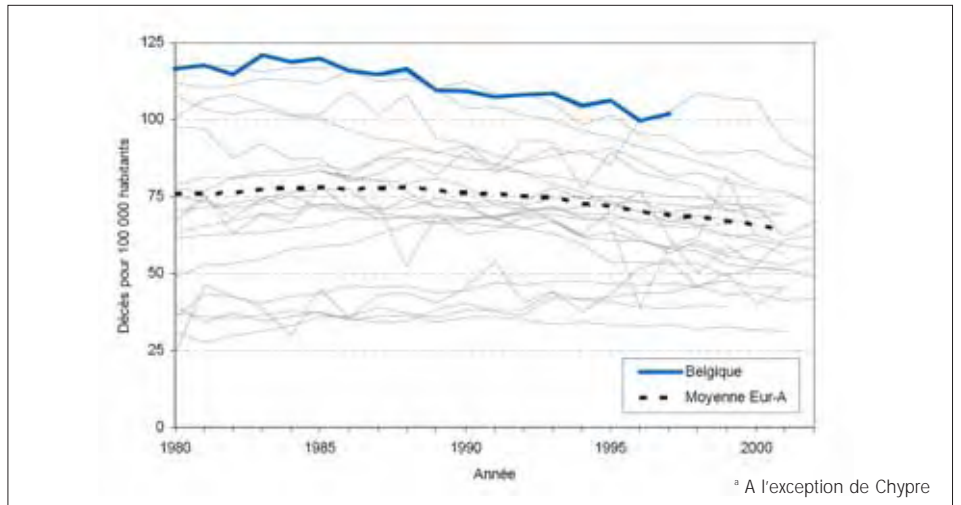
Country	Stomach (C16)		Colon and rectum (C18-21)		Lung (C33-34)		Breast (C50)	Uterus (C53-55)	Prostate (C61)	All cancers (C60-97/C44)	
	M	F	M	F	M	F				M	F
Austria	11.3	6.4	29.3	15.6	51.3	18.2	24.6	6.6	24.9	224.8	134.4
<b>Belgium</b>	<b>7.7</b>	<b>3.0</b>	<b>25.2</b>	<b>15.4</b>	<b>93.8</b>	<b>20.7</b>	<b>33.5</b>	<b>7.3</b>	<b>36.9</b>	<b>271.9</b>	<b>141.5</b>
Cyprus	11.1	5.7	19.3	14.5	60.3	9.4	22.1	6.3	17.1	198.9	115.8
Czech Republic	14.9	7.0	51.0	24.1	77.3	19.1	26.7	12.0	32.2	309.2	172.2
Denmark	6.1	3.1	30.3	24.1	57.9	41.6	34.5	7.6	36.7	242.9	196.2
Estonia	27.4	12.4	26.6	16.6	88.2	11.1	26.0	9.7	36.0	288.0	136.8
Finland	9.1	5.9	17.8	11.3	43.5	13.0	20.5	4.5	27.1	180.5	113.8
France	7.9	3.1	23.2	13.2	60.0	13.7	25.9	5.7	23.8	247.6	122.8
Germany	11.3	6.2	26.7	16.5	53.8	18.0	26.5	5.9	21.2	213.0	133.1
Greece	12.3	5.9	15.5	10.8	69.0	11.4	21.7	5.1	18.8	219.4	111.8
Hungary	21.0	8.7	54.4	26.7	110.0	34.6	30.3	11.4	24.2	364.5	187.0
Ireland	10.4	4.9	29.4	15.6	48.9	26.2	29.3	6.3	31.1	225.9	157.6
Italy	14.1	7.1	23.5	13.9	63.0	14.0	24.0	5.0	16.7	225.9	126.2
Latvia	27.5	12.0	27.7	16.8	78.7	9.1	26.4	15.3	37.6	297.3	136.6
Lithuania	28.7	11.8	28.8	15.7	74.0	8.3	25.8	17.2	32.8	289.3	140.2
Luxembourg	12.6	3.3	26.1	14.6	62.6	17.0	23.4	3.4	16.3	223.4	127.4
Malta	10.2	5.6	23.4	18.4	50.6	7.4	23.0	6.9	15.3	179.0	119.9
The Netherlands	9.5	5.1	26.3	17.4	67.0	30.6	29.8	5.4	26.0	235.7	155.8
Poland	20.4	7.4	31.5	17.4	92.0	21.8	20.9	12.5	24.3	294.5	159.1
Portugal	22.8	10.4	30.2	17.5	43.3	7.9	21.0	7.4	24.7	224.3	114.1
Slovakia	20.8	7.5	43.3	24.4	64.8	11.6	21.2	9.3	24.0	273.7	137.1
Slovenia	18.0	7.1	39.6	17.3	69.0	20.2	28.6	9.7	38.3	283.1	148.8
Spain	12.7	5.8	28.2	14.6	67.2	8.9	19.2	5.6	18.4	237.0	106.5
Sweden	7.3	4.1	20.7	15.4	29.7	23.5	21.1	6.9	36.5	173.1	137.6
United Kingdom	9.2	3.6	22.8	13.9	50.7	29.7	27.3	6.0	25.4	215.4	154.9
<b>European Union (EU25)</b>	<b>12.2</b>	<b>5.7</b>	<b>26.5</b>	<b>15.6</b>	<b>62.4</b>	<b>18.4</b>	<b>25.0</b>	<b>6.8</b>	<b>23.2</b>	<b>236.4</b>	<b>136.2</b>
Iceland	8.6	3.5	27.5	14.2	40.1	35.1	16.9	5.7	34.3	154.7	146.7
Norway	9.0	4.2	28.7	21.4	48.4	26.1	21.5	8.4	35.2	206.1	142.7
Switzerland	7.2	2.7	19.1	11.6	43.4	18.1	22.8	5.1	29.3	199.0	120.4
EEA and Switzerland	12.1	5.7	26.4	15.6	61.9	18.5	25.0	6.8	23.4	235.5	136.0

### 3. Données OMS 2004<sup>2</sup> pour la Belgique

#### a/ Mortalité

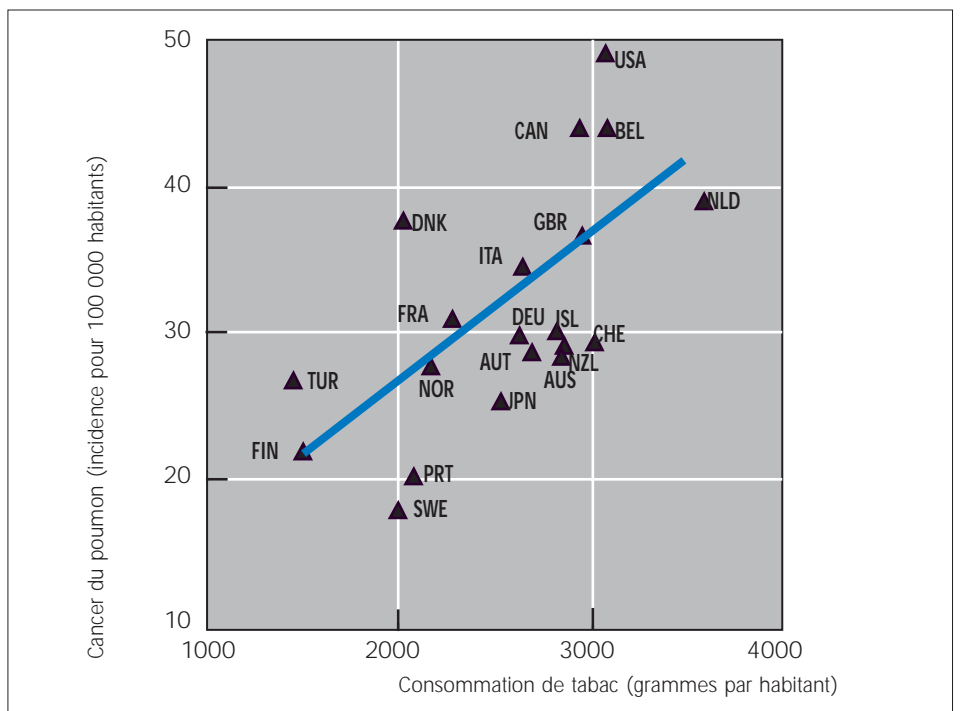
Des taux supérieurs à la moyenne européenne ont encore été mis en évidence par l'OMS dans un rapport de 2006. Selon ce rapport, la mortalité générale due au cancer en Belgique est plus élevée que la moyenne du groupe Eur-A<sup>v</sup> (de presque 14 %). Les taux de mortalité sont particulièrement élevés pour le cancer du poumon, le cancer du sein et le cancer de la prostate. Le taux de mortalité imputable au cancer du poumon est, pour les Belges de sexe masculin, le deuxième du groupe Eur-A (derrière la Croatie), mais il a tendance à diminuer. Les femmes, elles, sont dans la moyenne du groupe, mais leur taux augmente plus rapidement que la moyenne des femmes du groupe Eur-A.

*Taux comparatif de mortalité<sup>2</sup> - cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes de tous âges. Belgique et groupe Eur-A<sup>v</sup>, de 1980 à la dernière année disponible*



Ces chiffres sont la conséquence d'un tabagisme élevé chez les hommes il y a vingt ans et de l'augmentation du tabagisme chez les femmes dans les années '90 dans notre pays. Avec plus de 40% de fumeurs en 1980, la Belgique connaissait une prévalence du tabagisme particulièrement haute.

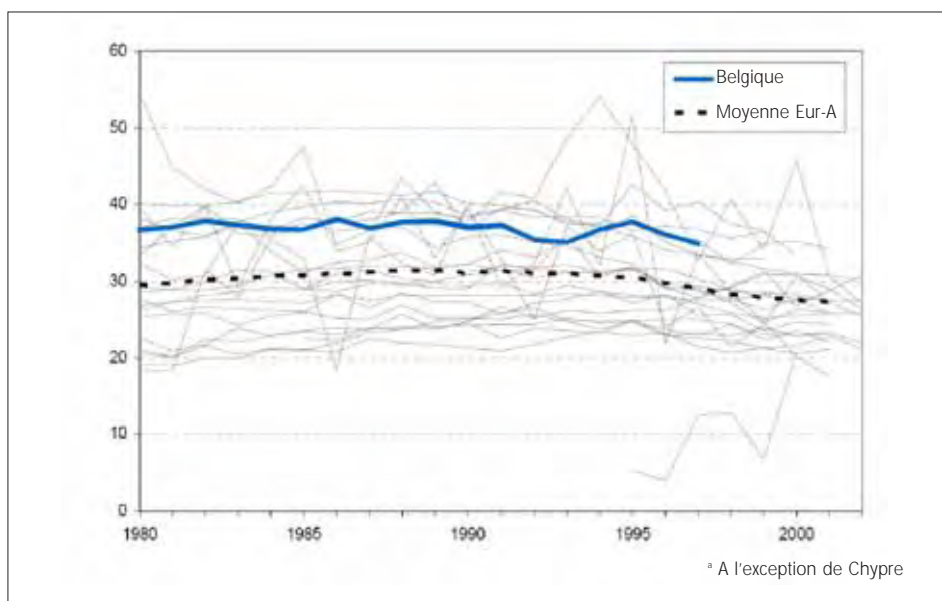
*Consommation de tabac, 1980<sup>2</sup> et incidence du cancer du poumon, 2002*



*v : Groupe appelé **Eur-A** par l'OMS composé des 27 pays enregistrant une très faible mortalité infantile et une très faible mortalité des adultes. Le groupe Eur-A comprend l'Allemagne, l'Andorre, l'Autriche, la Belgique, Chypre, la Croatie, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Luxembourg, Malte, Monaco, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, la République tchèque, le Royaume-Uni, Saint-Marin, la Slovénie, la Suède et la Suisse.*

Taux comparatif de mortalité<sup>a</sup> - cancer du sein chez les femmes de tous âges. Belgique et groupe Eur-A<sup>a</sup>, de 1980 à la dernière année disponible

En ce qui concerne le cancer du sein, les femmes belges se situent dans les tous premiers rangs du groupe Eur-A et les femmes de 25 à 64 ans connaissent le plus fort taux de mortalité du groupe.



## Recommandations

### **Disposer d'un registre du cancer fiable et mis à jour**

Un registre du cancer fiable et mis à jour est primordial pour mesurer l'impact que peuvent avoir la prévention, le screening et le traitement sur l'incidence et la mortalité liées au cancer en Belgique.

Un registre national performant incluant une cartographie des tumeurs permet également d'établir des comparaisons avec d'autres pays et entre régions en vue de dégager les inégalités qui peuvent exister et d'agir sur elles de façon ciblée.

### **Développer la Fondation Registre du Cancer**

Il est impératif que la Fondation Registre du Cancer mette en place le plus rapidement possible un registre de qualité couvrant l'ensemble du pays. A cette fin, les différentes autorités doivent prendre leurs responsabilités en prévoyant un financement structurel et durable. Le système de financement actuel, basé sur des subsides annuels, constitue un obstacle au bon fonctionnement du registre. Afin de libérer des moyens supplémentaires, on pourrait éventuellement envisager le financement de certains projets par des entreprises ou organismes non-gouvernementaux.

## II. Le budget des soins de santé

### Chiffres-clé

Les dépenses de santé totales représentaient en Belgique 10.1% du PIB en 2003, soit 1.2 points de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE (8.9%). Mais la part des dépenses de santé reste moins élevée qu'aux Etats-Unis, en Suisse, en Allemagne, en France et en Islande<sup>13</sup>.

#### **Dépenses de santé et nouveaux anticancéreux**

- *Au niveau mondial, les médicaments anticancéreux représentaient près du cinquième des substances actives en cours de développement en 2005; 14 molécules à haut potentiel sont attendues d'ici 2010 en Belgique.*

- *Le marché des anticancéreux s'est accru en moyenne de 15,7% par an entre 2000 et 2006, tandis que le budget des médicaments augmentait de 6,1%, mais leur part ne représente que 8,1% des remboursements, contre 27% pour les médicaments cardiovasculaires.*

- *La charge du cancer en années de vies perdues représente 16,9% de la charge totale des maladies dans l'Europe des 15, soit une charge supérieure à celle des maladies cardiovasculaires estimée à 16,1%. En Europe, on estime que le cancer compte pour 5 à 7% dans les dépenses totales de santé.*

#### **Cancer et vieillissement de la population**

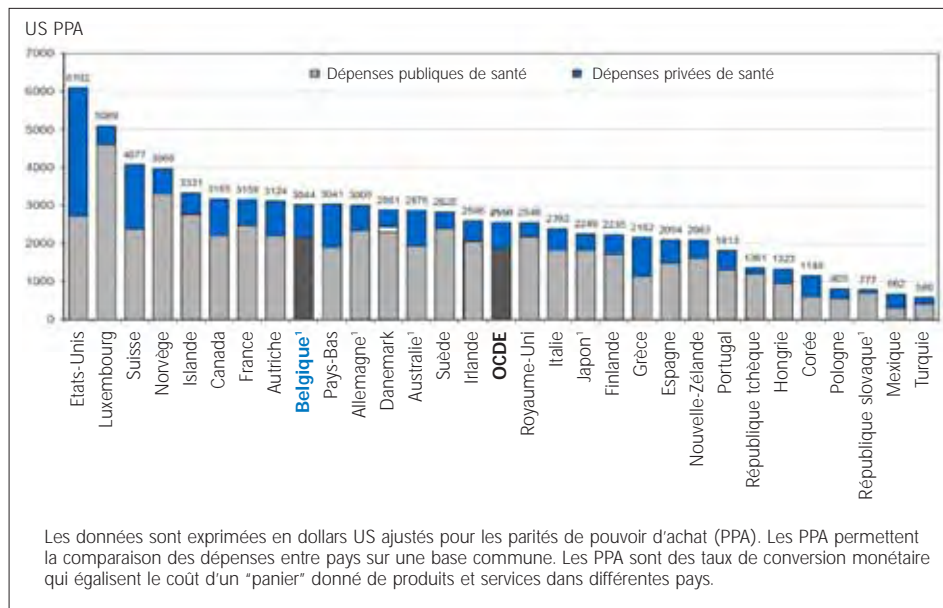
- *A population égale, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 22% d'ici 2015, et le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus de 50%. Sur base de ces projections et si les taux de mortalité par tranche d'âge restent au niveau de 2000, le nombre de décès suite au cancer pourrait augmenter de 20% d'ici 2015.*

## A. Introduction<sup>11</sup>

Les dépenses de santé représentent environ 9 % en moyenne du PIB des pays de l'OCDE, contre à peine plus de 5 % en 1970 et 7,1% en 1990. Plus de 70 % de ces coûts sont financés en moyenne par des fonds publics. Entre 1990 et 2004, **il apparaît que les dépenses en soins de santé ont augmenté plus vite que le PIB dans tous les pays de l'OCDE**, excepté en Finlande.

En Belgique, les dépenses de santé totales représentaient 10,1% du PIB<sup>13</sup> en 2003. Les dépenses de santé exprimées par rapport au PIB en Belgique restent cependant moins élevées qu'aux États-Unis (qui enregistre le niveau le plus élevé avec 15.3%), en Suisse, en Norvège, en Allemagne, en France et en Islande. En considérant uniquement les dépenses publiques (2004), la Belgique se situe également en-dessous du niveau de dépenses de l'Allemagne, la Suède et du Royaume-Uni, la France, l'Italie, le Portugal entre autres<sup>12</sup>.

*Dépenses de santé par habitant<sup>13</sup>,  
dépenses publiques et privées,  
pays de l'OCDE, 2004*



La population belge assume environ un quart des dépenses de santé, les trois quart restants étant pris en charge par l'assurance-maladie. Cependant, le ticket modérateur a augmenté de 16% entre 1999 et 2004 et les frais non remboursables, tels les suppléments honoraires et les médicaments non remboursables, de 32,6%. L'augmentation de la part payée par le patient est la contrepartie de notre système de soins de santé basée sur la solidarité et l'accessibilité à tous.

En annexe de l'assurance obligatoire, les Belges font de plus en plus appel à l'assurance complémentaire, proposée par les mutuelles et les assureurs privés, pour se couvrir contre les frais non pris en charge. **Si un déséquilibre des finances de la santé survient, la logique assurantielle pourrait s'imposer, conduisant à une médecine à deux vitesses.**

Les responsables politiques espèrent être en mesure de freiner cette hausse à moyen terme en poursuivant leur politique de réforme progressive en vue d'améliorer l'efficacité du système. L'OCDE juge nécessaire d'abaisser à terme la norme de croissance pour contrôler les dépenses publiques dans la mesure où la transformation de la pyramide des âges va encore s'accroître dans les décennies à venir. Cette position est loin d'être partagée par tous les intervenants belges en la matière.

Il faut souligner que notre système de soins est parvenu à assurer une couverture étendue, se caractérisant par un degré important d'équité horizontale, en offrant des services de qualité à un prix raisonnable, en limitant l'attente pour les malades et en leur offrant la liberté du choix de leur assureur et des prestataires de soins. La population belge ne souhaite pas que les principes qui dirigent notre système de soins de santé soient mis à mal, mais l'augmentation du nombre de souscriptions à une assurance complémentaire observée ces dernières années laissent présager d'une prise de conscience de la nécessité de mieux se couvrir.

## **B. L'oncologie: un domaine en pleine mutation**

### **Quelle norme de croissance pour les soins de santé ?**

Les hausses de prix dans le secteur médical tendent à être supérieures au taux d'inflation dans l'ensemble de l'économie. Ainsi, le progrès technologique dans ce secteur se traduit souvent en améliorations de la qualité des soins et en nouveaux traitements au travers d'innovations dans le domaine des procédures médicales, des technologies et des médicaments. Le coût des innovations médicales baisse progressivement, mais cette baisse est souvent plus que compensée par l'augmentation de la demande de nouveaux traitements qui sont pris en charge par l'assurance-maladie.

**Par conséquent, l'interaction entre le progrès technologique et le principe de « l'accès gratuit et équitable de tous à des soins de qualité » fait que le budget de santé est soumis à de fortes pressions à la hausse.**

Le risque d'un déséquilibre structurel n'est pas à écarter. La croissance des dépenses de santé s'est accélérée aux cours des dernières années en Belgique. La norme de croissance moyenne en termes réels a atteint 4.3 % sur les années 1999-2003. Le gouvernement Verhofstadt II a décidé de plafonner la croissance du budget public de la santé au taux de 4.5 % par an hors inflation jusqu'aux législatives de juin 2007, le vieillissement de la population et le progrès technologique contribuant tous deux à une forte augmentation de la demande de services de santé. Un suivi se fait sur base trimestrielle et des mesures correctrices sont prises en cas de dépassement, comme un ajustement des honoraires ou des taux de remboursement. En outre, un accord a été conclu avec le secteur pharmaceutique qui finance une partie du coût du dépassement en remboursant au maximum 72% des dépenses excédentaires par le biais d'un impôt sur le chiffre d'affaires.

Le Ministre Rudy Demotte a récemment plaidé<sup>14</sup> pour un maintien de la norme de croissance actuelle de 4,5% + inflation. Cet avis va à l'encontre de ce que réclament certains économistes<sup>12</sup> et politiciens<sup>15</sup>. L'argument du Ministre consiste à dire qu'il vaut mieux prévoir une norme de croissance réaliste qui permette, en cas d'économie, de créer un fonds de réserve qui servira, par exemple, à financer le coût du vieillissement ou un fonds d'innovation. De nombreuses associations de médecins estiment également que cette norme de croissance de 4,5% est nécessaire pour maintenir la qualité des soins en Belgique. Dans la foulée, le ministre Rudy Demotte annonce la création d'une réserve de 100 millions pour les dépenses de médicament et d'un fonds d'avenir pour les soins de santé doté de 309 millions (à utiliser à partir de 2011). En 2007, on estime avoir une marge de 293 millions d'euros qui pourrait financer de nouveaux besoins.

La connaissance des bases fondamentales du cancer est en plein progrès, ce qui entraîne une mutation des modalités de traitement avec le passage des traitements généraux, toxiques pour les cellules saines, aux traitements de plus en plus ciblés, sur des bases moléculaires, génomiques et cellulaires.

En raison de ces évolutions, le pipeline en oncologie est exceptionnellement riche en molécules prometteuses en voie de développement. **L'innovation thérapeutique et technologique s'accélère et les choix possibles se multiplient et cela de façon nettement plus marquée en oncologie que dans d'autres domaines.**

De plus, il faut s'attendre à une augmentation du nombre de cancers (en chiffres absolus) en Europe, estime l'OMS. Cette augmentation de l'incidence est essentiellement attribuable au vieillissement de la population, car l'incidence et la mortalité par tranche d'âge ont plutôt tendance à stagner, voire à décliner en Europe.

#### **1. L'innovation technologique**

Qu'il s'agisse de biologie moléculaire, d'imagerie cellulaire, de bioinformatique et autres (nano)technologies, la mise au point d'outils est devenue primordiale dans la

lutte contre le cancer permettant, notamment, un meilleur ciblage des thérapies et le développement d'approches individuelles plus performantes.

- La biologie moléculaire (génomique et protéomique) accélère considérablement l'identification des gènes et des protéines responsables de la transformation cancéreuse des cellules et de leur croissance anarchique. Grâce à ces nouvelles technologies, les médecins en savent plus sur les altérations génétiques des cancers de leurs patients; ils affinent la classification des tumeurs et individualisent les traitements, offrant des thérapies moins lourdes aux malades moins gravement atteints.

- L'imagerie cellulaire (IRM, TEP...) permet d'explorer le fonctionnement des cellules saines et les anomalies apparues dans les cellules malignes en vue de dépister précocement les tumeurs, d'améliorer la précision du geste chirurgical, de juger de l'efficacité des traitements...

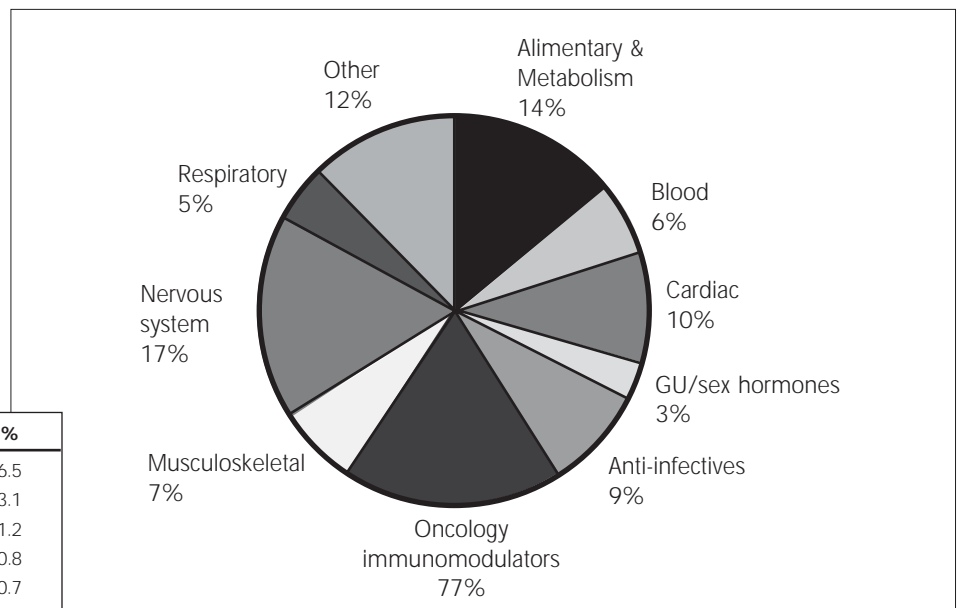
- La bioinformatique: de nouveaux logiciels et des stratégies d'analyse pour le traitement des données générées par ces domaines d'étude voient le jour.

## 2. L'innovation thérapeutique<sup>16</sup>

Le développement de nouveaux médicaments ne demeure pas en reste. A titre d'exemple, on distingue au moins 3 nouvelles classes parmi les nouveaux médicaments anticancéreux : les médicaments qui agissent sur le mécanisme extracellulaire, les médicaments qui agissent sur le mécanisme intracellulaire et les médicaments qui coupent l'approvisionnement en sang des tumeurs. Ces nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques n'illustrent que partiellement le champ actuel des recherches.

14 nouveaux produits anticancéreux à haute croissance potentielle seraient en cours de développement et pourraient être sur le marché belge d'ici 2010<sup>17</sup>. Au niveau mondial, **les médicaments anticancéreux représentaient près du cinquième des substances actives en cours de développement en 2005**, ce qui en fait le second domaine de recherche après le système nerveux central<sup>18</sup>. Cette proportion ne s'élevait qu'à 15% en 2003, ce qui montre l'importance croissante de la recherche en oncologie.

Proportion of total R&D expenditure by therapeutic area in 2005<sup>16</sup>



'Other' Category Breakdown	%
Unknown	6.5
Various	3.1
Sensory	1.2
Hormones (ex : sex hormones & insulin)	0.8
Dematologicals	0.7

The proportion of total expenditure by therapeutic area presented in this figure is based on data from 22 compagnies (10 Major and 12 Mid and Other).

Total R&D Expenditure represented = US\$ 34.47bn

Major companies are defined as those spending = US\$ 1.8 billion in 2005 on ethical pharmaceutical R&D

Mid an Other companies are defined as those spending <US\$ 1.8 billion in 2005 on ethical pharmaceutical R&D.

### C. La part des anticancéreux dans le budget des soins de santé en Belgique<sup>16</sup>

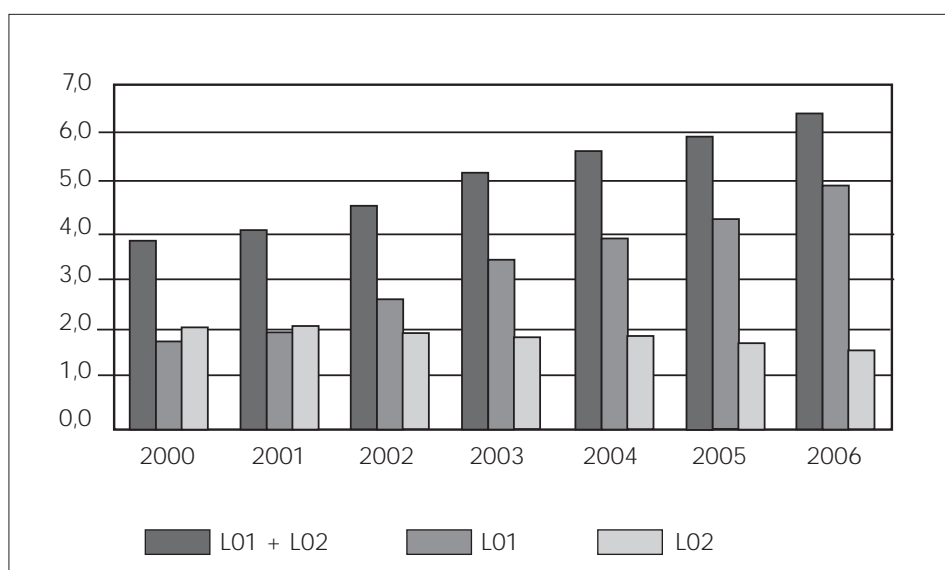
Le marché des anticancéreux s'est accru en moyenne de 15,7% par an entre 2000 et 2006, alors que le marché pharmaceutique pris dans son ensemble a connu des taux de croissance annuels moyens de 6,1% durant la même période.

Au second semestre 2006, 24 médicaments ont été admis au remboursement parmi lesquels 9 étaient des anticancéreux, venaient ensuite 4 médicaments pour le système digestif et 4 anti-infectieux.

Le marché pharmaceutique total des médicaments anticancéreux se chiffre à € 234,7 millions en 2006, soit **6,4% du marché total** (3% du marché ambulatoire et 15,6% du marché hospitalier) **ou 8,1% des dépenses de remboursement**.

Cette croissance du marché oncologique ne devrait pas diminuer étant donné l'étendue du pipeline dans ce domaine et le potentiel des nouveaux domaines de recherche. En 2007 déjà, les dépenses pour les médicaments anticancéreux (26 nouveaux produits ou extensions d'indication) devraient représenter 47 % du budget prévu pour l'ensemble des innovations, estime l'INAMI.

Evolution de la part relative des médicaments anticancéreux en % du marché pharmaceutique total (en valeur - prix ex-usine)<sup>16, vi</sup>



Selon pharma.be, le niveau moyen des prix ex-usine en Belgique pour les médicaments anticancéreux se situe en ligne ou en-dessous du niveau moyen des prix calculés dans les pays limitrophes qui ont un niveau de vie comparable au nôtre. L'écart moyen de prix est de 1,4% avec le Royaume-Uni, 2,4% avec la France; 10,4% avec l'Allemagne et 11,2% avec les Pays-Bas.

Comparaison internationale des prix des nouveaux médicaments anticancéreux 2005/2006 en indices au 31 janvier 2007 (Belgique = base 100)<sup>16</sup>

Indices au niveau du prix ex-usine (Belgique = base 100)

vi: Les classes thérapeutiques **L01 et L02 couvrent les médicaments anticancéreux.**

D'après la classification ATC, les cytostatiques se ventilent en : L01 A = agents alkylants, L01 B = antimétabolites, L01 C = inhibiteurs des microtubules (alcaloïdes, autres dérivés de la pervenche et taxanes), L01 D = antibiotiques antitumoraux, L01 X = autres antitumoraux (dérivés du platine, anticorps monoclonaux, agents photosensibilisants et autres anticancéreux), L02 A = Hormones cytostatiques (oestrogènes et progestatifs, gonadorelines et analogues), L02 B = antagonistes hormonaux cytostatiques (anti-oestrogènes et anti-androgènes, inhibiteurs de l'aromatase, autres antagonistes hormonaux cytostatiques)

Pays	Nombre de médicaments pris en considération	Nombre de médicaments disponibles - Dosage et conditionnement identiques	Prix ex-usine hors TVA
Belgique	15	15	100,00
Allemagne	14	14	110,45
France	14	14	102,42
Pays-Bas	14	14	111,20
Royaume-Uni	12	12	101,38

Données communiquées par les firmes ou par les associations soeurs de pharma.be dans les pays concernés.

#### Remarques

1. Pour le Royaume-Uni, utilisation du cours moyen de conversion de la livre en euro en janvier 2007
2. Les indices ne peuvent être comparés que bilatéralement avec la Belgique, puisque le panier de médicaments retenus dans la comparaison des prix n'est pas identique dans chaque pays.



## D. Les dépenses liées au cancer par rapport au poids du cancer

5 groupes d'invalidité dans l'Europe des 15 en 2002<sup>20</sup>

Le cancer constitue la deuxième cause de mortalité et représente 16,9% du total des années de vie perdues en bonne santé en Europe (DALY ou AVCI<sup>vii</sup>). Or, la part des dépenses de santé consacrées au cancer se situe en moyenne entre 5 et 7% en Europe<sup>19</sup>.

EU 15			
	Total DALYs	DALY/1000	%
All disease groups	47.092.868	124,2	100
Mental disease	12.379.282	32,7	26,3
<b>Cancer</b>	<b>7.989.864</b>	<b>21,1</b>	<b>16,9</b>
Cardiovascular disease	7.637.493	20,1	16,1
Injuries	3.644.620	9,6	7,7
Respiratory disease	3.167.675	8,4	6,7

Les maladies du système cardiovasculaire sont responsables de 16,1% des DALYs, mais prennent une part beaucoup plus importante des dépenses de santé: elles représentent en Belgique plus de 27% du montant net du budget des médicaments, soit la part prise en charge par l'assureur<sup>21</sup>. Pour rappel, la part des anticancéreux, même si elle est en augmentation, compte pour environ 8% des remboursements.

Il est également utile de rappeler que la recherche en oncologie permet de développer des méthodes prédictives et des traitements de plus en plus individualisés, ce qui devrait permettre de mieux gérer l'utilisation des nouveaux médicaments et donc de limiter leur impact sur le budget de l'assurance-maladie. C'est une piste qui jouera un rôle positif dans l'équilibre budgétaire lié aux médicaments oncologiques.

## E. Cancer et vieillissement de la population

Evolution de la population en Belgique par tranches d'âge<sup>22</sup>

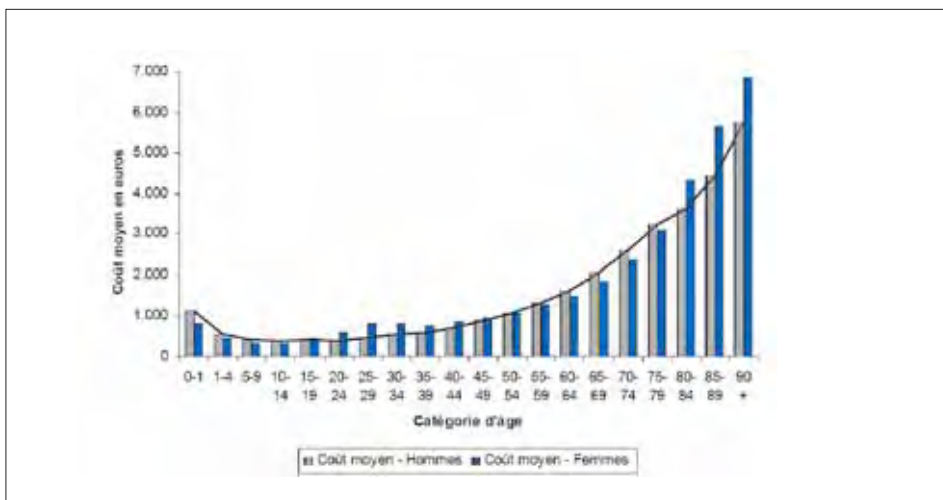
### 1. Impact du vieillissement sur les budgets de l'Etat

Les personnes âgées (65 ans ou +) représentent actuellement environ 17 % de la population. Une personne sur 5 aura atteint cet âge en 2020 et plus d'une personne sur 4 en 2050. Les effets du vieillissement devraient se faire sentir jusqu'à la moitié du siècle.

En chiffres relatifs	2000	2010	2020	2030	2040	2050
<b>Belgique</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
0-19 ans	23,5%	22,3%	21,2%	20,9%	20,5%	20,3%
20-59 ans	54,6%	54,0%	51,5%	48,5%	47,6%	47,2%
60-64 ans	5,0%	6,2%	6,7%	6,4%	5,8%	6,0%
65 ans et plus	16,8%	17,6%	20,6%	24,3%	26,1%	26,5%

Les personnes âgées demandent davantage de soins et souffrent souvent de **polyopathologies chroniques**; elles consultent plus régulièrement leur médecin généraliste, elles sont plus susceptibles d'être hospitalisées pour des séjours de longue durée et elles consomment davantage de médicaments. L'OCDE estime que le vieillissement a contribué pour 0.5 point de pourcentage à la hausse moyenne du PIB entre 1993 et 2003<sup>23</sup>. Ce poids sera de plus en plus prononcé dans les années à venir, quand les enfants du babyboom atteindront massivement l'âge de la retraite en 2010.

vii: **Années de vie corrigées pour incapacité (AVCI) ou Disability Adjusted Life Years (DALY)** : Indication quantitative qui tient compte des années d'une vie en bonne santé perdues à cause d'une maladie entraînant incapacité et/ou mortalité prématurée.



## 2. Impact du vieillissement sur l'incidence du cancer

Environ deux tiers des femmes et trois quarts des hommes ont 60 ans ou plus au moment du diagnostic<sup>25</sup>.

Le CIRC estime que le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de 10% en deux ans, passant de 2,9 millions en 2004 à 3,2 millions en 2006. Cette augmentation de l'incidence démontre l'impact du vieillissement de la population en Europe, puisque les taux d'incidence et de mortalité par tranche d'âge tendent à se stabiliser ou à décliner en Europe, et les prédictions sont plutôt favorables pour l'avenir à ce niveau.

Entre 1985 et 2000, on a enregistré une diminution de plus de 9% de la mortalité liée au cancer en Europe (Europe des 15). Ces dernières années, le nombre de décès dus au cancer est resté stable, passant de 1.122 000 en 2000 à 1.165 500 en 2006 (Europe des 25)<sup>10</sup>.

Il faut s'attendre à une forte augmentation du nombre absolu de décès dus au cancer en Europe dans un futur proche. A population égale, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus augmentera de 22% d'ici 2015, et le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus augmentera de 50% en Europe. Sur base de ces projections et si les taux de mortalité par tranche d'âge restent au niveau de 2000, le CIRC estime que **le nombre de décès liés au cancer en Europe sera de 1.405.000 en 2015, soit une augmentation de plus de 20% par rapport à 2006**<sup>10</sup>.

## Recommandations

### Considérer la situation particulière de l'oncologie aujourd'hui

L'oncologie traverse une période de progrès sans précédent qui entraîne une augmentation des dépenses plus importante que dans d'autres domaines. En l'absence de mesures préventives pour anticiper la situation, nous risquons à courte échéance, c'est-à-dire dans les 5 à 10 ans, de ne plus pouvoir assurer l'accès aux meilleurs soins à tous les patients souffrant de cancer en Belgique. Il est ainsi primordial, lors de l'allocation des budgets de soins de santé, de prendre en considération la situation particulière dans laquelle se trouve l'oncologie.

### Maintenir une norme de croissance suffisante pour garantir la qualité des soins oncologiques

Une politique budgétaire restrictive pourrait ainsi, à très court terme, avoir un impact négatif sur la qualité des soins oncologiques en Belgique, étant donné le progrès thérapeutique et technologique et l'augmentation du nombre de patients. Il semble donc nécessaire de maintenir une norme de croissance suf-

fisante en Belgique dans les années à venir, et plus particulièrement durant la prochaine législature, pour couvrir les besoins dans le domaine de l'oncologie.

#### **Ajuster les dépenses de santé consacrées au cancer sur base de l'impact de la maladie au sein de la société.**

Aujourd'hui, le cancer représente près de 17% de la charge totale des maladies calculées en années de vie perdues, et 29% des décès. La part des dépenses en soins de santé consacrée au cancer reste en-dessous de ces pourcentages. Selon le Karolinska Institutet, le cancer compterait en moyenne pour 5 à 7% des dépenses de santé globales en Europe. En 2006, environ 8% des dépenses de remboursements étaient consacrées aux anticancéreux en Belgique. Pour étayer cette comparaison, il faudrait cependant calculer l'ensemble des dépenses liées au cancer en Belgique (diagnostic, chirurgie, radiothérapie, traitements de support, etc.)

En outre, des études examinent aujourd'hui l'impact du nombre de médicaments disponibles sur la survie à 1 an et à 5 ans. Ainsi, une analyse récente du Dr Frank Lichtenberg (Columbia University) réalisée dans 20 pays, a montré que le taux de mortalité est moins important dans les pays où le nombre de nouveaux traitements est plus élevé.

#### **Tenir compte de l'évolution du cancer vers une maladie chronique**

Force est donc de constater que les moyens consacrés à la prise en charge du cancer restent proportionnellement en-deçà de l'impact de la maladie au sein de la société. Or le cancer est devenu dans de nombreux cas une maladie chronique, si bien que les patients ont de plus en plus souvent besoin de traitements au long cours. Il s'agit donc, dans les années à venir, de tenir compte de l'évolution de la maladie au moment de déterminer le budget des soins de santé. L'augmentation de la part du cancer dans le budget total ne doit pas se faire au détriment d'autres affections, pour autant qu'une norme de croissance suffisante soit maintenue.

C'est le prix à payer pour maintenir la qualité des soins oncologiques en Belgique au niveau que nous lui connaissons. Le maintien de notre pays dans ce peloton de tête dépend certes de la façon dont nous nous préparons à relever les défis majeurs auxquels est confrontée l'oncologie. N'oublions pas que les chiffres d'incidence et de mortalité dans les cancers les plus courants sont particulièrement hauts en Belgique. Une grande vigilance est donc de mise.

### III. Gérer les dépenses en assurant une meilleure prise en charge du cancer

#### A. A travers la prévention

##### Chiffres-clé

- *Seul 0,5% du budget de santé serait consacré à la prévention dans le cadre du système de santé publique belge.*
- *L'OMS estime ainsi que pas moins de 40% des cancers pourraient être évités grâce à des stratégies de prévention efficaces.*
- *Le tabac serait ainsi responsable de 25 à 30% de tous les cancers et de 90 à 95% des cancers du poumon. Un belge sur 4 fume quotidiennement et 26% des jeunes. A peine 0,23 euro par habitant est investi dans la prévention du tabagisme en Belgique alors que le coût estimé du tabagisme se situe entre 1.800 et 2.300 millions d'euros, soit 12 à 15 % des dépenses médicales entrant dans le cadre de l'assurance maladie.*
- *Le risque de cancer du poumon serait, à tabagisme égal, en moyenne 50% plus élevé en ville qu'à la campagne, dû principalement aux hydrocarbures émis entre autres par les échappements des moteurs diesel.*
- *L'alimentation interviendrait dans 35% des cancers.*
- *L'obésité serait responsable de 11% des cancers du côlon, 9% des cancers du sein, 37% des cancers de l'œsophage et 25% des cancers du rein.*
- *En Belgique, les cancers professionnels représentent officiellement environ 4% du total des cancers.*
- *Le mélanome ne représente que le 16<sup>e</sup> cancer en fréquence dans notre pays mais, si l'on tient compte du nombre d'années de vie perdues, il arrive en seconde position. La prévalence double environ tous les dix ans. 90% des mélanomes sont dus à 'exposition excessive au soleil.*
- *En Europe, le cancer du col de l'utérus est, pour les femmes entre 15 et 44 ans, la deuxième cause de mortalité due aux cancers. Deux vaccins sont disponibles pour se protéger contre le cancer du col.*
- *70.000 Belges seraient porteurs du virus de l'hépatite B. Les porteurs chroniques ont environ 2 chances sur 3 de présenter une hépatite chronique active qui évoluera, une fois sur deux, en cirrhose qui peut à son tour évoluer en cancer du foie.*
- *En Europe, la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C dans la population générale est de 3%. Environ 80% des patients infectés par le VHC vont développer une hépatite chronique. 20% de ces malades chroniques évolueront vers la cirrhose. On estime que la cirrhose induit une décompensation hépatique chez 3,9% des patients par an et un hépatocarcinome chez 1,4 % des patients par an.*

La prévention est en Belgique une compétence communautaire. Le collectif reconnaît cet état de fait et n'entend émettre aucune recommandation concernant le partage de compétences entre les différents niveaux de pouvoir concernant la mise en place et le suivi des mesures et programmes de prévention.

### **1. Porter plus d'attention à la prévention en général**

Les modes de vie et les mauvaises habitudes alimentaires sont responsables de l'extension rapide de certaines maladies, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'obésité, certains cancers et d'autres maladies liées au vieillissement.

Près de 60 % de la charge de morbidité en Europe, mesurée en AVCI<sup>viii</sup>, sont dus à sept facteurs de risque principaux : hypertension artérielle (12,8%), tabagisme (12,3%), consommation d'alcool (10,1%), hypercholestérolémie (8,7%), surpoids (7,8%), faible consommation de fruits et de légumes (4,4%) et manque d'activité physique (3,5%)<sup>26</sup>.

D'une manière générale, les efforts en matière de prévention demeurent insuffisants en Belgique. Seulement 0,5% du budget de santé serait consacré à la prévention dans le cadre du système de santé publique. Il est cependant possible que ce chiffre soit sous-estimé, l'OCDE estimant que 3% des dépenses totales de santé dans les pays de l'OCDE sont en moyenne affectées à des programmes de prévention. Il semble toutefois souhaitable d'améliorer les performances en opérant un rééquilibrage des dépenses en faveur de la prévention ou en augmentant directement les moyens consacrés à la prévention.

De plus, le partage des responsabilités entre les différents niveaux de gouvernement fait que les mesures d'incitation ne sont pas bien ciblées. L'éducation à la santé et à la prévention des maladies sont principalement du ressort des Communautés et donc financées sur leurs budgets, alors que c'est le système fédéral de sécurité sociale qui tire le plus de bénéfices des campagnes sanitaires et des actions de prévention qui améliorent l'état de santé moyen de la population. De plus, les budgets des Communautés sont limités et n'ont pas la flexibilité des budgets fédéraux.

## **Recommandations**

### **Investir dans la prévention**

Un investissement soutenu dans la prévention et la poursuite d'une politique volontariste sont indispensables pour diminuer la charge du cancer en Belgique.

### **Coordonner les actions de prévention**

Il semble également important que le gouvernement et les communautés mettent au point des arrangements de partage des coûts et coordonnent les campagnes, plans et mesures de prévention pour améliorer leur efficacité.

### **2. Prévention et cancer**

L'OMS estime ainsi que pas moins de 40% des cancers peuvent être évités grâce à des stratégies de prévention efficaces<sup>27</sup>.

a/ Tabac

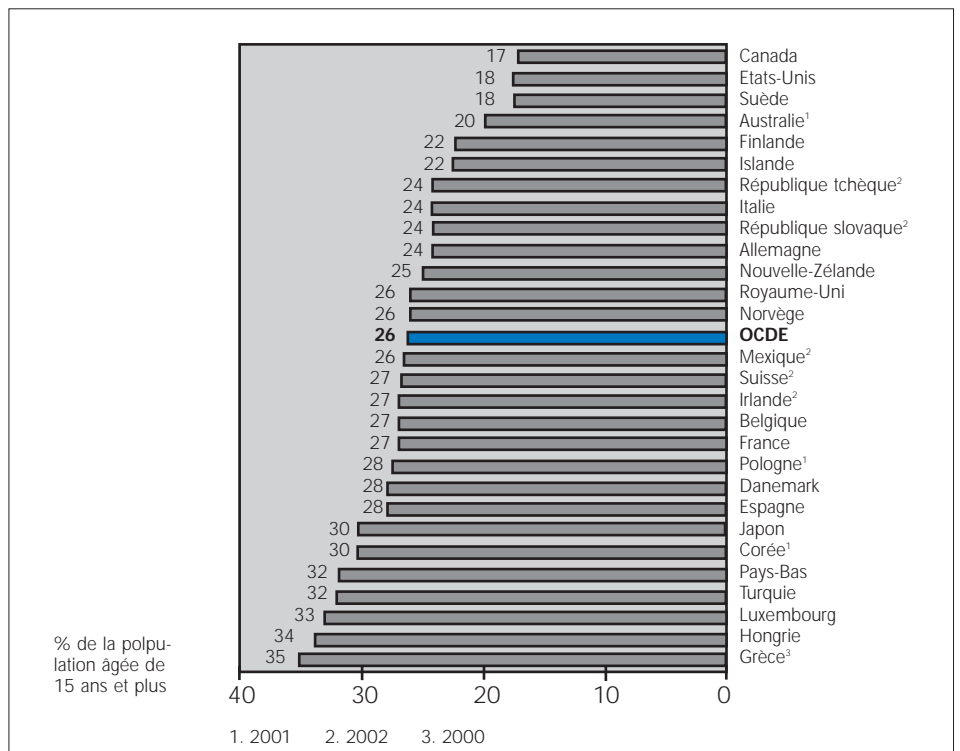
#### ***1 - Tabagisme en Belgique***

**Actuellement, plus d'un Belge sur 4 est fumeur et le nombre de jeunes qui fument reste supérieur à la moyenne nationale** ( $\pm 31\%$  des garçons et  $22\%$  des filles<sup>28</sup>). En 1950, 70% des hommes étaient fumeurs et 20% des femmes. Aujourd'hui, les femmes ont rattrapé leur retard, conduisant à une augmentation du nombre de cancer du poumon chez la femme dont

viii: **Années de vie corrigées pour incapacité (AVCI) ou Disability Adjusted Life Years (DALY)**: Indication quantitative qui tient compte des années d'une vie en bonne santé perdues à cause d'une maladie entraînant incapacité et/ou mortalité prématurée.

Pourcentage de la population adulte qui déclare fumer quotidiennement. 2003<sup>102</sup>

les véritables effets se font encore attendre, étant donné le décalage de 20 ans entre l'augmentation de la prévalence du tabagisme et l'augmentation de l'incidence du cancer du poumon.



Ces dix dernières années, le tabagisme chez les jeunes a doublé. En 2000, on constate en Flandre 19% de fumeurs journaliers parmi les jeunes garçons de 15-16 ans (contre 11 % en 1990) ; 31 % parmi les jeunes garçons de 17-18 ans (contre 25 % en 1990); 15% parmi les jeunes filles de 15-16 ans (contre 8% en 90); 29% chez les filles de 17-18 ans (contre 13 % en 1990)<sup>29</sup>.

Selon le Professeur R. Peto, la moitié des 2.500.000 personnes qui fument actuellement mourront 14 ans plus tôt en moyenne, à moins qu'ils ne renoncent à leur tabagisme<sup>30</sup>. Un fumeur sur deux décèdera des suites de son tabagisme.

En 2003, le coût estimé du tabagisme se situe entre 1.800 et 2.300 millions d'euros, soit 12 à 15 % des dépenses médicales entrant dans le cadre de l'assurance-maladie (estimation basée sur des enquêtes réalisées à l'étranger sur le nombre de cancers du poumon)<sup>30</sup>.

## 2 - Tabagisme et cancer

Le tabac demeure de loin le plus important facteur de risque du cancer. 90% à 95% des cancers du poumon sont attribuables au tabac. On sait en général moins que le tabac est également directement impliqué dans 50-70% des cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, 40% des cancers du pancréas, 30% des cancers de la vessie. Le tabac serait ainsi responsable de 25 à 30% de tous les cancers.

En 1995, le tabagisme a tué en Belgique 8.400 personnes prématurément, soit avant leur 70ème anniversaire, dont 4.400 du cancer. Ceci correspond à 38% des décès prématurés dus au cancer et à 30% de tous les décès prématurés.

## 3 - Lutter contre le tabagisme

Une hausse substantielle des moyens de prévention du tabagisme et d'accompagnement des fumeurs, combinée à des mesures fortes contre le tabagisme,

ont permis à certains pays de faire reculer davantage le tabagisme – les Etats-Unis, le Canada<sup>34 ix</sup>, l' Australie.

#### Renforcer les mesures législatives

Les mesures prises dernièrement contre le tabagisme (interdiction de fumer dans l'Horeca et les clubs sportifs, renforcement des avertissements sur les paquets de cigarettes, aide financière aux femmes enceintes...) s'inscrivent dans une démarche positive de dénormalisation du tabac qui doit impérativement être renforcée.

#### Renforcer les moyens alloués à la prévention du tabagisme

En 2004, les autorités ont investi 0,23 euro par habitant dans la prévention du tabagisme, alors qu'il faut sans doute dix fois plus pour mener une politique efficace<sup>31-32</sup>. Sans moyens pour la prévention, les mesures prises par les autorités pour éradiquer le tabac des lieux de vie risquent de ne pas avoir les effets escomptés.

#### Augmenter le prix du tabac et des cigarettes

La hausse du prix du tabac demeure un moyen d'action efficace contre le tabagisme et le prix de la cigarette en Belgique demeure inférieur à ceux pratiqués dans de nombreux pays européens. A cet égard, il ne faut pas perdre de vue que la probabilité de fumer est plus grande parmi les personnes à faible niveau de revenus et d'éducation. Les dépenses consacrées au tabac sont plus significatives pour les foyers défavorisés, elles peuvent atteindre 17% du budget familial. Les personnes à revenu faible rencontrent une probabilité deux fois plus élevée de mourir à l'âge moyen que les personnes à revenu élevé. Cette différence s'explique pour moitié par le tabagisme.

#### Mettre sur pied des campagnes d'information des jeunes

Le premier terrain de lutte contre le tabagisme demeure l'enfance et l'adolescence. En Belgique, le pourcentage de jeunes fumeurs reste supérieure à la moyenne nationale, tous âges confondus, et cela est inacceptable. Davantage de moyens doivent être investis dans l'information et la sensibilisation de cette tranche d'âge, qui reste la plus réfractaire aux messages anti-tabac et donc aussi la plus difficile à toucher. Il est important de compenser cet état de fait en redoublant d'efforts pour inciter les jeunes à délaisser le tabac.

#### Renforcer l'accompagnement des fumeurs

Le soutien médical, psychologique et médicamenteux des fumeurs est un élément primordial dans l'arrêt tabagique<sup>33</sup>.

- **Des conseils minimums** donnés par un médecin ou une infirmière versus aucune intervention augmentent déjà la probabilité absolue d'arrêter de fumer de 2% après 6 à 12 mois. Sur 50 fumeurs recevant des conseils, une personne supplémentaire arrêtera donc de fumer<sup>34</sup> après qu'un médecin ou infirmier lui aura conseillé durant deux contacts maximum d'arrêter de fumer pour sa santé.

- **Le soutien psychologique** individuel est plus efficace qu'un conseil minimal. Par rapport aux conseils minimums, un patient supplémentaire arrêtera de fumer pour 25 fumeurs bénéficiant d'un soutien psychologique individuel. Le soutien psychologique est défini comme un entretien personnel entre un patient fumeur et un conseiller (autre que le médecin traitant ou l'infirmière) formé aux méthodes de sevrage tabagique. Il ne ressort pas encore clairement

*ix: Le Québec se targue aujourd'hui d'une baisse de 8% du nombre de fumeurs par rapport à 1998, année de vote d'une loi globale antitabac*

## Recommandations

des études si le soutien psychologique individuel est plus efficace que le soutien collectif.

Le soutien psychologique collectif permet aux individus d'apprendre des techniques comportementales pour le sevrage tabagique et de s'entraider. Dix fumeurs doivent participer à ce traitement pour obtenir un abstiné supplémentaire, soit une efficacité d'environ 10%. Le soutien psychologique par téléphone peut compléter ce soutien, mais son efficacité est moindre (2,5%, soit un arrêt supplémentaire sur 40 fumeurs).

- **Le soutien médicamenteux** a fait la preuve de son efficacité. Se référant à la plus longue période de suivi disponible, 17% des fumeurs recrutés pour recevoir un traitement nicotinique de substitution, avaient effectivement renoncé au tabac, contre 10 % dans le groupe de contrôle. Il faut 14 fumeurs motivés sous traitement nicotinique de substitution pour obtenir un abstiné supplémentaire.

Dans le cadre du sevrage tabagique, le **bupropion** (Zyban®) augmente les chances de réussite de 9,9% par rapport au placebo. Ceci signifie qu'environ 10 patients doivent être traités par le bupropion pour obtenir un abstiné supplémentaire par rapport au placebo<sup>35</sup>.

Un nouveau médicament est disponible depuis 2007: la **varenicline**. Selon trois études<sup>36-37</sup>, ce nouveau médicament (Champix®) s'est montré efficace en comparaison avec un placebo et au bupropion. Le taux mesuré d'abstinence fut supérieur avec la varenicline (44 %) versus le placebo (17,7%) et le bupropion (29,5 %) pendant les semaines 9 à 12. Le taux d'abstinence des semaines 9 à 24 fut supérieur avec la varenicline (29,5 %) versus placebo (10,5%) et versus le bupropion (20,7 %). Le taux d'abstinence des semaines 9 à 52 fut significativement plus élevé avec la varenicline (21,9 %) versus placebo (8,4 %) mais non significativement plus élevé comparé au bupropion (16,1%).

- **Les formations en tabacologie** organisées par le FARES<sup>x</sup>, la VRGT<sup>xi</sup> et les universités du pays contribuent à l'augmentation des connaissances en matière de prévention du tabagisme. Un personnel médical formé sera mieux à même d'évaluer l'efficacité respective des différentes mesures envisageables afin d'investir à bon escient les moyens mis à disposition par les pouvoirs publics.

### **Augmenter les moyens alloués à la prévention du tabagisme, en particulier à destination des jeunes, à travers la création du Fonds Tabac**

Les pays qui ont réussi à faire reculer davantage le tabagisme – les Etats-Unis, le Canada, l'Australie – ont ainsi combiné des mesures fortes contre le tabagisme, notamment passif, à une hausse substantielle des moyens de prévention du tabagisme et d'accompagnement des fumeurs. En 2004, les différentes autorités belges ont investi 0,23 euro par habitant dans la prévention du tabagisme, alors qu'il faut sans doute dix fois plus pour mener une politique efficace, soit 2,3 euros par habitant.

Une part importante de ces moyens doit être investie dans l'information, la sensibilisation et l'accompagnement des jeunes. Il est essentiel de cibler cet effort en grande partie sur les écoles et le corps enseignant, et ce à partir de l'enseignement primaire.

x **FARES**: Fonds des Affections Respiratoires

xi **VRGT**: Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding



Ces moyens supplémentaires devraient être confiés au Fonds Tabac. Ce fonds doit pouvoir bénéficier, au minimum, d'un subside annuel de 12,5 millions d'euros. Une partie substantielle des taxes perçues par l'Etat devrait lui être versée et un accord de collaboration doit être mis en place afin de permettre la gestion du fonds au niveau des communautés.

### Poursuivre et renforcer les mesures législatives

Le renforcement des mesures législatives pour éradiquer le tabac des lieux de vie doit impérativement être poursuivi, notamment en instaurant le plus rapidement possible une interdiction de fumer dans l'ensemble des lieux publics (en ce compris l'HoReCa).

### Des hausses de prix importantes et régulières

Les hausses du prix du tabac constituent un moyen très efficace dont disposent les autorités pour lutter contre le tabac. Ces hausses doivent cependant être réalisées de façon plus conséquente pour être pleinement efficaces (c.-à-d. pour obtenir une diminution du nombre de fumeurs). Il faut donc appliquer régulièrement des hausses de prix plus importantes.

### Renforcer l'accompagnement médical, psychologique et médicamenteux des fumeurs

Le soutien médical, psychologique et médicamenteux des fumeurs est un élément primordial dans l'arrêt tabagique. Les outils d'aide pour arrêter de fumer devraient être à peu près gratuits. Il faut également étendre l'offre d'accompagnement et de conseil à destination des fumeurs. En cas d'évaluation économique de ces interventions, il est important de considérer l'impact à long terme (20 ans) du tabagisme sur l'incidence du cancer du poumon.

## b/ Alimentation

### *1 - Alimentation en Belgique*

Nos habitudes alimentaires, qui se caractérisent par une ration calorique relativement élevée, un apport de protéines assez faible, une très forte consommation de beurre et de sucre et une consommation modérée de fruits et de légumes par rapport aux consommations moyennes de l'OCDE, pourraient être améliorées.

Indicateurs des habitudes liées aux modes de vie<sup>12</sup>

	Consommation alimentaire <sup>1</sup>				
	Calories (habitant /jour)	Protéines (g/habitant /jour)	Beurre (kg/habitant)	Sucre (kg/habitant)	Fruits & légumes (kg/habitant)
<b>Belgium</b>	<b>3 682</b>	<b>105.3</b>	<b>6.1</b>	<b>44.8</b>	<b>224.4</b>
France	3 629	118.4	8.7	33.5	227.2
Allemagne	3 567	98.2	6.5	36.0	212.3
Pays-Bas	3 282	109.5	2.0	42.1	219.0
Royaume-Uni	3 368	100.7	3.3	34.2	180.9
Etats-Unis	3 766	114.5	2.1	30.0	237.9
Moyenne UE-15 <sup>5</sup>	3 530.1	110.1	3.5	34.7	238.2
Moyenne OCDE <sup>5</sup>	3 378.9	103.8	3.1	35.5	220.1

1. 2001 • 5. Moyenne non pondérée des données pour la dernière année connue.

	Conommation de tabac <sup>2</sup>	Conommation d'alcool <sup>3</sup>	Surpoids <sup>4</sup>	Obésité <sup>4</sup>
<b>Belgium</b>	<b>29.0</b>	<b>9.6</b>	<b>32.7</b>	<b>11.7</b>
France	28.6	25.9	10.5	9.4
Allemagne	24.3	26.5	10.4	12.9
Pays-Bas	34.0	21.7	9.8	10.0
Royaume-Uni	27.0	30.3	11.1	22.0
Etats-Unis	18.4	29.3	8.3	30.6
Moyenne UE-15 <sup>5</sup>	27.7	24.0	10.6	12.2
Moyenne OCDE <sup>5</sup>	26.6	26.4	9.4	13.6

2. Pourcentage de fumeurs quotidiens dans la populations 2002. 2001 pour les Pays-Bas et le Royaume-Uni, 2003 pour l'Allemagne • 3. Litres par habitant (de 15 ans et plus) 2002; 2001 pour la France et les Etats-Unis • 4. Pourcentage de la population totale en 2002.

La prévalence de la surcharge pondérale prend, chez nous aussi, des proportions épidémiques même si les taux demeurent inférieurs à ceux enregistrés dans bon nombre d'autres pays européens. Selon l'Enquête de Santé Publique 2004, 44% de la population adulte présente un excès de poids en Belgique, 31% présentant un surpoids et 13% souffrant d'obésité.

Le manque d'activité physique semble également être un sérieux problème dans la population belge. Seulement 27% de la population répond aux recommandations (au moins 30 minutes d'activité physique par jour pour les adultes et 60 minutes pour les enfants et les jeunes<sup>38</sup>). Ce manque d'activité physique favorise la surcharge pondérale.

## 2 - Alimentation et cancer

On a estimé à 35% la part de l'alimentation dans la genèse des cancers, mais avec une large marge d'incertitude (10 à 70%). En effet l'alimentation apporte à l'organisme une multitude de nutriments et autres micro-constituants qui auront des effets divers, certains un effet inducteur et/ou promoteur de cancer, d'autres un effet protecteur. Il faut y ajouter l'alcool, qui interviendrait dans 3% des décès liés au cancer. C'est pourquoi il est important d'adopter une alimentation variée riche en fruits et légumes et pauvre en graisses animales.

L'obésité constitue également un facteur de risque du cancer. Le nombre de cas de cancer est en effet plus faible parmi les individus dont le poids corporel se situe entre 10 % en dessous et 20 % au-dessus de leur poids idéal<sup>39</sup>. Selon l'OMS, l'obésité serait responsable de 11% des cancers du côlon, 9% des cancers du sein, 37% des cancers de l'œsophage et 25% des cancers du rein<sup>40</sup>.

## Recommandations

### **Stimuler une responsabilisation multisectorielle**

Toute stratégie préventive en matière alimentaire nécessite une démarche multisectorielle pour être pleinement efficace, étant donné que les secteurs autres que celui de la santé ont plus d'influence sur les déterminants de la santé alimentaire et peuvent davantage faciliter la mise en place d'un environnement plus favorable en la matière (l'industrie, l'éducation, l'agriculture, l'économie, le transport, l'environnement, etc).

### **Collaborer avec l'industrie de l'alimentation**

Une collaboration plus poussée avec l'industrie de l'alimentation est ainsi souhaitable afin de restreindre notamment la présence de graisses et sucres dans l'alimentation. Il est également important de fixer un cadre légal plus restrictif contraignant les producteurs et les chaînes de distribution à plus de

transparence et de clarté sur les caractéristiques de leurs produits, tout en limitant les allégations de santé qui contribuent à la désinformation du public. L'alimentation de l'enfant doit faire l'objet d'une attention toute particulière.

### **Informer et sensibiliser la population**

Les mesures de sensibilisation et d'information de la population doivent être poursuivies afin d'influer sur les comportements alimentaires et de pouvoir augmenter la pression vis-à-vis des producteurs et des distributeurs.

#### c/ Substances cancérigènes

##### *1 - Cancers professionnels*

En Belgique, les cancers professionnels représentent officiellement environ 4% du total des cancers (7% chez les hommes et 1% chez les femmes), ce qui correspond à environ 1.600 nouveaux cas par an. Or, seulement 100 à 150 nouveaux cas de cancer sont reconnus chaque année comme maladie professionnelle. Plus de la moitié d'entre eux sont des mésothéliomes (cancers de la plèvre et du péritoine) provoqués par l'amiante. On se trouve donc devant **un phénomène de sous-déclaration des cancers professionnels** qui nuit gravement à la politique de prévention, au niveau de l'entreprise comme à l'échelon national<sup>41</sup>.

Il aura fallu des dizaines d'années pour obtenir une interdiction de l'amiante à la fin des années '90 (en 1998 pour la Belgique) alors que les dangers de l'amiante étaient reconnus depuis le début des années soixante. La prévention du cancer n'est pas seulement une question médicale, mais également sociale. Une politique de prévention nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs d'une problématique donnée pour être réellement efficace. Au-delà de l'amiante, on connaît environ 500 produits ou agents physiques ou technologies considérés comme potentiellement cancérigènes. Selon la Confédération Européenne des Syndicats (CES)<sup>xii</sup>, 32 millions de travailleurs seraient ainsi exposés à des cancérigènes professionnels. A ce jour, estime encore la CES, seul 1% du volume de l'ensemble des substances chimiques a réellement été testé pour évaluer leur degré de sécurité, ainsi que les dangers qu'elles représentent pour l'environnement et la santé de l'homme<sup>42</sup>.

#### ***L'amiante au budget 2007 : mesures***

Le gouvernement estime que le nombre de victimes de l'amiante s'élèvera à plus ou moins 10.000 personnes d'ici 2020 vu la longue période de latence de ces maladies.

Il est proposé de créer, au sein du Fonds des Maladies Professionnelles, un Fonds chargé de l'Indemnisation des victimes de Maladies liées à l'exposition à l'Amiante (FIMA) qui ne sont pas indemnisées par le régime des maladies professionnelles existant. En effet, la réglementation en la matière ne concerne que l'exposition professionnelle dans un cadre où l'employeur n'a pas pris toutes les mesures nécessaires à la protection de ses travailleurs. Concrètement, le FIMA sera financé par une dotation annuelle de la sécurité sociale de 10 millions d'euros. Les personnes victimes de pathologies liées à l'exposition à l'amiante et leurs ayants droit qui ne sont pas indemnisables en vertu des dispositions relatives aux maladies professionnelles pourront obtenir du FIMA la réparation de leur préjudice.

xii: "Conformément à la dernière enquête sur les conditions de travail en Europe (Fondation de Dublin), 23% des travailleurs européens déclarent respirer des fumées et des vapeurs au travail et 15% déclarent toucher à des substances dangereuses durant un quart de leur temps de travail au moins.

## 2 - Cancers environnementaux

Les effets à court terme des **pesticides** sont de mieux en mieux connus alors que les risques à long terme sont plus difficiles à apprécier. Les études épidémiologiques publiées à ce jour ont mis en évidence des liens avec des effets retardés sur la santé, notamment au niveau du développement de certains cancers hématologiques. Ces résultats ont été obtenus malgré les difficultés de caractérisation de l'exposition liées à la nature rétrospective des études. Aussi, l'accroissement de l'utilisation des pesticides, tant en agriculture que dans l'environnement domestique, doit motiver la poursuite des recherches épidémiologiques sur les effets retardés des pesticides s'appuyant sur une mesure précise de l'exposition<sup>43</sup>.

De nombreux composants organiques volatils (COV) libérés par des produits, matériaux et appareils à usage domestique ont également des effets nocifs sur la santé (allergies, asthme, mais aussi cancers). En tête de la liste noire de l'Organisation Mondiale de la Santé figure le **formaldéhyde**<sup>xiii</sup>. Depuis 2004, Agence Internationale pour la Recherche sur le Cancer<sup>44</sup> (IARC) considère cette substance comme cancérogène pour l'homme (principalement pour les cavités nasales, les poumons et les sinus), mais l'industrie fait preuve de surdité et les pouvoirs publics restent dans l'expectative en raison de la difficulté d'imposer des normes.

Une étude récente de Test Achats<sup>45</sup> a mesuré les concentrations de formaldéhyde dans des habitations à Bruxelles et environs, sur la base des normes OMS. Dans 91 % des habitations, la concentration était supérieure à la norme en vigueur pour les personnes sensibles. Sur 269 résultats de mesures, 194 étaient supérieurs à la valeur de référence.

Selon les données de la Commission européenne, 400.000 Européens meurent chaque année à cause de la **pollution atmosphérique générale**.

Plusieurs études ont montré une nette augmentation du risque relatif des cancers du poumon pour des personnes travaillant en milieu urbain par rapport aux régions rurales<sup>46</sup>. Les substances incriminées qui se retrouvent dans l'air extérieur sont l'arsenic provenant de détritres de fonderie, l'amiante, le dioxyde de soufre (SO<sub>2</sub>) ainsi que les hydrocarbures polycycliques (HPA)<sup>xiv</sup>. Ces derniers sont considérés comme étant les plus dangereux. Certaines études montrent que le risque de cancer du poumon est, à tabagisme égal, en moyenne 50% plus élevé en ville qu'à la campagne, dû principalement aux HPA émis entre autre par les échappements des moteurs diesel. Ceci est appuyé par des études épidémiologiques qui montrent un excès de cancers du poumon chez les chauffeurs professionnels<sup>47</sup>. Une étude française a par ailleurs estimé que jusqu'à 11% des cancers du poumon dans la classe d'âge 60 à 69 ans sont attribuables à la pollution<sup>48</sup>.

On estime d'ailleurs que la Belgique occupe la toute première place au palmarès européen en matière d'équipement diesel du parc automobile puisque celui-ci a doublé en douze ans. Au 1er juillet 2005, sur dix véhicules neufs achetés, sept étaient équipés d'un moteur diesel<sup>49</sup>. La Commission européenne a présenté en 2005 un rapport relatif aux pertes d'espérance de vie moyenne dues à la pollution des microparticules, projetant ainsi les conséquences des émissions polluantes sur la santé des Européens à l'horizon 2020. D'après ce document, c'est en Belgique que l'espérance de vie moyenne est la plus raccourcie, de 12 à 36 mois. Le Benelux figure d'ailleurs parmi les zones européennes les plus touchées par les particules émises par les moteurs diesels.

xiii: Le **formaldéhyde**, connu dans le commerce sous le nom de formol, est un gaz qui, dans les habitations, provient de nombreuses sources comme les résines et les colles dans les panneaux en bois, la mousse injectée dans les murs, la laine de verre ou de roche, les peintures, les traitements anti-tâches ou les couches inférieures synthétiques de certains tapis, pour n'en citer que quelques-unes.

xiv: Les **HPA** proviennent aussi des installations de chauffage domestique, des incinérateurs, des installations industrielles ainsi que de la fumée de tabac. Ces polluants peuvent donc se retrouver à des concentrations élevées dans les zones à trafic intense ou au sein de certains sites industriels.

En décembre 2006, le règlement **REACH**<sup>50</sup> (concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances) a été adopté par la Commission européenne.

Une fois en vigueur, REACH exigera l'enregistrement, sur une période de onze années, de quelque 30.000 substances chimiques aujourd'hui utilisées, un processus qui permettra de compléter les informations manquantes sur les dangers de ces substances et d'identifier des mesures appropriées de gestion des risques. De plus, REACH permettra une évaluation plus poussée de ces substances en cas de suspicion de risques et prévoit un système d'autorisation pour l'utilisation des substances extrêmement préoccupantes, notamment cancérigènes.

Le système d'autorisation incitera vivement les entreprises à adopter des solutions de remplacement plus sûres. En fait, toutes les demandes d'autorisation devront inclure une analyse des solutions de remplacement et un plan de substitution lorsqu'une solution de remplacement adéquate existe. REACH renforce également les incitations positives à l'innovation en encourageant le remplacement des substances hautement dangereuses.

La Commission européenne estime les coûts directs annuels de REACH à 210 millions d'euros, les bénéfices pour la santé à 50 milliards d'euros en 30 ans<sup>51</sup> et que REACH pourra apporter des bénéfices supplémentaires pour la santé et l'environnement de 95 milliards d'euros sur 25 ans<sup>52</sup>.

## Recommandations

### **Accélérer la mise en place de mesures visant à restreindre la pollution**

Ainsi que le montre REACH, les mesures visant à limiter la pollution ou les substances cancérigènes ont un rapport coût-bénéfice qui est nettement positif. Dès lors, il faudrait accélérer la mise en place de mesures visant à restreindre la pollution, qu'elle soit chimique ou atmosphérique. En cela, le principe de précaution doit prévaloir. Le principe de précaution, tel que repris dans de nombreux traités et directives internationaux, consiste à limiter autant que possible les risques de contamination pour la population.

### **Etudier les liens entre cancer et pollution**

Il s'agit ensuite de poursuivre des études plus poussées en Belgique pour déterminer l'impact sanitaire de la pollution environnementale sur l'incidence du cancer, notamment au travers d'une cartographie précise des cas de cancers en fonction du lieu d'habitation, du milieu social, de la profession, etc. L'absence de stimulation en matière de recherche sur les facteurs cancérigènes entraîne un retard dans le développement des connaissances scientifiques. Ce manque de données provoque à son tour une faible vigilance pour les risques identifiés.

### **Augmenter la protection des personnes exposées**

Il faut augmenter la protection et le soutien des personnes exposées à des facteurs cancérigènes, sur base du principe de précaution considéré comme outil de gestion pour déterminer les politiques concrètes à mettre en place. En effet, la plus forte prévalence du cancer dans les catégories sociales inférieures et notamment chez les ouvriers ne peut uniquement s'expliquer par un tabagisme accru ou des modes de vie moins sains. L'influence de l'environnement pourrait jouer un rôle bien plus important qu'on ne le pense. Certaines études ont ainsi démontré un risque accru de certains cancers associés à l'utilisation de pesticides (lymphomes de Hodgkin et non Hodgkinien, myélome multiple, estomac, prostate, cerveau...) chez les agriculteurs<sup>53</sup>.

## Recommandations

### d/ Cancer du col de l'utérus

#### *1 - Situation*

En Europe, le cancer du col est, pour les femmes entre 15 et 44 ans, la deuxième cause de mortalité due aux cancers, derrière le cancer du poumon. Environ **70% des cancers du col de l'utérus peuvent être mis en rapport avec le papillomavirus humain (HPV)**. Deux vaccins existent; ils protègent contre les variantes les plus redoutables du HPV.

Certaines mutuelles ont décidé d'intervenir dans le coût du vaccin (de 50 à 150 euros pour les mutualités libres sur un coût de 412,2 euros pour le Gardasil®).

Le Conseil Supérieur de la Santé a récemment plaidé pour la mise en place d'un schéma de vaccination contre le cancer du col utérin<sup>54</sup>.

#### **Développer un programme de vaccination contre le cancer du col de l'utérus**

*La vaccination contre le cancer du col de l'utérus devrait être davantage encouragée et supportée. Des programmes de vaccinations pourraient être développés, p.ex. de façon progressive au travers des structures éducatives chez les jeunes filles à partir de l'âge de 10 ans. Cette opportunité, mérite d'être examinée avec le plus grand soin et dans les meilleurs délais par les pouvoirs publics compétents.*

*Il s'agit aussi d'évaluer l'opportunité de procéder à la vaccination de rattrapage des jeunes filles jusqu'à l'âge de 15 ans et plus. Un schéma comparable à celui qui a cours aujourd'hui pour la vaccination des adolescents contre l'hépatite B pourrait être utilisé (voir point f).*

#### **Se doter d'outils d'évaluation à long terme**

*Nous proposons également de mettre en place un registre de vaccination et d'établir un suivi à long terme afin d'évaluer la sécurité et l'efficacité du programme.*

#### **Rembourser le vaccin**

*La mise en place d'un tel programme nécessite un accès généralisé et équitable du vaccin à l'ensemble du groupe-cible par le biais d'un remboursement.*

### e/ Mélanome

#### *1 - Situation*

Les mélanomes ne représentent que 5% de l'ensemble des cancers cutanés, mais ils sont responsables de 66% des décès liés à ces cancers. Le mélanome ne représente que le 16<sup>e</sup> cancer en fréquence dans notre pays mais, si l'on tient compte du nombre d'années de vie perdues suite au décès dus au cancer, il arrive en seconde position.

Dans notre pays, de 7 à 10 nouveaux cas par 100.000 habitants sont recensés par an. Ce qui est inquiétant, c'est que ce chiffre double tous les 10 à 15 ans. Le nombre de décès dus au mélanome était chez nous de moins de 50 en 1955 contre 197 en 1991.

**Ce sont surtout les jeunes adultes (à partir de 30 ans) qui sont victimes des mélanomes.** Dans les populations à peau blanche, le mélanome

## Recommandations

menace de devenir le cancer le plus fréquent dans cette tranche de la population. 90% des mélanomes sont dus à une exposition excessive au soleil.

### **Poursuivre les campagnes de sensibilisation aux risques liés à une exposition excessive au soleil**

*La prévention du mélanome passe nécessairement par une sensibilisation des jeunes parents et des adolescents au risque d'une exposition excessive au soleil.*

*Il est en effet important d'aller à l'encontre des habitudes de bronzage et de faire entrer progressivement les mesures de protection élémentaires dans les mœurs. Les mesures de précaution élémentaires doivent faire l'objet de rappels durant les périodes de vacances, notamment par le biais de campagnes de sensibilisation à destination du grand public, sans oublier les structures d'encadrement touristique.*

### **Valoriser le rôle de prévention du médecin généraliste**

*Le médecin généraliste a également un rôle important à jouer dans la prévention en informant le patient sur les risques de l'exposition solaire et, pour les profils à risque, en l'incitant à faire examiner sa peau une fois par an par un dermatologue et à l'auto-examen une fois par trimestre. Des mesures incitatives pourraient être prises à ce niveau.*

## f/ Hépatite B

### *1 - Situation*

L'incidence de l'hépatite B aiguë et la prévalence de ses formes chroniques placent cette maladie au rang des pathologies infectieuses les plus préoccupantes. L'infection par le virus de l'hépatite B peut évoluer vers la chronicité dans 10 % des cas. Ensuite, les porteurs chroniques ont environ 2 chances sur 3 de présenter une hépatite chronique active. Une fois sur 2, cette hépatite chronique active évoluera en cirrhose. A terme, la cirrhose qui découle de l'hépatite B peut évoluer en cancer du foie.

Dans le monde, environ 350 millions de personnes seraient porteuses du virus et ce dernier entraînerait entre 1 et 2 millions de morts par an. On estime qu'environ 700.000 Belges ont à un moment donné contracté une hépatite B et que le nombre de porteurs du virus de l'hépatite B dans la population peut être estimé à 70.000. En fonction de l'incidence annuelle de l'infection par le virus de l'hépatite B établie par l'Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie (1992-1993), 2.000 nouvelles infections surviennent chaque année<sup>55</sup>.

Aussi, la vaccination universelle contre l'hépatite B est recommandée par l'OMS depuis mai 1992 dans le but de contrôler la maladie à l'échelle mondiale et de l'éradiquer à moyen terme.

**Le vaccin contre l'hépatite B ne guérit pas les porteurs chroniques, mais il est efficace à 95% pour prévenir l'apparition d'un état de porteur chronique.** Depuis 1999, la Belgique procède à la vaccination systématique gratuite des nourrissons et des pré-adolescents (11-12 ans), méthode la plus efficace et probablement la plus économique pour protéger progressivement l'ensemble de la population.

## Recommandations

### **Poursuivre la vaccination des nourrissons**

*Il est indispensable de poursuivre la vaccination des nourrissons pour se prémunir des conséquences de l'hépatite B chez les personnes infectées par le virus : la cirrhose et plus tard, le cancer du foie.*

### **Evaluer l'utilité d'une vaccination de rappel**

*Etant donné qu'aucune vaccination de rappel n'est recommandée aujourd'hui, la vaccination systématique des adolescents sera interrompue aux alentours de 2009, lorsque les nourrissons vaccinés depuis 1999 atteindront l'adolescence. Le suivi de cette population pourrait être intéressant pour évaluer l'utilité d'une vaccination de rappel.*

### **Mettre en place des systèmes fiables de dépistage et de suivi**

*Au-delà de la vaccination, il est nécessaire d'améliorer le diagnostic, l'enregistrement et le suivi des patients porteurs du virus afin d'éviter tant que possible la survenue d'une cirrhose ou d'un cancer du foie*

## g/ Hépatite C

### *1 - Situation*

La maladie est provoquée par le virus de l'hépatite C (VHC).

La transmission du virus se fait essentiellement par voie sanguine. Les transfusions sanguines constituaient le principal facteur de risque de contamination avant la recherche des anticorps anti-VHC au début des années 1990. L'injection de drogue par voie intraveineuse est actuellement le mode de contamination le plus fréquent et environ 80% des personnes toxicomanes par voie intraveineuse sont contaminées. Les facteurs de faible risque sont les contacts sexuels, la transmission mère-enfant, les contacts intra-familiaux, l'incarcération, les tatouages et les « piercings ». La transmission par des actes médicaux est possible mais rare. Chez environ 10% des patients, aucune source d'infection n'est identifiée<sup>56</sup>. Ces patients sont généralement d'un niveau socio-économique faible.

En Europe, la prévalence de l'infection dans la population générale est de 3%<sup>57</sup>. Elle est plus importante dans le sud et le centre que dans le nord de l'Europe. En Belgique, la prévalence de l'hépatite C n'est pas connue de façon précise mais peut être estimée aux environs de 1% dans la population générale<sup>58</sup>. En Europe, la prévalence parmi les usagers de drogues par injection est de 30 à 98%<sup>59</sup>. En Belgique, la prévalence de l'hépatite C chez les usagers de drogues varie entre 46,9% et 84,4% selon les études.

**Environ 80% des patients infectés par le VHC vont développer une hépatite chronique.** 20% de ces malades chroniques évolueront vers la cirrhose, qui ne deviendra symptomatique que 20 à 30 ans plus tard. On estime que la cirrhose induit une décompensation hépatique chez 3,9% des patients par an et un hépatocarcinome chez 1,4 % des patients par an<sup>56</sup>.

## Recommandation

### **Poursuivre la mise en application de mesures contre les risques de contamination connus**

*Aucun vaccin n'est actuellement disponible contre le virus de l'hépatite C. Les mesures de prévention contre les risques de contamination connus (drogues, tatouage et piercing, matériel médical...) constituent donc l'unique voie de protection préventive contre le virus de l'hépatite C et doivent à ce titre être poursuivies et renforcées.*



## B. A travers le dépistage précoce

### Chiffres-clé

- Une participation régulière à un programme de dépistage permet un traitement moins lourd et une réduction de 30% de la mortalité liée au cancer du sein
  - Les taux de survie sont de >90% pour des tumeurs de 6-10 mm et de >95% pour celles de 1-5 mm.
  - Les taux de survie pour les plus grandes tumeurs (20-50 mm) avoisinent les 20%.
- Le dépistage par frottis classique permet d'éviter en Belgique environ 1400 cancers du col par an.
- Il est possible de diminuer de 15% la mortalité liée au cancer colorectal grâce à un programme de dépistage.
- On estime que 5 à 10% des cancers seraient directement hérités d'un parent. Avoir un parent cancéreux augmente de plus de 50% le risque pour la descendance de développer un cancer.

### 1. Importance du dépistage

D'importants programmes ont été mis en place dans les régions pour augmenter le diagnostic précoce et améliorer les chances de survie de ceux qui sont atteints d'un cancer. Ces programmes de dépistage ont porté leurs fruits et continuent à le faire, même si des efforts supplémentaires sont souhaitables en la matière.

En matière budgétaire, **les programmes de dépistage permettent de réaliser des économies substantielles.**

### 2. Cancer du sein

#### a/ Situation

Le cancer du sein est la première cause de mortalité chez les femmes de 35 à 70 ans. On peut estimer qu'une femme sur 11 sera atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie. Une femme sur 25 décèdera d'un cancer du sein. Trois-quarts des nouveaux cas apparaissent après 50 ans. Une participation régulière à un programme de dépistage permet un traitement moins lourd et une réduction de 30% de la mortalité liée au cancer du sein<sup>60, 61</sup>.

Toute femme entre 50 et 69 ans en Belgique est invitée à subir tous les deux ans et gratuitement une mammographie de dépistage (mammothest). Celui-ci répond aux normes de qualité requises au niveau européen : l'équipement est soumis à des contrôles stricts de qualité et le mammothest fait l'objet d'une deuxième lecture par un radiologue indépendant, deux éléments essentiels dans la diminution des faux positifs et négatifs.

#### b/ Les résultats du programme de dépistage en Belgique<sup>62</sup>

Selon le rapport de l'agence intermutualiste, 56% des femmes ont eu une mammographie en Belgique en 2003-2004, soit dans le cadre du programme de dépistage, soit dans le cadre d'une mammographie diagnostique. Avant le lancement du programme, seulement 38% des femmes étaient examinées via le dépistage opportuniste par mammographie diagnostique.

En **Flandre**, 33% des femmes entre 50 et 69 ans subissaient déjà une mammographie diagnostique en 1999-2000. A la suite du lancement du programme de dépistage, le pourcentage de mammographies classiques (de diagnostic) a chuté de 33% à 21% tandis que 35% des femmes ont participé au programme de dépistage par mammothest. Le pourcentage de couverture totale de la population cible est passé à 56% en 2003-2004.

En **Wallonie**, le taux de mammographie (par mammographie diagnostique) atteignait déjà 45% en 1999-2000. La couverture totale du groupe-cible a augmenté de 11% depuis l'instauration du programme de dépistage par mammothest, dont 10% dans le cadre dudit programme, pour passer à 56% en 2003-2004.

A **Bruxelles**, 47% des femmes faisaient déjà une mammographie diagnostique en 1999-2000. La couverture totale du groupe-cible a augmenté de 4% pour passer à 51% en 2003-2004. Les mammographies de dépistage n'y comptaient que pour 5%, ce qui semble nettement insuffisant en raison des avantages de la mammographie de dépistage.

62

	Couverture pour mammographie de dépistage			Couverture pour mammographie de diagnostic			Couverture totale		
	1999 2000	2001 2002	2003 2004	1999 2000	2001 2002	2003 2004	1999 2000	2001 2002	2003 2004
Région Bruxelles Capitale	0%	1.4%	5.4%	47%	48%	46%	47%	50%	51%
Région flamande	0%	23%	35%	33%	27%	21%	33%	50%	56%
Région wallone	0%	1.2%	9.8%	45%	48%	46%	45%	50%	56%
Belgique	0%	14%	24%	38%	35%	31%	38%	50%	56%

Les taux de couverture doivent cependant être interprétés avec prudence en Wallonie et à Bruxelles, car toutes les femmes appartenant au groupe-cible n'ont pas encore été invitées et il s'agit donc d'attendre les résultats de 2006 pour pouvoir se faire une idée plus précise. Il s'agit toutefois de constater que les habitudes en Wallonie et à Bruxelles favorisent la mammographie ordinaire au détriment de la mammographie de dépistage.

Le programme de dépistage a donc été le plus efficace en Flandre, mais le taux de dépistage par mammographie ordinaire y était nettement plus faible. D'une façon générale le programme de dépistage par mammothest gratuit a également sensibilisé les catégories qui réalisaient peu de dépistage auparavant : les femmes plus âgées et les femmes défavorisées socialement.

Il s'agit aussi de rappeler l'utilité du mammothest par rapport au dépistage spontané ou opportuniste, qui est trop souvent (à 80%) suivi par une échographie. La combinaison d'une mammographie ordinaire et d'une échographie coûte 2x plus cher qu'un mammothest et génère un nombre plus important de fausses présomptions de cancer.

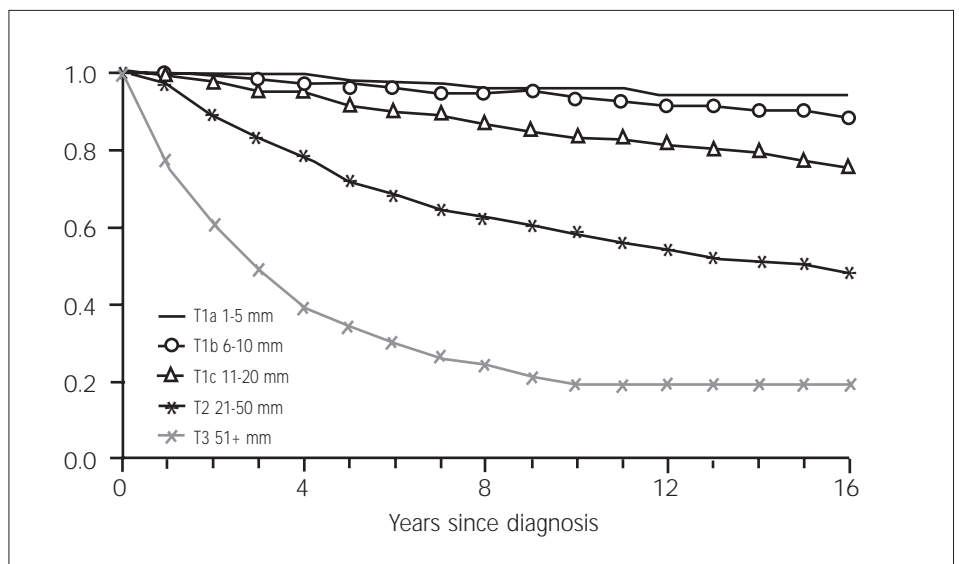
### c/ Impact du programme de dépistage

L'incidence du cancer du sein a nettement augmenté depuis l'instauration des programmes de dépistage. Plus important encore, la taille moyenne des tumeurs au moment du diagnostic a diminué et les chances de survie ont augmenté.

Les guidelines européennes pour les programmes de screening du sein avancent l'objectif de 25% (30% de préférence) de tumeurs diagnostiquées à la taille de 10mm ou moins.

Ainsi, les données des études Two-County<sup>63</sup> en Suède ont démontré que **les chances de survie dépendent fortement de la taille des tumeurs** et ceci indépendamment du traitement mis en place ou de l'âge du patient. Il y est rapporté un taux de survie de >90% pour des tumeurs de 6-10 mm et de >95% pour celles de 1-5 mm, alors que les taux de survie pour les plus grandes tumeurs (20-50 mm) avoisinent les 20%.

Survie relative en fonction de la taille de la tumeur



### Premiers éléments d'évaluation du Programme de dépistage en Communauté française<sup>64</sup>

Nous disposons des chiffres communiqués par le Centre de coordination provincial du Brabant wallon. Celui-ci a enregistré, de juin 2002 à décembre 2004, 6.728 mammothests. Parmi ces 6.728 mammothests, on a relevé 865 anomalies radiologiques nécessitant une mise au point. Parmi ces 865 anomalies, 59 cancers ont été diagnostiqués.

Parmi les 59 cancers :

- 6 cancers (10%) n'avaient pas été détectés à la première lecture et ont été "récupérés" par la deuxième lecture. L'impact en termes de qualité et de sécurité de la deuxième lecture est ainsi une fois encore confirmé.
- 98% des cancers dépistés l'ont été par le mammothest.

Les indicateurs intermédiaires d'efficacité du programme sont rencontrés, comme le montre le tableau suivant et en conséquence, l'impact attendu sur la mortalité devrait être atteint.

	Critères européens <sup>65</sup>	Brabant wallon
Taux de détection	> 6 ‰	8,9 ‰ (60/6.728)
Cancers < 10mm	≥ 25 %	37,2 %
Ganglions (-)	> 70 %	84 %

#### d/ Un dépistage chez les femmes dans la quarantaine ?

Un récent article dans la revue The Lancet<sup>66</sup> estime que les mammographies de dépistage chez les femmes dans la quarantaine sont indiquées après que les femmes et les médecins aient considéré les bénéfices et les risques de ces investigations. En effet, bien que les estimations des nuisances associées au dépistage (imprécision du résultat et risque de cancer induit par les irradiations) semblent être moindres que les bénéfices (une diminution du risque de décès d'environ 16% ou plus), elles demeurent trop incertaines pour permettre de conclure que dans ce groupe d'âge il y ait un bénéfice consistant à pratiquer des mammographies de dépistage à grande échelle.

Dans un rapport de 2005<sup>67</sup>, le Centre Fédéral d'Expertise a jugé les inconvénients supérieurs aux avantages en dehors de la catégorie 50-69 ans et en déconseille le recours. Néanmoins, le collectif d'experts estime que l'exclusion des femmes de 70 ans et plus constitue une discrimination importante et non-éthique. D'autant plus que l'incidence du cancer du sein continue d'augmenter au-delà de cette limite et jusqu'à l'âge de 80 ans.

## Recommandations

### Augmenter le taux de couverture

D'une façon générale, il est important d'augmenter le taux de couverture en attirant les femmes qui ne se font pas dépister vers le programme organisé.

### Promouvoir le programme de dépistage organisé

Il s'agit d'inciter davantage de femmes à quitter la mammographie ordinaire pour s'inscrire dans le programme de dépistage systématique qui offre des garanties de qualité supérieures et à un coût de revient beaucoup plus avantageux pour la société.

### Investir dans l'information du groupe-cible et motiver les généralistes

A cet effet, il est important que les communautés investissent davantage dans l'information et la sensibilisation du groupe-cible et motiver les généralistes. Il s'agit aussi de convaincre les médecins des avantages du programme organisé.

### Fixer la limite d'âge du programme organisé à 75 ans au lieu de 70 ans

Il faudrait également étendre à 75 ans la limite d'âge du programme, comme c'est d'ailleurs le cas dans d'autres pays. D'autre part, les femmes ayant accédé au programme dans la fourchette d'âge fixée devraient être autorisées à rester dans le programme aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

## 3. Cancer du col de l'utérus

### a/ Situation

En 2003, le Conseil de l'Europe a recommandé d'offrir un dépistage cytologique organisé du cancer du col de l'utérus à toutes les femmes de la population-cible (25 à 64 ans). Le dépistage par frottis classique permet d'éviter en Belgique environ 1400 cancers du col par an. 700 femmes sont encore atteintes d'un cancer invasif du col par an faute d'avoir été dépistées à temps; l'issue sera fatale pour près de 40% d'entre elles.

Selon l'ISP, **la couverture du dépistage du cancer du col n'est que de 59% (chiffres 2000) alors que le but est d'atteindre 80%**<sup>68</sup>. L'approche méthodique a pourtant fait la preuve de son efficacité puisqu'à l'étranger une participation au dépistage qui atteint au moins 80% se traduit par une réduction supplémentaire de la mortalité. Or, le nombre de frottis prélevés en Belgique est théoriquement suffisant pour couvrir toute la population-cible.

En chiffres absolus: de 1998 à 2000, 3 millions de frottis ont été prélevés chez seulement 1.6 millions de femmes de 25-64 ans, parmi une population de ± 2.7 millions. Ce qui veut dire que trop de femmes se présentent pour un frottis tous les ans, alors que d'autres ne se font pas dépister.

L'ISP avance les objectifs spécifiques suivants<sup>69</sup>:

- Optimisation de la participation au dépistage en réduisant le "overscreening" et en augmentant la couverture dans les groupes moins protégés. (femmes de plus de 40 ans, personnes défavorisées, immigrées, ...).
- Surveillance de la qualité du test de dépistage (prélèvement et proportion de "over-screening", interprétation, résultat).
- Suivi adéquat et/ou traitement des femmes ayant eu un test positif.
- Monitoring des indicateurs épidémiologiques concernant le dépistage du cancer du col et évaluation du programme.
- Evaluation de la performance des nouvelles méthodes de dépistage: liquid-based cytology, HPV DNA testing, marqueurs moléculaires.

Dans un rapport, le Centre Fédéral d'Expertise<sup>68</sup> estime que « la mortalité due au cancer du col diminuera d'abord par une plus large participation au dépistage et, dans une moindre mesure, par l'amélioration de la qualité des tests. »

## Recommandations

### **Accélérer le développement d'un programme de dépistage national**

Un programme de dépistage du cancer du col est en cours de développement. Il prévoit un frottis (examen de Papanicolaou) tous les trois ans pour les femmes de 25 à 64 ans. Tous les acteurs impliqués doivent s'engager à faire aboutir ce programme dans les meilleurs délais, et ce au niveau national. En effet, les exemples étrangers d'approche méthodique ont fait leur preuve avec un taux de couverture atteignant au moins 80% et une baisse de la mortalité pour conséquence.

### **Optimiser la couverture des populations concernées**

Le nombre de frottis réalisés à l'heure actuelle de façon aléatoire suffirait à couvrir l'ensemble du groupe-cible. Une réduction structurelle de la sur-utilisation et une redistribution du nombre de frottis sur l'ensemble du groupe-cible sont nécessaires. Le dépistage des femmes en-dessous de 25 ans et les examens trop fréquents dans le groupe des femmes entre 25 et 64 ans doivent donc être découragés, p.ex. en refusant l'accès au remboursement en cas de recours non indiqué au dépistage (des examens plus réguliers restant justifiés pour certains groupes à risque ou lors de frottis suspects).

De cette façon il est possible, sans augmentation du financement public, d'améliorer sensiblement la prise en charge du cancer du col utérin en Belgique.

### **Mettre en place un registre national des frottis**

Il s'agit également de mettre en place un registre national des frottis afin de pouvoir évaluer et corriger au besoin le programme de dépistage.

## **4. Cancer colorectal**

### a/ Situation

En Belgique, le cancer colorectal représente la deuxième cause de mortalité liée au cancer. 7.700 Belges sont chaque année diagnostiqués avec un cancer colorectal et la moitié d'entre eux vont en mourir. Comme pour les autres cancers, les chances de survie sont meilleures si le cancer est diagnostiqué précocement, d'où l'utilité du dépistage.

Le Conseil de l'Union, dans une recommandation de 2003, préconise un dépistage du cancer colorectal par recherche de sang occulte dans les selles suivi de la coloscopie en cas de positivité chez les personnes de 50 à 74 ans, à un rythme annuel ou bisannuel, dans le cadre de programmes organisés comprenant une assurance qualité. Le Centre Fédéral d'Expertise estime<sup>70</sup> la détection de sang dans les selles effectuée tous les deux ans est le seul test pour lequel il existe des preuves scientifiques suffisantes d'une réduction réelle de la mortalité.

L'exemple de la France montre que le dépistage généralisé à partir de 50 ans peut conduire à une baisse de la mortalité et ceci en respectant le rapport coût-efficacité. Il faut cependant plus de certitudes notamment au niveau de la participation : une participation minimale est requise pour justifier les frais et obtenir l'effet voulu. **Une réduction de la mortalité d'environ 15% est en effet observée si le taux de participation de la population est supérieur à 50%.**

Les effets nuisibles éventuels sur le plan physique et psychosocial méritent aussi une investigation plus poussée.

### b/ Facteurs héréditaires

La reconnaissance des facteurs de risque est un élément primordial de toutes politiques de prévention et de dépistage efficaces. Les syndrômes familiaux sont parmi les plus importants facteurs de risque à retenir (FAP ou polypose rectocolique familiale; HNPCC ou cancer colorectal héréditaire sans polypose). Ces syndrômes héréditaires sont responsables de +/- 5% de tous les cancers colorectaux et les antécédents familiaux interviennent dans 15 à 20% d'entre eux.

## **Recommandations**

### **Mettre en place un programme de dépistage organisé à partir de 50 ans (50-74 ans)**

Un programme de dépistage du cancer colorectal bien organisé doit être mis en place en Belgique le plus rapidement possible pour les hommes et les femmes à partir de 50 ans.

### **Tenir compte des facteurs héréditaires**

Pour les personnes à risque (des antécédents familiaux interviennent dans 15 à 20% des cancers colorectaux), il est conseillé d'effectuer des colonoscopies à intervalles réguliers. Pour les 75 à 80% restants, une stratégie basée sur la

recherche de sang dans les selles est à conseiller, suivie d'une colonoscopie en cas de résultat positif.

#### **S'assurer d'un taux de participation suffisant**

Un tel programme doit pouvoir compter sur un taux de participation suffisamment élevé et correspondre aux recommandations de bonne pratique telles que validées récemment dans un rapport du Centre Fédéral d'Expertise<sup>70</sup>.

## **5. Cancer de la prostate**

### a/ Situation

Le cancer de la prostate constitue le cancer le plus fréquent chez l'homme. Il est d'autant plus fréquent que l'âge avance : c'est le facteur de risque le plus important. Il débute à partir de 50 ans, la plupart des cas sont diagnostiqués au-delà de 60 ans. On note de manière inexplicable un accroissement du nombre de cancers de la prostate chez les sujets de 50 à 70 ans.

Les hommes issus de familles avec antécédents de cancer prostatique (père ou frère) sont plus à risque que les autres. Le risque est doublé lorsqu'un parent du premier degré présente ou a présenté la maladie. On soupçonne qu'il pourrait y avoir un lien entre l'obésité et le cancer de la prostate.

Le taux de survie général du cancer de la prostate (de 90% à 10 ans et de 80% à 15 ans), est d'autant meilleur que le diagnostic a été précoce. Il est toutefois à noter que plus de la moitié des hommes de 60 ans sont porteurs de cancers microscopiques de la prostate. Pour une minorité d'entre eux, il s'agit d'une maladie potentiellement mortelle. Toutefois, la plupart des hommes âgés, mourront avec ces lésions et non à cause de celles-ci.

**L'objectif du dépistage est donc de repérer les cancers de la prostate plus agressifs.** On pratique en Belgique, plus d'un million de tests par an, ce qui veut dire qu'environ un homme sur quatre de plus de 50 est dépisté de manière opportuniste.<sup>71</sup>

### b/ Dépistage – modalités et avis du Centre Fédéral d'Expertise

Le dépistage s'appuie sur une consultation avec examen de la prostate par le toucher rectal et une prise de sang pour doser la PSA (prostate specific antigen). Mais des dosages élevés de PSA dans le sang ne signifient pas systématiquement qu'il y a cancer : d'autres causes telle une hypertrophie bénigne de la prostate ou une inflammation (prostatite) peuvent élever la PSA.

C'est pourquoi, lorsqu'un taux est élevé (plus de 4 ng/ml), il faut d'abord le relier à l'âge du patient : les valeurs "normales" sont inférieures à 2.5 de 40 à 49 ans, inférieures à 3.5 de 50 à 59 ans, inférieures à 4.5 de 60 à 69 ans et inférieures à 6.5 de 70 à 79 ans. Lorsqu'un résultat est élevé il est en outre recommandé après 4 à 6 semaines de le recommencer car seuls 1/4 des patients ayant un taux entre 4 et 10 ng/ml ont un cancer de la prostate et il n'y a aucun risque à "attendre" (un délai de plusieurs mois serait même sans risque). C'est la biopsie pratiquée, si les taux élevés sont confirmés, qui fera le diagnostic.

L'utilisation du **test PSA** dans le dépistage est depuis longtemps sujette à controverses. Dans une évaluation<sup>71</sup>, le Centre Fédéral d'Expertise estime qu'il n'y

## Recommandations

a pas de preuve d'efficacité du dépistage du cancer de la prostate. Le dépistage organisé et la promotion de l'utilisation du PSA pour les hommes en bonne santé et sans risques particuliers peut faire plus de torts (effets secondaires de traitements inutiles comme l'impuissance et l'incontinence) que de bien et entraîne un gaspillage des moyens. Ceci notamment en raison d'un nombre trop important de résultats « faux positifs » et « faux négatifs ».

Si un cancer est dépisté, il mettra encore 10 à 15 ans avant de donner des problèmes : attendre et surveiller reste une option. Il est également possible de traiter par chirurgie ou radiothérapie, mais ces traitements invasifs s'accompagnent d'effets secondaires comme l'impuissance et l'incontinence.

### Eviter un recours excessif au test PSA

La plupart des pays adoptent une position prudente, à savoir que le test PSA peut être proposé aux hommes de plus de 50 ans, tout en leur expliquant les risques et bénéfices potentiels du dépistage et du traitement. Il s'agit toutefois d'en limiter l'usage chez les hommes asymptomatiques.

Ainsi, le Centre Fédéral d'Expertise a estimé qu'il est souhaitable que les hommes qui désirent recevoir le test discutent d'abord avec leur médecin des incertitudes et des conséquences liées à celui-ci. Il est nécessaire aussi de construire un schéma qui permette de réduire la fréquence des tests et adapte la fréquence des remboursements.

### Développer des procédures diagnostiques plus spécifiques

Des études sont nécessaires pour déterminer des procédures diagnostiques plus spécifiques. Dans l'attente, un programme de dépistage systématique ne semble pas opportun.

## **6. Vers un dépistage du cancer du poumon ?**

Le cancer du poumon est dans les pays occidentaux la cause la plus fréquente des décès dus au cancer chez les hommes, et à l'origine d'une mortalité croissante chez les femmes. Il est souvent dépisté par hasard au cours d'un examen radiographique de la cage thoracique. La maladie ne provoque généralement des troubles qu'à un stade avancé.

Afin de pouvoir la détecter sur une radiographie, la tumeur doit avoir atteint un diamètre d'au moins un centimètre. Elle n'est alors plus à un stade précoce, mais a déjà effectué les trois quart de son développement durant de nombreuses années, sans avoir été dépistée.

En 1999, deux études réalisées, l'une au Japon<sup>72</sup> et l'autre aux Etats-Unis<sup>73</sup>, ont confirmé l'intérêt d'un dépistage du cancer du poumon basé sur un scanner plutôt que sur une radiographie thoracique. Dans l'étude américaine, un millier de personnes avait été suivies, 27 cancers du poumon avaient été détectés par scanner contre seulement 7 par radiographie.

Mais au-delà d'une meilleure détection en terme quantitatif, le scanner permet un véritable bond qualitatif. **Les scanners permettent de détecter des tumeurs significativement plus petites** (7 mm en moyenne contre 20 mm). Cette amélioration est loin d'être négligeable lorsque l'on sait que le taux de survie à 5 ans passe de 80-85 % pour une tumeur de moins de 15 mm à 10 à 15 % pour une tumeur plus grosse.



## Recommandations

Une étude publiée en octobre 2006 a également démontré que le dépistage du cancer du poumon par scanner permet la détection de tumeurs à un stade guérissable<sup>74</sup>. Sur les 31.567 sujets asymptomatiques à risque ayant subi un test de dépistage, 484 cancers ont été diagnostiqués, dont 85% à un stade précoce avec un taux de survie à 10 ans estimé à 88%. Parmi les patients diagnostiqués qui ont été opérés, le taux de survie était de 92%. Les auteurs estiment cependant qu'une analyse de la rentabilité d'un tel dépistage (par tomographie) doit être effectuée avant de pouvoir décider de l'opportunité d'un programme de dépistage du cancer du poumon.

Les hôpitaux universitaires de Louvain et de Hollande collaborent depuis 2003 à l'étude Nelson sur le dépistage du cancer du poumon. Plus de 15.000 patients âgés de 50 ans ou plus, fumeurs ou ex-fumeurs et en bonne condition physique, ont été inclus dans l'étude dont le follow-up se poursuivra jusqu'en 2010.

### Etudier l'opportunité d'un programme de dépistage par scanner

Le cancer du poumon demeure de loin le cancer le plus meurtrier. Son incidence est particulièrement haute en Belgique. Un programme organisé par scanner pourrait contribuer à dépister précocement des patients asymptomatiques et à augmenter leurs chances de survie. Mais il n'y a pas de preuve à l'heure actuelle que cette stratégie serait utile.

Il est donc indispensable de poursuivre la récolte de données scientifiques, en ce compris des analyses de rentabilité, concernant l'opportunité de lancer un tel programme en Belgique.

### Mettre en place des études pour mesurer l'impact sur la survie

A ce titre, il faudrait d'abord mettre en place des études interventionnelles prospectives pour démontrer un impact favorable sur la survie. Ces études devraient s'inspirer de l'expérience acquise dans la détection précoce du cancer du sein.

## **7. Formes héréditaires de cancer**

La connaissance des gènes impliqués dans les cancers humains a débuté dans les années 80. Le domaine des biotechnologies continue de progresser à grands pas et devrait permettre des débouchés intéressants, non seulement au niveau du dépistage, mais également dans la prévention et la prise en charge du cancer.

Une étude réalisée par Paul Lichtenstein<sup>75</sup> sur près de 45.000 jumeaux a fait ressortir que globalement un cancer sur 4 posséderait une composante génétique. Les auteurs ont remarqué que **l'hérédité intervient à des degrés divers selon le type de cancer**. Le risque avoisinerait 42% dans le cancer de la prostate, 35% dans le cancer colorectal et 27% dans le cancer du sein. On estime que 5 à 10% des cancers seraient directement hérités d'un parent. Avoir un patient cancéreux augmente de plus de 50% le risque pour le descendant de développer un cancer.

Il est à noter qu'il n'existe pour le moment pas de consensus en matière de prévention des cancers héréditaires faute de données précises sur l'efficacité des stratégies possibles. Toujours est-il que l'évaluation des risques tumoraux des membres d'une famille permet de cibler le dépistage sur les seuls sujets porteurs et d'ainsi éviter des examens inutiles à ceux qui ne le sont pas.

## Recommandations

### Valoriser le rôle et l'implication du médecin généraliste dans le repérage et l'information des familles à risque

Le repérage et l'information des familles à risque doit également demeurer une priorité et recevoir le soutien nécessaire, notamment au niveau du médecin généraliste. Entre autres par manque de sensibilisation des médecins, les patients ayant des antécédents familiaux manquent souvent d'information concernant la possibilité et l'intérêt des tests génétiques.

### Etablir des Consultations pour Cancers Familiaux

L'implication des oncologues dans la prise en charge des Cancers Familiaux devrait être amplifiée, par exemple au travers de consultations multidisciplinaires pour Cancer Familiaux en collaboration avec les Centres de Génétique.

Il est nécessaire d'augmenter l'information et l'intérêt de tous les médecins, généralistes et spécialistes dans ce domaine, afin que les familles à risque aient plus facilement accès aux conseils spécialisés et aux tests prédictifs et soient mieux informés sur les différentes options préventives.

### Garantir l'accès aux tests génétiques aux patients à risque

Il est important de pouvoir garantir l'accès aux tests génétiques en cas de risque de cancer héréditaire.

## 8. Mélanome

Une journée de dépistage gratuit se déroule chaque année en Belgique. Ce programme semble porter ses fruits et mérite d'être encouragé. Il a non seulement un impact direct au travers des mélanomes dépistés le jour même, mais il joue également un rôle de sensibilisation qui porte ses effets à plus long terme.

## Recommandations

### Sensibiliser la population à l'importance du dépistage

Un programme de dépistage systématique ne semble pas s'imposer dans ce domaine, mais il est utile de sensibiliser la population à l'importance des contrôles cutanés, pour dépister précocement les mélanomes.

### Développer des trajets de soins pour le mélanome

La prise en charge du mélanome est extrahospitalière et n'est donc pas du ressort des programmes de soins. Ceci entraîne un manque de contrôle sur la qualité de la prise en charge. Il serait donc souhaitable, ici aussi, de développer des trajets de soins sous forme de programmes contenant des normes et guidelines pour la prise en charge du mélanome, en ce compris le dépistage précoce.

## Recommandations générales

Parmi les recommandations générales concernant la politique de dépistage des cancers en Belgique, citons les priorités suivantes :

- **Mieux informer et sensibiliser la population** concernant l'importance du dépistage du cancer et ses bénéfices en terme de survie. Une meilleure prise de conscience de la population concernant les bénéfices du dépistage renforcerait le fonctionnement des programmes existants, dont l'efficacité dépend souvent du taux de participation de la population.

- **Valoriser le rôle et l'implication du médecin généraliste** dans l'amélioration du dépistage du cancer. L'amélioration du dépistage passe nécessairement par l'implication de la première ligne dans l'information et l'orientation des patients à risque vers les programmes de dépistage organisés ou vers un dépistage individuel au cas par cas.

- **Garantir l'accès équitable au dépistage au niveau national** en concertation avec les intervenants concernés. Des disparités régionales en matière d'accès au dépistage et de taux de couverture ne sont pas acceptables, même si des différences liées aux habitudes sanitaires existent. Il est nécessaire de compenser ces différences de mentalité en développant des approches spécifiques, mais l'accès au programme en tant que tel ne peut souffrir aucune exception régionale.

- **Stimuler le développement de tests et programmes de dépistage.** Etant donnée l'efficacité du dépistage dans l'amélioration des soins et des taux de survie, la mise au point et le développement de tests et programmes fiables pour le dépistage des principaux cancers constituent une priorité de santé publique.

Si l'on veut contribuer à contenir les dépenses publiques dans le domaine de l'oncologie, il est impératif d'investir structurellement dans le dépistage du cancer en Belgique.

## C. A travers l'accès aux traitements

### Chiffres-clé

- *Aujourd'hui, la rapidité d'accès aux traitements en oncologie est un problème particulièrement aigu en raison de la plus-value apportée par les nouveaux anticancéreux.*
- *Les nouveaux anticancéreux ont un prix élevé qui peut aller de 30.000 à 60.000 euros par an par patient. Ces innovations représentent pour la plupart une véritable plus-value en réponse à un besoin médical et/ou en termes d'efficacité, de tolérance ou de compliance.*
- *De plus en plus d'économistes examinent aujourd'hui l'impact du nombre de médicaments disponibles sur la survie à 1 an et à 5 ans.*
- *Des traitements inutiles et coûteux peuvent être évités au profit de traitements alternatifs grâce à la pharmacogénomique.*

Etant donné l'étendue du pipeline et l'augmentation annoncée du nombre de patients, ne pas prévoir l'innovation revient à mettre en danger la pérennité de notre système basé sur la solidarité et l'accès aux meilleurs traitements, ainsi que le prévoit la loi sur les droits des patients. **En l'absence de mesures préventives, les marges budgétaires seront à terme insuffisantes pour financer le remboursement de l'innovation thérapeutique en oncologie.** Une limitation de l'accès aux nouveaux agents posera dès lors un problème de santé publique majeur.

L'innovation thérapeutique constitue pourtant le principal espoir dans la lutte contre le cancer. Il s'agit donc de déterminer, en connaissance de cause, les moyens que la société entend y consacrer.

## 1. Libérer des moyens pour l'innovation

### a/ Réduire le prix des médicaments existants

Le gouvernement a décidé d'introduire le système du prix de référence de manière à inciter le patient à acheter un médicament meilleur marché par rapport au prix du médicament de marque. Des campagnes d'information ont soutenu cet incitatif en sensibilisant public et professionnels à l'intérêt d'utiliser des médicaments moins chers.

Le médicament générique s'inscrit dans la politique générale de maîtrise des dépenses de santé. Son développement doit permettre, grâce aux économies engendrées pour les organismes de remboursement, le financement des médicaments innovants et l'accès rapide au progrès thérapeutique.

En outre, les autorités ont parfois aussi reclassé des médicaments dans des catégories dont le taux de remboursement est plus faible, sur base des données thérapeutiques.

Une autre mesure a consisté en l'introduction par le ministre du modèle kiwi light. Il s'applique à certains médicaments hors brevet pour lesquels il existe un générique en vue de contribuer à diminuer le prix de ces médicaments. Cette mesure ne semble pas donner les effets désirés et a récemment été remise en question.

## Recommandations

### Poursuivre le contrôle des dépenses au profit de traitements innovants

Il faut prévoir les moyens nécessaires pour financer l'arrivée sur le marché des nouveaux agents anticancéreux qui présentent des avantages thérapeutiques importants par rapport aux chimiothérapies classiques. Les mesures visant à contenir le budget des anciens médicaments au profit de l'innovation doivent donc être poursuivies.

## 2. Réévaluer la place des médicaments existants

Dans un contexte où les innovations se succèdent, **le besoin d'évaluer la place des traitements devient de plus en plus grand**. Il n'est pas acceptable de retrouver un traitement destiné à la première ligne en deuxième ou troisième ligne, ni de prolonger le recours à des traitements sous-optimaux d'un point de vue coût-bénéfice.

## Recommandation

### Développer une structure de réévaluation flexible basée sur l'évidence scientifique

On pourrait envisager la mise en place d'un groupe de travail chargé de réévaluer régulièrement la place des produits existants et de conseiller les autorités concernant leur utilisation optimale.

Ces réévaluations devraient se faire sur base d'une approche « evidence based » au sein d'une structure suffisamment flexible pour suivre de près l'évolution des connaissances scientifiques. Des critères clairs et transparents sont nécessaires afin de pouvoir déterminer la 'valeur' des produits et techniques innovants (voir plus bas).

### **3. Prévoir et gérer les moyens adéquats pour garantir l'accès à l'innovation**

Les nouveaux anticancéreux ont un prix élevé qui oscille en moyenne entre 30.000 et 60.000 euros par an par patient. Ces innovations représentent pour la plupart une véritable plus-value en réponse à un besoin médical et/ou en termes d'efficacité, de tolérance et de compliance. Elles peuvent aussi avoir un impact favorable important sur la qualité de vie des patients.

Médecins et patients exigent dès lors un accès rapide à ces nouveaux traitements.

Il s'agit donc, d'une part, de prévoir des mécanismes permettant de financer l'innovation sans déséquilibrer les budgets et, d'autre part, d'assurer l'accès rapide des patients aux traitements et techniques innovants qui représentent une véritable avancée pour les patients.

#### a/ Introduction

Un certain nombre de questions se posent concernant l'utilisation que les autorités de santé font des évaluations économiques; par exemple, faut-il appliquer la même valeur seuil pour le rapport coût-efficacité des produits oncologiques innovants et protéines biologiques thérapeutiques de grande taille et pour l'évaluation des molécules classiques ? Peut-on mettre en place une procédure d'évaluation de l'impact global d'un nouveau traitement plutôt que se concentrer sur le coût du produit ou les budgets de santé définis?

**Les caractéristiques des nouveaux traitements en oncologie justifient le développement de critères spécifiques plus flexibles pour en assurer l'accessibilité rapide et équitable.**

Nous distinguons deux défis majeurs dans le contexte actuel:

- Premier défi : prévoir les marges financières nécessaires pour financer l'innovation.
- Deuxième défi : assurer l'accès rapide des patients aux traitements et techniques innovants.

#### b/ Taux de survie et disponibilité des anticancéreux

Différentes publications mettent en évidence le lien entre l'introduction et l'utilisation de nouveaux médicaments sur l'amélioration de la santé et l'augmentation de la longévité.

Le Dr Frank Lichtenberg de la Columbia University a étudié le lien entre l'utilisation de nouveaux traitements dans le cancer et leur impact sur le taux de survie des patients traités<sup>76</sup>.

Une première analyse portant sur des données américaines indique que 44% de l'amélioration de la survie observée entre 1992 et 1999 serait attribuable à l'utilisation de nouveaux médicaments (médicaments disponibles après 1990).

Une seconde analyse réalisée dans 5 pays européens (France, Espagne, Allemagne, Italie et Grande-Bretagne) et concernant 18 cancers différents montre un impact favorable de l'utilisation de nouveaux médicaments sur la survie à 1 et 5 ans.

Une dernière analyse réalisée dans 20 pays, tous cancers confondus, montre que la diminution du taux de mortalité est plus importante dans les pays où le nombre annuel moyen de nouveaux traitements disponibles est plus élevé.

## c/ Financer l'innovation en oncologie

### 1 - Forfaitarisation des soins

Depuis le 1er juillet 2006, les hôpitaux appliquent un système de remboursement forfaitaire des spécialités pharmaceutiques administrées, par séjour, quelle que soit la consommation réelle. La base légale de la forfaitarisation vise exclusivement, à ce jour, les spécialités remboursées à l'hôpital pour des patients hospitalisés. En outre, certaines spécialités échappent à la forfaitarisation par le biais d'une liste d'exclusion (environ 25% du budget) et continuent à l'être à la prescription.

La forfaitarisation des soins médicaux et pharmaceutiques doit conduire à développer des approches objectives en terme de choix thérapeutiques.

Des spécialités sont exclues du forfait :

- 1) Lorsqu'il s'agit d'un principe actif d'une grande importance dans la pratique médicale compte tenu des besoins thérapeutiques et sociaux et du caractère innovateur du principe actif  
et
- 2) Lorsque le coût peut considérablement freiner son administration chez les bénéficiaires hospitalisés en cas de forfaitarisation de l'intervention de l'assurance.

Les médicaments oncologiques, répondant à ces critères, sont actuellement exclus du forfait et devraient le rester.

### 2 - Vers un fonds d'innovation

La Sécurité Sociale a engrangé un solde bénéficiaire de 274 millions d'euro en 2006, contre 20 millions en 2005. Elle était déficitaire avant. Ce résultat a été obtenu grâce à un net ralentissement des dépenses de santé, mais également grâce à un financement alternatif de plus en plus important. C'est-à-dire que la part des ressources provenant de la charge sur le travail est en diminution. Citons parmi ces modes de financement alternatif les accises sur le tabac et les emballages, les recettes du précompte immobilier et les cotisations CO<sub>2</sub> sur les voitures de société.

Dans la foulée, Le ministre Rudy Demotte a annoncé la création d'une réserve de 100 millions pour les dépenses de médicament et d'un fonds d'avenir pour les soins de santé doté de 309 millions (à utiliser à partir de 2011).

## Recommandations

### ***Maintenir les anticancéreux en dehors du système de forfaitarisation***

*Une forfaitarisation éventuelle des anticancéreux ne peut faire obstacle à l'arrivée des nouveaux traitements. Il s'agit donc de maintenir les anticancéreux en dehors des forfaits, pour ne pas forcer les hôpitaux à opérer des choix qui porteraient préjudice à la qualité des soins administrés aux patients, notamment par le biais d'une limitation d'accès aux traitements sur base de critères financiers.*

### ***Garantir une norme de croissance suffisante pour l'oncologie***

*Une norme de croissance budgétaire suffisante doit être maintenue en vue de permettre le remboursement des médicaments et techniques innovants, notamment en oncologie.*

*Il ne faut pas oublier que la charge du cancer représente 17% des AVCI alors que le cancer compterait en moyenne pour 5 à 7% dans les dépenses de*

santé globales en Europe. En Belgique, les anticancéreux comptent pour environ 8% dans le budget destiné au remboursement des médicaments. Une norme trop restrictive risquerait de contraindre les autorités à opérer des choix portant atteinte à la qualité des soins oncologiques en Belgique, par exemple à travers un blocage de la part allouée au cancer ou une augmentation trop limitative de celle-ci.

#### **Créer un fonds d'innovation pour financer les traitements avec une véritable plus-value thérapeutique**

Plusieurs intervenants ont récemment plaidé pour la création d'un fonds d'innovation. Un tel fonds permettrait de financer l'arrivée de nouveaux traitements représentant une véritable plus-value thérapeutique sans mettre en danger l'équilibre budgétaire. Une norme de croissance suffisante et un contrôle accru des dépenses sont nécessaires pour alimenter ce fonds dans les années à venir.

#### **4. Assurer l'accès rapide aux innovations**

**Aujourd'hui, la rapidité d'accès aux traitements en oncologie est un problème particulièrement aigu en raison de la plus-value apportée par les nouveaux anticancéreux.** Doit-on continuer à administrer un ancien traitement remboursé alors qu'il existe un traitement innovant plus efficace dont le dossier de remboursement n'est pas encore approuvé ? Peut-on se résigner, en tant que patient, à accepter un traitement sous-optimal pour des raisons non médicales ?

De plus, la rapidité d'accès aux traitements divergent à travers l'Europe. Les raisons de ces différences entre pays sont diverses, mais elles entraînent une inégalité entre patients qui peut difficilement être maintenue à terme. De plus, cette inégalité nuit davantage aux patients appartenant à des catégories sociales inférieures, qui sont déjà plus touchées par la maladie, dès lors qu'ils n'ont pas les moyens de payer le traitement ou de se rendre à l'étranger.

D'importants efforts ont certes déjà été réalisés pour ramener la durée de la procédure à 180 jours comme il est recommandé au niveau européen. Ainsi, si au 180<sup>e</sup> jour aucune décision n'a été prise, la proposition est adoptée comme si elle avait été débattue. Mais les délais d'accès à l'innovation en Belgique restent un point d'attention qui doit susciter encore davantage de coopération entre les parties.

#### **Recommandations**

#### **Développer des critères flexibles d'accès plus rapide aux agents innovants**

*Afin d'améliorer la rapidité d'accès des patients aux traitements innovants, les autorités doivent se pencher sur les solutions possibles en concertation avec les intervenants concernés.*

*Ainsi, le système actuel de remboursement présente une rigidité qui n'est pas adaptée à la situation particulière dans laquelle se trouve l'oncologie, caractérisée par une évolution rapide des approches thérapeutiques. Il s'agit donc de considérer l'opportunité de développer des critères flexibles permettant, d'une part, un accès plus rapide aux agents innovants et, d'autre part, une révision plus rapide de la place des traitements en fonction des nouvelles données scientifiques.*

Parmi les pistes envisagées, il est discuté de donner la possibilité aux firmes d'introduire un dossier de remboursement dès avis positif du Comité des Médicaments à usage humain (CHMP) de l'Agence européenne des médicaments (EMA).

Une autre piste consisterait à impliquer les experts dans un comité d'évaluation dont les avis, basés sur des critères objectifs établis préalablement, permettraient d'octroyer un remboursement temporaire conditionnel aux traitements dont les résultats d'études montrent un bénéfice important.

#### **Développer des critères objectifs pour évaluer le caractère innovant**

Définir les critères objectifs de l'évaluation des bénéfices par ordre d'importance décroissant :

- Overall survival : les chances de survie pour un patient
- Progression-free survival : l'augmentation de la survie sans progression
- Health related quality of life : l'amélioration de la qualité de vie

Ainsi, un traitement augmentant significativement la survie (overall survival) ou la survie sans progression (progression-free survival) pourrait bénéficier d'un accès accéléré. Ces deux critères sont les plus importants, le troisième critère (health related quality of life) devenant important quand il s'agit de comparer des médicaments ayant acquis un impact similaire sur la survie ou la survie sans progression.

#### **Limiter l'accès à un nombre restreint de centres**

En contrepartie, l'accès aux traitements pourrait être limité à un certain nombre de centres universitaires ou hautement spécialisés afin de permettre un contrôle accru des conditions dans lesquelles le traitement est mis à disposition et une adaptation plus rapide de ces conditions d'accès. Citons les paramètres suivants :

- Groupe-cible : individualisation des traitements vers les répondeurs
- Evidence-based medicine : prise en compte rapide des nouvelles données scientifiques
- Impact budgétaire : évaluation de l'impact budgétaire du traitement

Cette phase initiale d'introduction d'un nouveau médicament devrait aussi être conditionnée par la mise en route d'études nationales concernant l'utilisation optimale du médicament (bio-marqueurs prédictifs et durée optimale du traitement) sur base d'un partenariat financier entre la sécurité sociale et l'industrie pharmaceutique et d'un partenariat scientifique entre le monde académique et l'industrie pharmaceutique. Ces études seraient idéalement coordonnées au départ d'un Institut National du Cancer (voir plus loin).

Cette période d'évaluation permettrait de décider des conditions d'un remboursement définitif et d'un accès basé sur des guidelines tenant compte des observations récoltées durant la période d'évaluation.



## Recommandations

### **5. Inciter à la poursuite des études sur les produits existants**

Le contexte du marché pharmaceutique – la législation sur les brevets et la procédure de remboursement – peut être un frein à la poursuite de programmes de recherche et d'études cliniques complémentaires visant, entre autres, à un usage plus rationnel des médicaments.

#### **Permettre une extension de la validité des brevets pour inciter les firmes à initier davantage d'études**

*Une extension de la validité des brevets pourrait être considérée en cas d'enregistrement de nouvelles indications. Ceci pourrait inciter les firmes pharmaceutiques à initier davantage d'études durant la commercialisation du produit.*

#### **Récompenser les firmes s'engageant dans des programmes d'études complémentaires**

*Des incitants pourraient être mis en place, par exemple en offrant une prolongation du brevet ou au travers du remboursement, pour récompenser les firmes pharmaceutiques s'engageant dans des programmes d'études complémentaires.*

### **6. Considérer le prix des médicaments sur base du caractère innovant**

Un ensemble de paramètres interviennent dans le processus de négociation du prix des nouveaux médicaments, parmi lesquels figurent la durée de développement, la valeur ajoutée du traitement, les prix européens, etc.

La procédure actuelle en Belgique inclut une comparaison avec les prix dans les autres Etats européens. A ce niveau, les prix des médicaments en Belgique est en moyenne inférieur à ceux d'application dans les pays limitrophes (France, Pays-Bas, Allemagne...).

Il semble toutefois y avoir un manque de transparence concernant les critères techniques ou scientifiques justifiant le prix des médicaments. Cette absence de transparence pose un problème aux pouvoirs publics et aux organismes chargés d'instaurer des normes de remboursement.

## Recommandations

#### **Encourager une politique de prix à l'échelon européen**

*Une véritable politique de fixation des prix à l'échelon européen, sur base de critères objectifs garantissant une plus grande transparence, pourrait élargir la marge de négociation des pouvoirs publics face à l'industrie et contribuer à réduire les coûts. Il s'agit toutefois de veiller à ce que les économies d'échelle réalisées par la mise en pratique de telles mesures bénéficient directement aux patients et à la société.*

#### **Définir des priorités d'accès, de prix et de remboursement en fonction du degré d'innovation**

*Le principe directeur d'une politique efficace à long terme consisterait à récompenser l'innovation. Un tel système devrait être suffisamment flexible pour pouvoir adapter le prix des médicaments en fonction de nouveaux résultats d'étude. La question se pose cependant de savoir comment déterminer la « valeur » de l'innovation et de lui attribuer un prix correspondant. Une con-*

*certation la plus large possible semble donc indiquée pour déterminer quels critères utiliser pour fixer équitablement le prix des agents innovants.*

*Un panel composé d'experts spécialisés dans des domaines particuliers de l'oncologie et d'oncologues médicaux pourrait évaluer plus facilement et hiérarchiser plus justement l'impact des nouveaux médicaments dans les différents cancers en vue de déterminer leur ordre de priorité dans un budget oncologique.*

*On peut également envisager, au niveau de l'oncologie, l'application de nouvelles procédures de remboursement et de fixation des prix en Belgique étant donné l'urgence de développer un système permettant d'accueillir l'innovation dans les meilleures conditions et délais. Un accès accéléré et un remboursement révisable pourraient être accordés aux traitements apportant une plus-value significative par rapport aux traitements existants.*

## **7. Mieux cibler les traitements par le développement de méthode prédictives**

Les nouveaux débouchés de la recherche en cancérologie permettent de créer des **traitements de plus en plus individualisés**, permettant ensuite de mieux gérer l'utilisation des nouveaux médicaments et donc de limiter leur impact sur le budget de l'assurance-maladie.

La pharmacogénomique est l'étude de l'interaction entre l'hérédité génétique d'un individu et la réponse de son corps aux médicaments. La pharmacogénomique permet de savoir à l'avance si l'on doit appliquer le traitement (le médicament) ou si par contre ce n'est pas la peine car le génome de la personne en question n'est pas approprié. Dans ce dernier cas, **des traitements inutiles et coûteux peuvent être évités au profit de traitements alternatifs.**

Des chercheurs de l'université de Cincinnati ont ainsi identifié une nouvelle méthode prédictive du succès des médicaments anti-oestrogènes chez les patientes souffrant d'un cancer du sein hormono-dépendant: les bio-marqueurs<sup>77</sup>.

Cette méthode va aider les médecins à prévoir de manière plus précise quelles seront les tumeurs qui vont répondre à la thérapie et améliorer à terme la survie à long terme des patientes souffrant d'un cancer du sein.

## **Recommandations**

### **Investir dans la recherche de méthodes prédictives**

*Plus de recherche clinique est nécessaire avant de pouvoir appliquer les nouvelles méthodes prédictives de l'efficacité des traitements en routine. Il va sans dire que ces méthodes ont un rôle essentiel à jouer dans le contrôle des dépenses et le bien-être des patients en permettant d'éviter des traitements et examens onéreux et inutiles.*

### **Soutenir la recherche académique et récompenser la recherche pharmaceutique dans ce domaine**

*D'une part, les moyens mis à disposition de la recherche académique doivent être augmentés afin de permettre aux chercheurs d'accélérer la mise au point de ces méthodes prédictives. D'autre part, on pourrait envisager de récompenser les firmes pharmaceutiques ayant investi davantage de moyens dans ce domaine et qui proposent des approches plus ciblées.*

### Chiffres-clé

- 39 hôpitaux ont été agréés pour les programmes de soins spécialisés, contre 28 pour les programmes de base.
- Deux tiers des cancers pédiatriques sont traités dans 9 grands centres, tandis que le tiers restant est réparti sur un ensemble de plus petits centres. Il en va de même pour les tumeurs rares. Tous ces cancers seront d'autant mieux traités qu'un nombre restreint de centres en seront responsables.
- Le développement de centres spécialisés constitue une piste prioritaire pour améliorer la qualité des soins.
  - Une étude a démontré, pour le cancer du sein, que la chirurgie superflue diminue de 50% et les récidives locales de 57% dans les grands centres spécialisés, avec une amélioration de 20% du taux de survie.
  - Une autre étude menée dans le cancer du col a démontré que les centres spécialisés de grande envergure possédant une expertise multidisciplinaire offrent un meilleur rapport coût-utilité.
- Les « bassins de soins » constituent une autre piste pour lutter contre l'utilisation sous-optimale des moyens thérapeutiques, technologiques et diagnostiques, pour autant que cela se passe dans le cadre plus général de la spécialisation des centres.

#### 1. Développer les programmes de soins oncologiques

Les programmes de soins ont été développés en vue d'améliorer la qualité des soins oncologiques et hématologiques à travers un ensemble de normes et guidelines concernant le bilan diagnostique, le traitement et le suivi des patients ainsi que les accords en matière d'orientation de ceux-ci.

Une concertation pluridisciplinaire est prévue en vue de garantir une représentation équilibrée des disciplines et connaissances requises à l'instauration d'une prise en charge qualitative et appropriée du patient. Les paramètres de la mise en oeuvre du plan de traitement doivent en outre être enregistrés pour chaque patient individuellement en vue d'assurer un suivi de la qualité des soins et de rendre possible une évaluation à l'échelon national.

Il existe deux formes d'organisation, les programmes de soins de base et les programmes de soins spécialisés. Il est en outre prévu des programmes spécialement destinés aux patients atteints de tumeurs rares et/ou complexes, ainsi que des centres spécialisés dans le traitement des cancers pédiatriques.

Cette organisation des soins oncologiques est encore confrontée à un ensemble de défis les empêchant de donner leur plein rendement en termes d'amélioration de la qualité et de rationalisation de l'offre de soin. Il est donc primordial de reconnaître ces défis afin d'apporter les réponses adéquates.

##### a/ Les défis des programmes de soins

Il existe un **déséquilibre** entre le nombre de centres agréés pour le programme des soins spécialisés et de base (39 hôpitaux ont été agréés pour les

programmes de soins spécialisés, contre 28 pour les programmes de base). Un premier défi consiste donc à pallier à cette anomalie dans l'application des programmes de soins en vue d'avoir une meilleure répartition de l'offre.

Un deuxième défi posé aux programmes de soins est constitué par l'évolution que connaît le domaine de l'oncologie aujourd'hui, caractérisée par une **multiplication des choix thérapeutiques** et un environnement soumis à d'incessantes innovations dont le déchiffrement n'est pas toujours évident. Les programmes de soins sont placés sous la supervision du Collège d'Oncologie qui est chargé entre autres d'évaluer la qualité des soins dispensés, de développer des guidelines et d'élaborer des manuels reprenant les trajets de soins.

Dans ce contexte en constante évolution, le Collège d'Oncologie se trouve dans l'incapacité matérielle de rédiger des manuels de qualité contenant des normes et guidelines détaillés. Le consensus au sein du Collège est donc de proposer des manuels reprenant des trajets de soins généraux par type de cancer.

Il revient donc aux centres de soins, partant du canevas proposé dans les manuels, de s'impliquer activement dans la mise sur pied des manuels d'oncologie, par exemple au travers de groupes de travail dédiés à définir les normes et guidelines pour les différents types de cancer, notamment au niveau des programmes de base afin de ne pas devoir chaque fois recourir aux concertations pluridisciplinaires.

Idéalement, ces groupes de travail sont constitués par des représentants des hôpitaux universitaires et régionaux, organisés ou non en bassins de soins et désireux de collaborer ensemble. De cette façon, les manuels ont toutes les chances d'être appliqués sur le terrain, notamment au niveau des procédures d'orientation vers tel ou tel centre.

Deux possibilités de contrôle existent au niveau du Collège d'Oncologie :

- En amont : une comparaison des manuels d'oncologie pour évaluer leur adéquation aux guidelines et normes internationales et aux dernières données scientifiques, ainsi que la qualité des trajets proposés.
- En aval : un contrôle des paramètres de traitement des patients pour évaluer leur adéquation avec les trajets repris dans les manuels d'oncologie.

Sur base des résultats obtenus lors de ces contrôles, un ensemble de mesures correctrices peuvent être prises, soit au niveau des manuels soit au niveau du suivi des guidelines. Dans un contexte de pression budgétaire, ces contrôles peuvent servir à encourager les oncologues à adopter une attitude plus responsable en matière d'utilisation des ressources disponibles. Il s'agit toutefois de rappeler que le Collège d'oncologie est placé sous la tutelle des autorités fédérales, alors que le contrôle et le suivi des programmes de soins sur le terrain est du ressort des communautés.

Il s'agit donc de développer une structure permettant une adaptation suffisamment rapide des guidelines, de développer des mécanismes de contrôle de la qualité des soins efficaces et de dégager les moyens humains et financiers pour y parvenir.

Une meilleure **implication du médecin généraliste** constitue un troisième défi. En effet, la présence du médecin traitant à la concertation pluridisciplinaire constitue sans nul doute un avantage pour le patient, mais elle est difficilement réalisable. Toutefois, leur inscription dans le trajet de soins demeure essentielle, partant du diagnostic jusqu'au suivi du plan de traitement. Par exemple, le médecin n'est pas toujours au courant des procédures qui sont recommandées, ce qui peut avoir un impact négatif pour le patient.

Il est donc important d'accentuer l'implication du médecin généraliste dans le plan de traitement de son patient de différentes façons :

- L' informer sur les paramètres de traitement
- Augmenter ses compétences au travers de formations à développer de façon plus suivie
- Renforcer son rôle dans le suivi du patient au sortir d'un traitement en milieu hospitalier.

Concrètement, il s'agit d'inclure davantage les médecins dans le trajet de soin du patient cancéreux à travers le développement de directives les concernant. Ceci implique une plus grande concertation avec les centres de soins à tous les niveaux.

Le quatrième défi n'est pas le moins urgent. Les programmes de soins pour les **cancers pédiatriques et les tumeurs rares** ne sont pas encore opérationnels. Tous les ans, un diagnostic de cancer est posé chez 220 enfants. Deux tiers de ces enfants sont soignés dans 9 grands centres, tandis que le tiers restant est réparti sur un ensemble de plus petits centres de soins. Il en va de même pour les tumeurs rares. Celles-ci seront d'autant mieux traitées qu'un nombre restreint de centres en seront responsables.

Le programme de soins pour les enfants et les tumeurs oncologiques et hématologiques rares constitue une vraie priorité de santé publique. L'oncologie pédiatrique doit absolument être réservée aux grands centres ou se dérouler sous l'autorité d'un de ceux-ci. Des critères qualitatifs stricts doivent être d'application pour l'agrégation d'un programme de ce type.

## Recommandations

### Réexaminer la répartition des programmes de soins

Actuellement, 39 hôpitaux ont été agréés pour les programmes de soins spécialisés, contre 28 pour les programmes de base. Il s'agit de réévaluer cette répartition en vue de proposer des solutions pour une distribution optimale de l'offre de soins.

### Stimuler le développement de normes et guidelines ainsi que de mécanismes de contrôle de la qualité

L'oncologie est aujourd'hui caractérisée par une multiplication des choix thérapeutiques et un environnement soumis à d'incessantes innovations dont le déchiffrement n'est pas toujours évident.

Il s'agit donc de mettre en place une structure professionnelle permettant une adaptation suffisamment rapide des guidelines et normes reprises dans les manuels d'oncologie et de développer des mécanismes de contrôle de la qualité des soins efficaces. Ces mesures doivent permettre d'harmoniser l'offre de soins au bénéfice des patients.

### **Impliquer davantage le médecin généraliste**

Il est important d'accentuer l'implication du médecin généraliste dans le plan de traitement de son patient en l'informant sur les paramètres de traitement, en augmentant ses compétences au travers de formations à développer de façon plus suivie et en renforçant son rôle dans le suivi du patient au sortir d'un traitement en milieu hospitalier.

Concrètement, il s'agit d'inclure davantage les médecins dans le trajet de soin du patient cancéreux à travers le développement de directives les concernant. Ceci implique une plus grande concertation avec les centres de soins à tous les niveaux.

### **Poursuivre le développement les trajets de soins pour les patients atteints de cancer**

En raison de l'évolution du cancer vers la chronicité, la prise en charge d'un cancer implique davantage de transitions pour le patient : de l'hôpital au domicile, d'un hôpital à un autre, des soins curatifs aux soins palliatifs, ... Il s'agit de mieux structurer et coordonner ces différentes transitions. Les trajets de soins constituent une solution à développer, afin que les différents intervenants disposent d'une même approche méthodique mettant le patient au centre des préoccupations.

### **Mettre en place les programmes pour les tumeurs rares et les cancers pédiatriques**

Les programmes de soins pour les enfants et les tumeurs oncologiques et hématologiques rares ne sont cependant pas encore opérationnels.

L'oncologie pédiatrique doit absolument être réservée aux grands centres ou se dérouler sous l'autorité d'un de ceux-ci. Des critères qualitatifs stricts doivent être d'application pour l'agrégation d'un programme de ce type.

Les tumeurs rares concernent 20 à 30 patients par an. Ces patients doivent être regroupés dans 2 à 3 centres afin de recevoir dès le début les soins adéquats qui leur garantissent les meilleures chances de survie.

### **Dégager les moyens humains et financiers nécessaires**

Ces améliorations nécessitent des moyens supplémentaires pour libérer les ressources matérielles et humaines nécessaires.

## ***2. Soutenir le développement concerté de centres spécialisés***

Le développement de centres spécialisés constitue une **piste prioritaire** pour améliorer la qualité des soins. De nombreuses études et données tendent à montrer que le développement de centres d'expertise améliore l'efficacité de la prise en charge tout en réduisant les dépenses.

### ***a/ L'exemple des cliniques du sein***

#### ***1 - Situation***

Le Parlement européen a ainsi adopté, en 2003, une résolution<sup>78</sup> demandant aux Etats membres d'organiser et de reconnaître des cliniques du sein répondant à des critères qualitatifs stricts. Ces recommandations prévoient, idéale-

ment, une clinique du sein par 250.000 habitants. De telles structures ont en effet l'avantage de privilégier l'interdisciplinarité et l'expertise.

La spécialisation des centres se conçoit comme un regroupement au sein d'une même structure de l'ensemble des compétences requises pour offrir aux patients une qualité de soins optimale.

Dans notre pays, d'après les informations du ministère de la santé publique recueillies par la Fondation contre le Cancer<sup>79</sup>

- 121 hôpitaux et cliniques pratiqueraient de la chirurgie mammaire pour des pathologies bénignes ou malignes.
- Le nombre annuel d'interventions varierait de 12 à 717 par centre. 51 d'entre-eux effectueraient chacun moins de 100 opérations mammaires par an.
- 67 centres effectueraient entre 100 et 150 opérations par an.

Or, les recommandations européennes parlent de minimum 150 nouveaux cancers opérés par an et par centre, avec au moins 50 opérations par chirurgien<sup>80</sup>. Ces quelques chiffres montrent l'ampleur du chemin qui reste à parcourir en Belgique.

Un AR d'avril 2007<sup>103</sup> décrit les normes auxquelles doivent répondre les cliniques du sein. L'arrêté définit un niveau minimum d'activité: 100 nouveaux cas de cancer du sein diagnostiqués par an, passant à 150 cas après 2 ans sauf s'il n'y a pas d'autre clinique du sein dans un rayon de 50 km. Au niveau de l'encadrement, l'équipe médicale doit être composée d'au moins deux spécialistes pratiquant annuellement un minimum de 50 interventions chirurgicales lors du diagnostic de nouveaux cas de cancer du sein.. L'encadrement infirmier et psychosocial sont également définis dans cet arrêté.

## *2 - Spécialisation et survie*

Une étude anglaise publiée dans le British Journal of Cancer en 2004<sup>81</sup>, concernant 2.148 patientes traitées pour un cancer du sein sur une période de 8 ans, montre que, dans les centres spécialisés, la chirurgie superflue diminue de 50%, les récidives locales diminuent de 57% et les taux de survie augmentent de 20%.

Une autre étude-cohorte portant sur 11.225 patientes et 457 hôpitaux<sup>82</sup> a démontré, dans l'Etat de New York, que les taux de survie à 5 ans étaient supérieurs dans les centres de soins spécialisés (high-volume hospitals). Dans cette étude, le risque de décéder d'un cancer du sein diminue de 20% en se faisant traiter dans un centre traitant un nombre important de patientes.

Cette diminution du risque est à mettre en relation avec l'expertise médicale. Un centre de petite envergure peut cependant abriter un spécialiste chevronné et présenter des résultats comparables voire supérieurs à ceux des grands. Ainsi, dans l'étude en question, 26% des centres de petite envergure et 37% des centres de moyenne envergure parvenaient à surpasser les centres de grande envergure.

## Recommandations

### b/ L'exemple du cancer du col : un meilleur rapport coût-utilité<sup>xv</sup>

Une nouvelle étude<sup>83</sup> menée dans le cancer du col a démontré que les centres spécialisés de grande envergure possédant une expertise multidisciplinaire offrent un meilleur rapport coût-utilité. Les auteurs ont calculé qu'une patiente prise en charge dans un centre spécialisé coûte environ 50.000 \$ pour un gain de 5,12 AVAQs (années de vies ajustées par la qualité QALYs – Quality-Adjusted Life Years), contre 40.000 \$ pour un gain de 2,33 AVAQs dans un centre de moindre envergure<sup>xvi</sup>.

Les centres spécialisés présentent donc un rapport coût-utilité d'environ 9.900 \$ par AVAQ, alors que qu'il excède 17.000 \$ par AVAQ dans les centres moins spécialisés.

#### **Développer la spécialisation sur base d'une évaluation du rapport coût-utilité**

La spécialisation des centres permet d'améliorer la qualité des soins oncologiques (meilleurs taux de survie). Ce développement doit se faire sur base des données scientifiques disponibles et des recommandations de bonne pratique. Il s'agit également de tenir compte du rapport coût-utilité<sup>xv</sup> dans la prise de décision et le suivi des résultats.

#### **Développer des critères mesurables**

Des critères qualitatifs et scientifiques précis doivent prévaloir afin de permettre une évaluation et un suivi des résultats obtenus par le centre spécialisé.

#### **Développer la collaboration entre centres**

L'implication de tous les acteurs et parties concernés est souhaitable et peut s'envisager dans le cadre d'un développement en bassin de soins où chaque centre participant se spécialiserait dans un certain domaine.

Ainsi conçue, la spécialisation devrait permettre d'améliorer la qualité des soins sur base d'une réflexion tenant compte des composantes médicales, budgétaires et humaines.

### **3. Envisager le développement de bassins de soins**

#### a/ Situation

Les budgets des hôpitaux sont financés sur les fonds publics sur la base d'un prix de journée normalisé, auquel s'ajoutent des enveloppes budgétaires globales qui sont fonction de leur niveau de capacité, mesurés par le nombre de lits d'hôpital justifiés.

Le gouvernement a ainsi un levier d'action sur la capacité des hôpitaux et le nombre de lits excédentaires par le biais de la limitation du nombre de lits justifiés. Un autre moyen d'action est le contrôle du financement des investissements dans ce secteur. Des budgets d'investissement davantage centralisés, joints aux mesures encourageant la collaboration et la spécialisation, peuvent aider à prévenir la duplication d'équipements et de services médicaux coûteux. La programmation de l'offre par bassins de soins est ainsi une des voies choisies par les autorités pour renforcer la spécialisation et la coopération entre hôpitaux.

xv **Rapport coût-utilité** : Rapport d'efficience. d'une mesure, confrontation entre succès et investissement

xvi: Le principe de construction des AVAQs ou QALYs consiste à ajuster chaque année par un coefficient de pondération représentant le niveau de qualité de vie qui lui correspond. Ce coefficient est situé sur une échelle graduée sur laquelle la valeur zéro représente la mort et la valeur unitaire l'état de parfaite santé. Ce mode de calcul permet d'obtenir un indicateur synthétique qui rend compte de l'effet des soins à la fois sur la qualité de vie et sur la longévité. Il est alors possible de se servir du critère de coût par QALY pour juger de l'efficacité de l'utilisation des ressources dans le secteur de la santé.



## Recommandations

**Les « bassins de soins » constituent une autre piste pour lutter contre l'utilisation sous-optimale des moyens thérapeutiques, technologiques et diagnostiques**, pour autant que cela se passe dans le cadre plus général de la spécialisation des centres.

Un nouvel arrêté royal<sup>84</sup> concernant les bassins de soins est entré en vigueur afin d'organiser les modalités de collaboration entre hôpitaux. D'après les termes de cet AR, les bassins de soins ont pour but d'ajuster l'offre hospitalière aux besoins justifiés de la population visée (population minimale de 150.000 personnes) au sein du bassin de soins concerné en spécialisant ou en concentrant sur un minimum de sites les services hospitaliers, fonctions hospitalières, services médicaux, services médico-techniques ou programmes de soins exploités par l'association bassin de soins.

### Ajuster les bassins de soins à la situation de l'oncologie

Il est important d'ajuster le développement des bassins de soins à la situation particulière de l'oncologie.

L'adressage des patients atteints de cancer doit se faire sur base de critères établis dans le cadre du développement de la spécialisation des centres hospitaliers et selon les règles définies dans les programmes de soins de base et spécialisés.

Le niveau de collaboration inter-hospitalière ne peut donc être le même pour tout type de tumeur. Indépendamment de la taille du bassin de soins, un centre de soins oncologiques doit traiter un nombre suffisant de patients et disposer de l'infrastructure requise pour pouvoir offrir aux patients les soins qualitatifs que ceux-ci sont en droit d'attendre.

### Garantir un lien avec un centre universitaire ou hautement spécialisé

Les patients atteints de tumeurs rares, par exemple, doivent être adressés à un nombre très restreint de centres hautement spécialisés, indépendamment du bassin de soin régional dans lequel ceux-là se trouvent au moment du diagnostic. A ce titre, tout bassin de soins doit nécessairement être relié à un centre hautement spécialisé ou universitaire. Le rôle moteur de l'hôpital universitaire dans le traitement des cas rares et la recherche doivent être préservés.

## **4. Mieux utiliser les nouvelles technologies**

Dans un contexte hospitalier où le volume, la complexité et le coût des nouvelles technologies augmentent sans cesse, le besoin d'évaluer les bénéfices et les risques devient de plus en plus grand. Après la prise de décision concernant la mise à disposition des nouvelles technologies, il semble y avoir un manque de critères permettant d'en faire le meilleur usage.

## Recommandation

### Développer une approche basée sur l'évidence scientifique

Une approche plus méthodique semble nécessaire, sur base de l'évidence scientifique, afin de déterminer avec précision les bénéfices pour le patient compte tenu des coûts liés à l'utilisation de ces nouvelles technologies<sup>85</sup>.

**Chiffres-clé**

- *La Belgique connaît une densité élevée de médecins en activité – 3,9 pour 1.000 habitants par rapport à la moyenne OCDE qui est de 2,9 pour 1.000 habitants – et spécialement de médecins généralistes. Une pénurie prochaine de spécialistes en oncologie n'est cependant pas à exclure.*
- *La Belgique connaît une pénurie d'infirmiers et d'infirmières, leur nombre étant de 5,6 pour 1.000 habitants, soit un chiffre nettement inférieur à la moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE qui est de 8,0 pour 1.000 habitants.*

**1. Assurer une plus grande implication de la première ligne**

a/ Introduction

**La Belgique connaît une densité élevée de médecins en activité** – 3,9 pour 1.000 habitants par rapport à la moyenne OCDE qui est de 2,9 pour 1.000 habitants. Cette situation s'explique par la densité exceptionnellement élevée de médecins généralistes. Dans la mesure où les dépenses de santé sont influencées par le volume des capacités, la densité des réseaux de médecins et pharmaciens existant actuellement est une source de pression sur les coûts

*1 - Rémunération*

En Belgique, la rémunération traditionnelle à l'acte a été complétée par une rémunération fixe par dossier médical tenu à la demande du patient (€18). Avec le dossier médical global, le patient prend l'engagement de consulter d'abord son médecin avant d'aller voir un spécialiste et il bénéficie d'une réduction de 30% de son ticket modérateur. Le dossier médical électronique devrait permettre à l'avenir une réduction des examens inutiles et des prescriptions inadaptées.

*2 - L'accréditation*

Un système d'accréditation existe depuis l'accord médico-mutualiste de 1993 afin d'améliorer la qualité et de promouvoir l'économie des soins à travers un usage rationnel des prescriptions.

L'accréditation est accordée aux médecins qui satisfont aux critères suivants: la prestation de plus de 1.250 contacts annuels, le suivi d'au moins 200 heures de formation continue et la participation à au moins quatre réunions annuelles avec des confrères au sein des Groupes Locaux d'Evaluation Médicale (GLEMs). La contrepartie financière est la perception pour chaque médecin d'une indemnité forfaitaire de 535,05 euros à laquelle il faut ajouter un supplément d'honoraire de 2,59 euros pour les consultations et un honoraire complémentaire, en sus de l'acte technique effectué, de 2,87 euros.

Ce système pourrait toutefois être renforcé en se référant non plus aux pratiques moyennes de prescription, mais en se référant à des critères extérieurs et en comparant les médecins belges entre eux sur base de normes et pra-

tiques factuelles. Un nouveau pas a été fait dans cette direction avec l'adoption de la loi-programme de 2003 qui autorise, dans le cadre d'un accord conclu au niveau national entre les médecins et les assureurs de santé, à subordonner le versement de certains crédits budgétaires prédéterminés à la réalisation d'objectifs de résultat précis, comme une restriction du volume des prestations ou des prescriptions médicales.

### *3 - Le principe de l'échelonnement*

Depuis le 1<sup>er</sup> février 2007, le principe de l'échelonnement est entré en vigueur. Selon ce système, les patients devront payer moins cher un médecin spécialiste s'ils sont envoyés chez celui-ci par leur généraliste. Le patient est ainsi encouragé à aller voir d'abord son médecin traitant avant de faire appel à un spécialiste.

Certains organismes plaident plutôt en faveur du développement de trajets de soins pour des patients ayant besoin de soins complexes. Il s'agirait de définir un ensemble de trajets de soins simples sous la tutelle d'instances scientifiques, comportant une description de la prise en charge optimale d'un patient atteint d'une affection déterminée.

#### b/ Première ligne et oncologie

**Le médecin généraliste a un rôle essentiel à jouer à tous les niveaux de la prise en charge du cancer**, allant de la prévention en passant par le screening jusqu'au suivi du traitement et de l'évolution de la maladie.

### *1 - Au niveau de la prévention et du dépistage*

Le médecin généraliste est la personne la mieux placée pour effectuer un travail de prévention auprès de ses patients. En matière de tabagisme par exemple, le médecin possède différents leviers d'action au niveau de la motivation et de l'accompagnement de ses patients fumeurs.

Au niveau du dépistage, il occupe une place privilégiée pour détecter, parmi sa patientèle, les personnes à risque et les orienter vers les programmes de dépistage organisés s'ils répondent aux critères ou, vers un dépistage individuel si par exemple ils sont symptomatiques, à haut risque ou si des facteurs héréditaires entrent en ligne de compte.

Un certain nombre de programmes de dépistage requièrent une participation minimale pour être pleinement efficaces. Il est évident que, sans le soutien de la première ligne, ces objectifs de couverture sont difficilement atteignables.

### *2 - Au niveau du traitement et de son suivi*

Parce qu'il connaît le malade, son passé médical, le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié. Il suit le parcours du patient atteint de cancer et établit des liens avec l'équipe qui le prend en charge. Citons encore les aspects suivants :

- Le généraliste est non seulement celui qui oriente le malade vers tel ou tel spécialiste, mais il peut aussi assurer une bonne coordination entre les différents soignants et établissements.
- Il peut éventuellement intervenir pour une hospitalisation à domicile ou renseigner le cancérologue sur le style de vie du malade et de ses proches: mode de fonctionnement à l'intérieur de la famille, type d'aides nécessaires, etc., autant d'éléments clés pour une meilleure prise en charge du patient.

## Recommandations

- Il pourrait prendre une responsabilité plus importante dans le suivi du plan de traitement du patient afin de décharger partiellement les centres de soins hospitaliers. De meilleures coordination et communication seraient de ce point de vue nécessaires.
- Le médecin généraliste peut prescrire des traitements en cas d'effets secondaires liés à la maladie ou à ses traitements, qu'il s'agisse de douleur, de signes de fatigue, ou de troubles digestifs.

Cependant, ce rôle essentiel est pour le moment insuffisamment reconnu et soutenu. Il demande en effet un investissement important de la part du médecin généraliste.

### **Déterminer le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer**

Le médecin généraliste a un rôle essentiel à assumer dans la lutte contre le cancer en Belgique. Cependant, sa responsabilité en la matière est insuffisamment reconnue. Il s'agit donc tout d'abord de déterminer avec précision le rôle du médecin dans la prévention, le dépistage, l'adressage, le traitement et le suivi des patients atteints de cancer. Cette responsabilisation de la première ligne peut se faire dans le cadre du dossier médical global et des programmes de soins.

### **Récompenser l'implication des médecins généralistes**

Il s'agit ensuite de récompenser financièrement cette implication plus grande de la première ligne, en vue de l'instrumentaliser à l'échelon national, au travers de l'accréditation sur base d'un certain nombre d'objectifs à atteindre.

## **2. Assurer un nombre suffisant de spécialistes médicaux et paramédicaux**

### **a/ Pallier au manque de spécialistes**

En oncologie, **le nombre de spécialistes en formation pourrait s'avérer insuffisant** pour assurer la relève et conduire à terme à une pénurie d'oncologues étant donné l'augmentation de l'incidence du cancer qui se poursuivra dans les années à venir. Déjà, certains centres proposant des programmes de soins spécialisés manquent d'oncologues pour assurer un encadrement médical correspondant aux normes reprises dans les programmes de soins.

De plus, la reconnaissance du titre constitue un instrument important pour le recrutement et la formation de jeunes médecins désireux de se spécialiser en oncologie.

La prestation intellectuelle, qui constitue l'essentiel du travail des oncologues, est insuffisamment valorisée en comparaison avec d'autres spécialités où interviennent davantage d'actes techniques.

La charge administrative croissante qui pèse sur les médecins constitue un autre obstacle potentiel qui peut inciter une partie des spécialistes formés à choisir d'autres débouchés en raison des obligations autres que médicales qui diminuent l'attractivité de la profession et la motivation de ceux qui la pratiquent.

b/ Pallier au manque d'infirmières spécialisées

**La Belgique connaît une pénurie d'infirmiers et d'infirmières**, leur nombre étant de 5,6 pour 1.000 habitants, soit un chiffre nettement inférieur à la moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE qui est de 8,0 pour 1.000 habitants. La pénurie actuelle de personnel infirmier coûte cher, car plusieurs études ont montré qu'il existe une relation positive entre, d'une part, la dotation en personnel infirmier et, d'autre part, la réduction de la mortalité des patients et des complications médicales<sup>12</sup>.

A ce niveau, l'oncologie souffre comme les autres domaines thérapeutiques d'un manque d'effectifs. A cela s'ajoute le besoin de pouvoir disposer en oncologie d'un personnel infirmier qualifié et spécifiquement formé pour la prise en charge des patients cancéreux.

## Recommandations

### **Garantir une adéquation entre le besoin en personnel et les disponibilités**

Il est important d'avoir une adéquation entre les besoins en personnel et les disponibilités. Une pénurie de personnel médical pourrait avoir un impact important sur la qualité des soins et, par extension, sur les taux de survie en Belgique. Elle pourrait également freiner la mise en œuvre des mesures qui s'imposent pour limiter l'augmentation des dépenses liées au cancer.

### **Augmenter l'attractivité de l'oncologie et de l'hématologie**

Diverses mesures devraient être prises pour éviter le risque de pénurie dans le domaine de l'oncologie et de l'hématologie. Citons parmi ces mesures :

- Une revalorisation des prestations intellectuelles et de la profession en général
- La mise en place de formations appropriées et continues pour la profession, notamment en ce qui concerne les contacts avec les patients
- L'amélioration de la reconnaissance de la profession pour susciter les vocations
- Un allègement de la charge administrative des médecins qui diminue l'attractivité de la profession et la motivation de ceux qui la pratiquent.

### ***3. Améliorer les connaissances de toutes les professions concernées par l'oncologie***

Un plan cancer élaboré devrait également se pencher sur les cursus et formations de toutes les professions ayant un lien avec la prise en charge du cancer, afin de prendre des mesures visant à augmenter, élargir et harmoniser les connaissances de tous les professionnels en la matière.

## Recommandation

### **Améliorer les connaissances de toutes les professions concernées par l'oncologie**

Un ensemble de recommandations devraient être formulées par les autorités académiques et scientifiques compétentes dans le but d'inciter toutes les écoles et facultés concernées par le cancer à y porter une attention suffisante dans le cadre de leurs cursus. Un ensemble d'outils pourraient être développés à cet effet.

## F. A travers le soutien psychologique des patients

### Chiffres-clés

- *On estime qu'il y a actuellement 85 oncopsychologues mi-temps alors qu'il faudrait 200 temps pleins*

Une étude nationale a analysé les besoins psychosociaux de patients atteints d'un cancer ainsi que le support reçu ou attendu de la part des médecins et du personnel infirmier<sup>86</sup>.

Parmi les difficultés rencontrées par les patients, il ressort des **difficultés émotionnelles et psychologiques qui sont actuellement adressées aux médecins spécialistes ou au personnel soignant**. Le médecin est confronté à la difficulté de reconnaître cette détresse et le patient d'en parler spontanément. Selon cette étude, les patients ne sont pas suffisamment informés du rôle des personnes qui les prennent en charge ainsi que des possibilités de prise en charge psychologique.

Il apparaît aussi qu'il y a un manque d'oncopsychologues pour couvrir les besoins, auquel s'ajoute un manque de moyens financiers. On estime qu'il y a actuellement 85 mi-temps alors qu'il faudrait 200 temps pleins<sup>87</sup>.

### Recommandations

#### Mieux référer les patients ayant besoin d'un soutien psychologique

Il faudrait encourager une approche proactive du personnel soignant pour référer les patients ayant besoin d'un soutien psychologique et mettre à disposition de ces patients les informations sur les aides disponibles.

#### Remédier au manque de travailleurs psychosociaux

Il est important, tout en évitant l'écueil d'une généralisation excessive des besoins psychologiques, de remédier au manque de travailleurs psychosociaux et en particulier d'oncopsychologues afin de pouvoir apporter aux patients et à leurs proches le soutien dont ils ont besoin et d'encourager les hôpitaux pour la mise en place d'un tel soutien conformément aux dispositions du programme des soins.

La création d'une équipe de soutien psychosocial constitue en effet une obligation. Les centres de soins oncologiques, en accord avec les dispositions de l'AR les concernant, doivent disposer d'une équipe comprenant un travailleur/infirmier psychosocial, un psychologue et un psychiatre.

En l'absence d'arrêté d'exécution, les hôpitaux interprètent différemment les attendus de l'AR sur les soins oncologiques et l'encadrement psychosocial à prévoir, en ce compris le nombre de personnes dont se compose une telle équipe. Un arrêté d'exécution comprenant des normes claires doit donc être adopté rapidement. Il appartient aux autorités de déterminer le nombre d'équivalents temps-plein nécessaires pour l'accompagnement des patients.

#### Intervenir dans le coût de la consultation

Un accès plus aisé des patients et de leur famille à ce type de service pourrait se faire par une meilleure intervention dans le coût de la consultation, que ce soit à l'hôpital ou à domicile.

Chiffres-clés

- En 2005, l'UE consacrait 1,93% du PIB à la recherche et au développement, contre 2,59% aux Etats-Unis et 3,15% au Japon.
- En Belgique, les investissements en R&D étaient de 1,9 % du PIB en 2003. Afin d'intensifier les efforts entrepris, toutes les autorités belges ont programmé une augmentation des budgets publics pour les années à venir.
- Les pays du peloton de tête en Europe sont la Suède (3,86%) et la Finlande (3,48%), suivis de l'Allemagne (2,51%), le Danemark (2,44%), l'Autriche (2,36%) et la France (2,13%).
- La part du secteur pharmaceutique belge dans l'ensemble des recherches exécutées en entreprise s'élevait à 22,6 % en 2004 contre 18 % en 2001, ce qui représente un apport de près de 0,3% du PIB dans les investissements en R&D en Belgique (vs 0,1% aux Pays-Bas, 0,12% en Allemagne et 0,19% en France).
- En 2002-2003, 2,99 euros par habitant étaient investis dans la recherche académique contre le cancer en Belgique. La moyenne européenne était de 2,56 euros, mais les Etats-Unis y investissent la somme de 17,63 euros par habitant.

### 1. La recherche en Europe

En 2003, le Conseil européen a émis le souhait que les investissements en matière de recherche et de développement approchent les 3% du PIB en 2010<sup>88</sup>, les deux tiers provenant du secteur privé (les objectifs de Lisbonne). En 2005, l'UE consacrait 1,93% du PIB à la recherche et au développement, contre 2,59% aux Etats-Unis et 3,15% au Japon<sup>89</sup>.

Les chiffres actuels montrent que l'Europe, à l'exception de quelques pays nordiques, est en train de rater l'objectif des 3%. D'après les experts de la Commission, la situation serait même alarmante<sup>90</sup>. C'est que l'Europe commence à moins attirer les activités de recherche et perd du terrain par rapport à d'autres régions.

L'Europe manque également de scientifiques et de chercheurs – 5,3 pour 1.000 travailleurs contre 9 pour 1.000 aux Etats-Unis et 9,7 pour 1000 au Japon.

Ces tendances ont de quoi inquiéter quand on pense à l'intention qu'a l'Europe de devenir une économie de la connaissance de premier plan. **Nous avons besoin d'un vaste programme au niveau européen pour soutenir davantage la recherche, relayé et soutenu par tous les Etats membres.** Sinon l'Europe continuera à se présenter comme une mosaïque de programmes nationaux sans grande cohérence.

### 2. La recherche en Belgique

La Belgique s'est engagée à consacrer 3 % de son PIB aux investissements dans la R&D d'ici à 2010, ce qui impliquerait de renverser la tendance à la baisse de l'intensité de la R&D depuis 2001 (passée de 2,1 % en 2001 à 1,9 % en 2003). Les pays premiers de classe en Europe sont la Suède (3,86%) et la Finlande (3,48%), suivis de l'Allemagne (2,51%), le Danemark (2,44%), l'Autriche (2,36%) et la France (2,13%)<sup>91</sup>. D'importants efforts sont encore à fournir<sup>92</sup>.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
EU (25 countries)	1.82 <sup>(s)</sup>	1.77 <sup>(s)</sup>	1.8 <sup>(s)</sup>	1.8 <sup>(s)</sup>	1.86 <sup>(s)</sup>	1.87 <sup>(s)</sup>	1.88 <sup>(s)</sup>	1.89 <sup>(s)</sup>	1.88 <sup>(s)</sup>	1.85 <sup>(s)</sup>	1.85 <sup>(s)</sup>	:
EU (15 countries)	1.85 <sup>(s)</sup>	1.81 <sup>(s)</sup>	1.84 <sup>(s)</sup>	1.85 <sup>(s)</sup>	1.9 <sup>(s)</sup>	1.92 <sup>(s)</sup>	1.94 <sup>(s)</sup>	1.95 <sup>(s)</sup>	1.93 <sup>(s)</sup>	1.91 <sup>(s)</sup>	1.91 <sup>(s)</sup>	:
<b>Belgium</b>	<b>1.67</b>	<b>1.77</b>	<b>1.83</b>	<b>1.86</b>	<b>1.94</b>	<b>1.97</b>	<b>2.08</b>	<b>1.94</b>	<b>1.89</b>	<b>1.85<sup>(p)</sup></b>	<b>1.82<sup>(p)</sup></b>	:
Denmark	1.82	1.84 <sup>(e)</sup>	1.92	2.04	2.18	2.24	2.39	2.51	2.56	2.48 <sup>(p)</sup>	2.44 <sup>(p)</sup>	:
Germany (including ex-GDR from 1991)	2.19 <sup>(e)</sup>	2.19 <sup>(e)</sup>	2.24	2.27	2.4	2.45	2.46	2.49	2.52	2.5	2.51 <sup>(e)</sup>	:
France	2.29	2.27	2.19 <sup>(b)</sup>	2.14	2.16	2.15 <sup>(b)</sup>	2.2	2.23	2.17	2.14	2.13 <sup>(e)</sup>	:
Netherlands	1.97	1.98 <sup>(b)</sup>	1.99	1.9	1.96	1.82	1.8	1.72	1.76	1.78 <sup>(b)</sup>	:	:
Austria	1.54 <sup>(e)</sup>	1.59 <sup>(e)</sup>	1.69 <sup>(e)</sup>	1.77	1.88 <sup>(e)</sup>	1.91 <sup>(e)</sup>	2.04 <sup>(e)</sup>	2.12	2.21 <sup>(e)</sup>	2.23	2.36 <sup>(ep)</sup>	2.43 <sup>(ep)</sup>
Finland	2.26	2.52 <sup>(e)</sup>	2.7	2.86	3.16	3.34	3.3	3.36	3.43	3.46	3.48	3.43 <sup>(e)</sup>
Sweden	3.32 <sup>(b)</sup>	:	3.51 <sup>(p)</sup>	3.59 <sup>(e)</sup>	3.62 <sup>(p)</sup>	:	4.25 <sup>(p)</sup>	:	3.95 <sup>(p)</sup>	:	3.86	:
United Kingdom	1.95	1.87	1.81	1.8	1.87	1.86	1.83	1.83	1.79	1.73	:	:
United States	2.49 <sup>(p)</sup>	2.53 <sup>(p)</sup>	2.56 <sup>(p)</sup>	2.61 <sup>(b)</sup>	2.65 <sup>(p)</sup>	2.73 <sup>(p)</sup>	2.74 <sup>(p)</sup>	2.64 <sup>(p)</sup>	2.67 <sup>(ep)</sup>	2.67 <sup>(ep)</sup>	:	:
Japan	2.92 <sup>(p)</sup>	2.82 <sup>(b)</sup>	2.89	3.02	3.04	3.05	3.13	3.18	3.2	:	:	:

Source: Eurostat, OECD<sup>93</sup>

(.) Not available

(s) Eurostat estimate

(p) Provisional value

(b) Break in series

(e) Estimated value

#### a/ Les mesures prises par le gouvernement belge<sup>94</sup>

Afin d'intensifier les efforts entrepris, les autorités belges ont programmé une augmentation des budgets publics pour les années à venir. Ainsi, la Wallonie prévoit un investissement supplémentaire de 270 millions d'euros à répartir sur les années à venir pour la recherche et l'innovation. La Flandre prévoit d'augmenter le budget consacré à la science et à l'innovation de 525 millions d'euros au total sur la période 2006-2009. Bruxelles prévoit, pour les années à venir, un doublement des crédits publics afin d'atteindre une proportion d'un tiers de financement public pour deux tiers de financement privé. Enfin, l'autorité fédérale a créé un fonds "idées" doté de 150 millions d'euros pour stimuler l'innovation économique et la politique scientifique en Belgique, en vue de créer de l'emploi.

Le programme du gouvernement belge prévoit encore de stimuler les investissements privés en appuyant des «pôles de compétitivité», en améliorant la coopération entre les entreprises, les universités et les centres de recherche stratégiques, en encourageant l'innovation dans les PME, en particulier par un meilleur usage des brevets, et en garantissant la protection des droits de propriété intellectuelle.

Des mesures sont également prises dans le domaine des ressources humaines. Pour stimuler l'attractivité de la carrière de chercheur, la Flandre a lancé, en 2006 et 2007, différents programmes pour proposer un financement de long terme à des groupes de recherche qui excellent dans leur discipline, pour attirer des flux de chercheurs étrangers de haut niveau et des chercheurs flamands expatriés, via un important financement de départ couvrant une période de 5 ans et pour financer des infrastructures de recherche. En Wallonie, le nombre de boursiers doctorants sera augmenté chaque année.

Afin d'acquérir des compétences à l'extérieur de nos frontières, la mobilité des chercheurs sera encouragée au niveau international. La mobilité sera également stimulée au niveau national, entre les entreprises, les centres de recherche et le monde académique.



#### b/ La recherche pharmaceutique en Belgique<sup>95</sup>

Les résultats du secteur pharmaceutique belge sont positifs et vont à l'encontre du climat morose en matière de R&D qui règne en Europe.

Les entreprises pharmaceutiques investissent chaque année davantage dans notre pays en R&D ; leur proportion par rapport aux pouvoirs publics et aux universités augmente même relativement. La part des dépenses en recherches pharmaceutiques dans le PIB augmente, elle aussi. Les investissements du secteur pharmaceutique en R&D augmentent aussi dans les pays voisins, mais de façon moins manifeste.

Exprimé en chiffres :

- La part du secteur pharmaceutique belge dans l'ensemble des recherches exécutées en entreprise s'élevait à 22,6 % en 2004 contre 18 % en 2001. L'augmentation est donc supérieure à 4,5 %, alors qu'elle ne dépasse guère 1 % dans les pays limitrophes.
- Par rapport aux pays voisins, le pourcentage du PIB que représente la recherche pharmaceutique en Belgique et sa croissance plus rapide et son augmentation par rapport aux pays voisins (voir tableau ci-après) est bien plus grand;
- D'après l'étude économique 2006 de pharma.be, la croissance des investissements en R&D est indiscutable. Ils s'élevaient à 188 millions d'euros en 1990; 15 ans plus tard, ils étaient de 1,55 milliards d'euros.

R&D pharmaceutique en % du PIB			
	2001	2004	delta
<b>Belgique</b>	<b>0,246</b>	<b>0,293</b>	<b>0,047</b>
Pays-Bas	0,094	0,103	0,009
France	0,172	0,186	0,013
Allemagne	0,108	0,118	0,010

Une enquête récemment menée par la Banque Nationale de Belgique en collaboration avec pharma.be auprès de 200 entreprises actives dans le domaine des médicaments à usage humain permet d'ébaucher les principales caractéristiques de leurs activités de recherche sur la période 2002-2004<sup>96</sup>.

En 2005, 478 molécules étaient en développement dans les 24 entreprises qui ont répondu à cette question, soit une moyenne de 20 molécules par entreprise. Sur les 478 molécules en développement, 263 se trouvent en phase III. Cette situation est assez atypique sur le plan international car la phase III de la recherche clinique est celle qui contient normalement le plus petit nombre de molécules. Ce résultat atteste de l'importance de la recherche clinique en Belgique, en particulier en ce qui concerne la phase III.

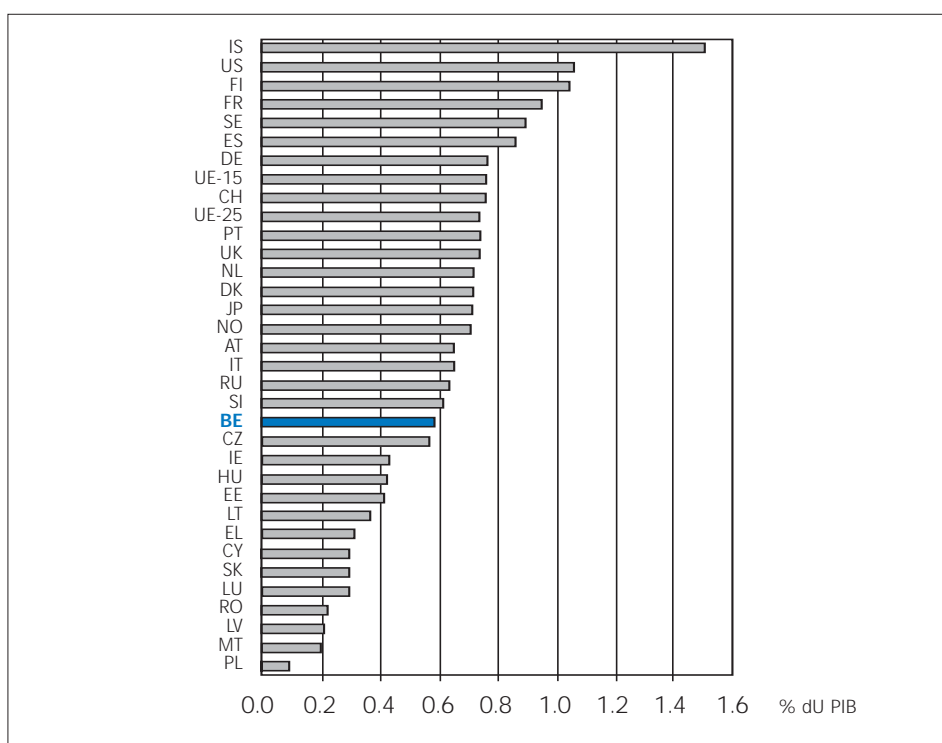
L'explication de cette situation résiderait dans la qualité des réseaux en Belgique. Le développement de réseaux renforce la capacité d'innovation et la position concurrentielle. Les trois plus grands partenaires de l'industrie pharmaceutique en Belgique sont les hôpitaux, les universités et les fournisseurs comme les Contract Research Organizations.

#### c/ La recherche publique en Belgique

Les investissements publics alloués à la R&D en Belgique se situent à un niveau relativement bas si on les compare au reste de l'Europe, ainsi que le montre le graphique ci-après<sup>97</sup>.

CBPRD<sup>xvii</sup> en pourcentage du PIB,  
UE-25 et pays sélectionnés - 2005

Estimations d'Eurostat:  
UE-15 et UE-25  
Données provisoires:  
BE, CZ, DE, EL, FR, IT, AT,  
NL, IS, NO et JP.  
Estimations nationales:  
EE et HU.  
Exceptions par rapport à l'année de  
référence: CH et RU 2004.



**Certains domaines de recherche manquent de moyens financiers pour se développer**, notamment ceux qui ne sont pas axés sur le développement de nouvelles molécules ou pour lesquels les retombées commerciales sont incertaines en raison d'un nombre restreint de bénéficiaires potentiels.

La recherche académique a pour vocation de s'intéresser à ces domaines délaissés par l'industrie, mais qui n'en demeurent pas moins capitaux à plus d'un titre pour les patients atteints de cancer.

Ainsi, les opportunités de recherche sont nombreuses pour les centres académiques qui s'occupent d'oncologie, mais un ensemble de facteurs y font obstacle et ceci à plusieurs niveaux, ainsi qu'en atteste un rapport du VLK<sup>98</sup>. Ces obstacles et freins ont tendance à augmenter ces dernières années.

### 1 - Les freins législatifs

Les directives européennes de 2001 ratifiées en Belgique en 2004 et destinées à offrir une meilleure protection aux patients ont augmenté la pression sur la recherche académique au point d'en freiner le développement.

Nous citons parmi les **obstacles nouveaux** auxquels sont confrontés les chercheurs :

- Le coût de la prise en charge des polices d'assurance.
- L'augmentation de la charge administrative.

L'augmentation de la charge administrative et financière constitue un obstacle majeur pour les centres académiques qui ont dès lors tendance à développer des accords commerciaux plutôt que de se lancer dans une étude clinique de leur propre chef.

### 2 - Les freins financiers

Les moyens à disposition des centres académiques pour financer eux-mêmes des projets de recherche sont insuffisants et ne constituent qu'une fraction des moyens mis à leur disposition pour des études sponsorisées par l'industrie.

xvii: CBPRD = Crédits Budgétaires Publics alloués à la Recherche & au Développement.

**En 2002-2003, les moyens mis à disposition de la recherche académique pour des études en oncologie représentaient 2,99 euros par habitant.** La moyenne européenne était de 2,56 euros, mais en comparant les investissements non sponsorisés aux Etats-Unis, force est de constater une fois de plus que l'Europe est à la traîne puisqu'on y consacrait la somme de 17,63 euros par habitant à la recherche contre le cancer.

Aux Etats-Unis, les fonds publics pour la recherche contre le cancer sont investis dans le NCI (National Cancer Institute) à raison de 6 milliards de dollars sur base annuelle. Le 7<sup>e</sup> programme cadre de l'Union Européenne prévoyait une somme de 8,317 milliards d'euros sur 6 ans pour des programmes de recherche transnationaux, toutes maladies confondues.

De plus, les budgets de recherche européens sont souvent alloués pour des périodes déterminées en relation avec des projets définis qui ne sont pas toujours renouvelés. Par conséquent, les chercheurs ont tendance à émigrer vers des pays où les projets de recherche sont élaborés à plus long terme et sont mieux rémunérés.

#### d/ L'utilité de la recherche publique

Pourtant l'utilité d'une recherche académique dynamique financée par des fonds publics ne fait pas de doute. Elle est même indispensable à différents niveaux pour combler les diverses lacunes laissées par la recherche privée dans les connaissances relatives au cancer dans toutes ses composantes scientifiques, sociales et budgétaires.

##### *1 - Comparer des stratégies de traitement*

Il est capital de comparer différentes techniques, différents traitements ou modalités d'utilisation de ces techniques afin **d'évaluer leur efficacité respective.**

##### *2 - Améliorer la qualité de vie*

Certaines interventions invasives, par exemple dans les cancers pédiatriques, ont nettement amélioré les chances de survie mais entraînent des conséquences souvent désastreuses sur la qualité de vie des patients. Il appartient à la recherche académique **d'étudier comment diminuer l'agressivité du traitement tout en préservant les chances de survie.**

Aux Etats-Unis, le NCI étudie deux options de traitement du cancer de la prostate : l'ablation immédiate, qui entraîne des inconvénients majeurs pour le patient, et le suivi médical rapproché sans ablation immédiate. La deuxième voie, si elle est aussi efficace que la première, permet d'éviter nombre d'inconvénients majeurs (incontinence, impotence) pour le patient.

##### *3 - Promouvoir la recherche translationnelle<sup>xviii</sup> ou de transfert ?*

La recherche translationnelle se focalise surtout sur les marqueurs biologiques qui pourront prédire une sensibilité spécifique d'une tumeur à un traitement donné. Ce type de recherche est très onéreux et se trouve confronté à un **sous-financement structurel, malgré tous les espoirs qu'elle comporte en terme d'individualisation des traitements.**

Le développement de bio-marqueurs, dans le contexte actuel de pression budgétaire et d'innovations coûteuses, constitue une piste très intéressante pour une meilleure utilisation des traitements et devrait donc constituer une

*xviii: Recherche translationnelle combine recherche fondamentale et recherche appliquée. En oncologie, la recherche translationnelle se focalise surtout sur les marqueurs biologiques qui pourront prédire une sensibilité spécifique d'une tumeur à un traitement donné.*

véritable priorité pour les pouvoirs publics. Les autorités régionales ont déjà montré leur intérêt et apporté leur soutien à ce type de recherche, mais les moyens demeurent en-dessous des possibilités que recèlent ce domaine de recherche.

Les pouvoirs publics investissent relativement peu dans la recherche clinique contre le cancer. Pourtant, une recherche plus ciblée pourrait contribuer de façon très substantielle à rationaliser les dépenses en oncologie.

## Recommandations

### **Encourager la recherche académique**

La recherche académique manque de moyens financiers et un ensemble d'obstacles législatifs et administratifs freinent son développement. En oncologie, la recherche académique a cependant un rôle fondamental à assumer qui est complémentaire à la recherche pharmaceutique.

En particulier, le domaine de la recherche translationnelle est sous-financé pour pouvoir mener ses recherches dans le développement de méthodes prédictives. On sait pourtant tout le potentiel que recèle ce domaine d'étude en terme de réduction des dépenses et d'amélioration de la qualité de vie des patients. Il devient en effet possible d'éviter l'instauration de traitements lourds et onéreux chez les patients qui ne pourraient pas tirer un bénéfice. Investir davantage dans le développement de ces méthodes prédictives constitue donc tout simplement une priorité de santé publique.

Une autre mission capitale en terme de contrôle des dépenses est la comparaison de stratégies de traitement.

Les principales recommandations sont les suivantes :

- Davantage de moyens financiers pour la recherche académique et particulièrement en oncologie étant donné les économies qui pourraient être réalisées par ce biais
- Un allègement des freins tant législatifs, financiers qu'administratifs
- Une meilleure rémunération des chercheurs et la création d'emplois supplémentaires pour soutenir la recherche
- Une aide au financement du personnel (infirmier, informatique) nécessaire à l'encadrement et le suivi des études.

### **Encourager la création d'un Institut du Cancer en Belgique et développer les réseaux**

En attendant la création d'un Institut Européen du Cancer, un Institut belge à créer pourrait mener ou coordonner tout un ensemble de recherches pro-actives visant à pallier au manque de données scientifiques dans certains domaines-clé comme le dépistage ou l'individualisation des traitements.

Au-delà, l'importance du secteur pharmaceutique dans notre pays ne fait pas de doutes et mérite le soutien des pouvoirs publics. La Belgique se situe en tête de peloton européen en matière de recherche clinique grâce notamment à l'excellence de ses réseaux; il serait préjudiciable de perdre cette position en raison d'un climat législatif défavorable.

## IV. Vers un meilleur encadrement des patients

### Chiffres-clés

- Environ 80% des patients en soins palliatifs présentent une problématique cancéreuse sous-jacente.
- Selon une étude française, sur 100 patients ayant développé un cancer 11 ans au préalable, seulement 2 décèderont des suites du cancer au cours de cette année. Ceci plaide en faveur de la reconnaissance du cancer comme maladie chronique.

### A. A travers les soins palliatifs

Il y a un peu plus de 15 ans que les premières initiatives en matière de soins palliatifs ont été prises sur une base volontaire. Dès 1991, des subsides (limités) ont été octroyés pour des expériences en matière de soins palliatifs ambulatoires ou résidentiels. C'est alors que, pour la première fois, la culture des soins palliatifs a occupé une place officielle dans le système des soins de santé belge.

A la fin des années '90, on peut pour ainsi dire parler d'une "percée" et d'un renforcement manifeste des soins palliatifs en Belgique. Il est à juste titre question d'une activation de la politique de soins palliatifs dans le cadre de l'assurance maladie ce qui, dans les années suivantes, a donné lieu à une série d'initiatives concrètes.

Selon l'INAMI, environ 80% des patients en soins palliatifs présentent une problématique cancéreuse sous-jacente.

Une première évaluation par l'INAMI (2004) des mesures concernant les soins palliatifs ambulatoires montrait encore de grandes différences en ce qui concerne la structure d'organisation entre différentes équipes ambulatoires. Il est possible qu'il en aille de même pour les soins palliatifs hospitaliers. Une analyse additionnelle de la situation belge et une comparaison avec la structure d'organisation et de financement dans les pays occidentaux voisins sont nécessaires. Le Centre Fédéral d'Expertise prépare un rapport en la matière qui servira à améliorer le financement du secteur.

Dans un autre rapport, la Cellule d'Évaluation des soins palliatifs formule des recommandations qui n'ont pas été prises en compte à ce jour :

- Améliorer l'encadrement des équipes multidisciplinaires de soins palliatifs à domicile qui manquent de personnel qualifié
- Doubler le financement des équipes de support à l'hôpital

D'une façon générale, un meilleur financement des soins palliatifs est nécessaire.

Un rapport de Test-Achat avance les recommandations suivantes<sup>99</sup>:

« Le temps d'attente pour bénéficier de soins palliatifs semble relativement court dans notre pays : selon la famille du patient, on a donné suite à leur demande en moins d'une semaine, en moyenne. Toutefois, la décision est prise assez tard dans la plupart des cas. Cela peut être expliqué en partie par le cadre légal strict. En effet, les soins palliatifs ne sont remboursés qu'à condition que l'espérance de vie du patient

ne s'élève qu'à 3 mois maximum et 24 heures minimum. En d'autres mots, si son état s'améliore quand même inopinément, mais qu'il a besoin de nouveau de soins palliatifs plus tard, ce n'est en principe plus remboursé. Vu que les frais peuvent alors grimper considérablement, cela peut devenir un lourd fardeau pour le patient et sa famille.

À cet égard, la législation peut certainement encore être améliorée : les soins palliatifs entendent être accessibles à tous les malades souffrant d'une maladie potentiellement mortelle, même si un rétablissement temporaire est encore possible. Il devrait ainsi être possible, par exemple, qu'un patient dans une situation critique soit remboursé des soins palliatifs reçus, même si ces soins sont interrompus (par exemple pour le démarrage d'une nouvelle thérapie, ou à cause d'une réelle amélioration de l'état du patient) et soient ensuite repris. »

Le budget 2006 du Ministre Demotte a prévu un refinancement du secteur palliatif et plus particulièrement :

- La suppression de toute quote-part personnelle pour le patient palliatif
- Le financement de 4 millions d'euros prévu pour les soins palliatifs en fonction des conclusions du groupe travail au sein de l'INAMI avec les secteurs concernés.

## Recommandations

### Garantir un meilleur financement des soins palliatifs

Les mesures de refinancement sont essentielles pour améliorer la qualité et la couverture des soins palliatifs en Belgique. Elles doivent être poursuivies.

### Renforcer les liens entre les structures de soins palliatifs et les centres de soins

Les liens entre les structures de soins palliatifs, tant hospitalières qu'ambulatoires, et les programmes de soins doivent être renforcés afin de faciliter le "transfert" du patient vers une structure de soins palliatifs, fut-ce de façon provisoire.

## B. A travers l'aide financière et l'aide à la réinsertion

### *1. Les coûts supplémentaires*

**Préserver l'équité horizontale dans l'accès à tous les services de santé** est un souci légitime, car cela favorise l'amélioration de la situation sanitaire des groupes les plus vulnérables de la société et accroît ainsi leurs chances de participation et d'insertion.

Le maximum à facturer, introduit par le gouvernement précédent, est une mesure qui améliore l'accessibilité financière aux soins de santé de tous par un plafonnement des dépenses annuelles du ménage dans les services de santé en fonction du revenu annuel net du ménage avant impôt. Un tel plafonnement est indispensable, mais les dépenses non incluses dans le compteur MAF sont particulièrement lourdes pour les patients cancéreux.

**Certains coûts médicaux ou généraux supplémentaires peuvent lourdement peser sur le budget des patients**, surtout s'ils sont issus de catégories sociales vulnérables. Il y a les antidouleurs et calmants non remboursés, les suppléments honoraires, les frais de soins à domicile et parfois même le coût de nouveaux traitements qui ne sont pas encore remboursés.

A ces coûts peuvent aussi s'ajouter des coûts non-médicaux comme des frais de garde, la perte de revenus, etc.

#### a/ Les mesures prises par le gouvernement

Certaines mesures ont été annoncées pour améliorer la protection des malades chroniques contre les dépenses en matière de santé, entre autres en élargissant les frais qui sont pris en compte dans leur compteur MAF (Maximum à facturer) et/ou en améliorant l'intervention directe dans certains frais. Les projets ayant trait au cancer, encore en cours d'évaluation, concernent: les antidouleurs non remboursables, les frais de déplacement des patients cancéreux, la nutrition médicale, etc.

L'assurance-maladie prévoit également d'étendre le droit au tarif préférentiel en matière de soins de santé à tous les ménages dont les revenus se situent en-dessous d'un niveau à déterminer (élargissement du nombre de bénéficiaires) (Statut OMNIO).

Les suppléments pour les chambres à deux lits seront également supprimés pour les patients protégés et les suppléments honoraires plus sévèrement contrôlés, notamment lorsqu'un parent reste dormir ou pour les soins de jour. Les plafonds pour les suppléments honoraires en chambre individuelle devront être repris dans les règlements internes et les aides financières aux hôpitaux ne comptant pas de suppléments en chambre à deux lits ou plus seront plus rapidement versées.

Mais les médecins n'ayant pas signé les accords médico-mutualistes pourront encore appliquer des suppléments d'honoraires en chambre à deux lits ou plus, ce qui n'est pas acceptable.

## **2. Une difficile réinsertion**

Les coûts médicaux constituent un **lourd fardeau financier** pour tous les patients atteints d'un cancer. La précarisation menace ainsi également les classes sociales moyennes.

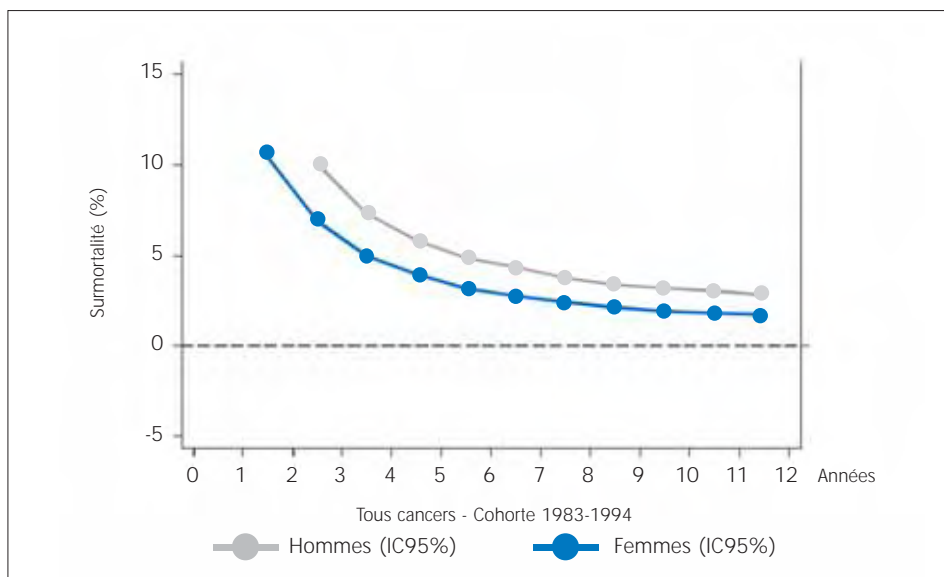
De plus, l'accès des patients aux emprunts et aux assurances constitue un problème supplémentaire pour de très nombreux patients dans la vie de tous les jours, car le cancer conserve encore trop souvent sa triste réputation.

L'aide à la réinsertion professionnelle des patients guéris ou en rémission est également insuffisante. Cela engendre des pertes de revenus et renforce le sentiment d'exclusion des patients.

L'Institut National du Cancer et la Direction générale de la Santé français ont demandé à l'Inserm d'analyser les données disponibles au niveau national et international au travers de l'analyse d'articles, de données issues de registres de population et d'hôpitaux ainsi que du programme américain SEER (Surveillance Epidemiology and End Results Program). Les experts ont ainsi pu calculer la surmortalité annuelle correspondant à l'excès de risque (exprimé en pourcentage) qu'a un patient de mourir par rapport à une personne n'ayant pas eu de cancer. Pour une cohorte de patients observés entre 1983 et 1994, la surmortalité est de 2% entre 11 et 12 ans. Ceci signifie que pour 100 patients ayant développé un cancer 11 ans au préalable, seulement 2 décèderont des suites du cancer au cours de cette année. Il s'agit d'un risque moyen qui peut varier en fonction de paramètres comme le sexe, l'âge, le type de cancer et le stade au moment du diagnostic<sup>100</sup>.

Evolution de la surmortalité dans le temps

La surmortalité observée a tendance à diminuer au cours du temps ce qui reflète l'amélioration globale du diagnostic et du traitement des cancers. **Ces données parlent en faveur d'une réinsertion des patients dans la société** sans qu'il soit question de discrimination financière ou professionnelle à leur égard.



## Recommandations

### Renforcer les mesures de protection financière des patients et de leur famille

Les mesures prises par le gouvernement pour protéger financièrement les familles les plus vulnérables constituent un premier pas dans la bonne direction. Il s'agit encore d'évaluer l'effet de ces mesures sur la situation financière des patients et d'accentuer au besoin leur efficacité.

En octobre 2006, l'allocation minimale d'un employé célibataire invalide de longue date (situation dans laquelle se trouvent de nombreux patients atteints de cancer) était de € 862, alors que, selon le « Centre de Gestion Sociale », € 936 sont nécessaires pour bénéficier d'une sécurité d'existence.

### Mieux aider à la réinsertion professionnelle des patients et faciliter l'accès aux services financiers

L'aide à la réinsertion des patients dans la vie active demeure un maillon faible. De nombreux patients en rémission éprouvent également de grosses difficultés à se faire assurer. Il est important de développer un ensemble de mesures dans ce domaine afin de faciliter l'accès des patients aux services financiers, à l'emploi et aux emprunts.

### Considérer le cancer comme une maladie chronique

D'une façon générale, il s'agit de considérer le cancer comme une maladie chronique et d'offrir aux patients l'encadrement légal et financier dont il a besoin pour ne pas se retrouver dans une situation financière pouvant mener à la précarité.



## C. A travers les droits des patients

La prise en compte des besoins et l'information des patients et de leurs proches constituent un point nécessitant davantage d'attention et une formation des acteurs impliqués. Une approche concertée est, dans cette matière aussi, nécessaire afin de **mettre le patient au centre des préoccupations de chacun**. Celui-ci doit demeurer la personne centrale dans les trajets de soins et ses points de contact principaux doivent idéalement posséder une expertise et des compétences importantes en matière de communication et d'encadrement.

Des liens vers les associations de patients sont indispensables, car celles-ci possèdent d'importantes ressources et connaissances, ainsi que de nombreux services en matière d'information et de soutien psychosocial et financier, pour aider les patients à mieux gérer leur maladie et ses conséquences.

Les résultats d'une étude<sup>101</sup> réalisée par l'IAPO (International Alliance of Patient's Organizations) ont été publiés en 2006. Ils sont le résultat d'un sondage réalisé dans 12 pays. Il en ressort que les patients demandent:

- des systèmes de santé axés sur le malade
- un accès rapide aux meilleurs médicaments et à des informations de qualité
- à être impliqués comme partenaires dans le choix du traitement
- d'alléger les freins bureaucratiques qui entravent la relation médecin-patient
- une individualisation des traitements
- une implication dans les décisions de politiques de soins, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une association de patients.

### Recommandation

#### Garantir les droits des patients

Le patient possède un ensemble de droits concernant sa prise en charge au sens large : il a droit au meilleur traitement possible, à un encadrement psychosocial adéquat, à une information claire et précise concernant sa situation et les perspectives, à un deuxième avis médical, à un service de médiation, à pouvoir bénéficier de soins palliatifs, à mourir dans la dignité, ...

Les droits des patients doivent recevoir toute l'attention du corps médical et les patients doivent recevoir le soutien nécessaire pour faire valoir ces droits.

- 1 INS Direction générale statistique et information économique - Causes de décès. [http://www.statbel.fgov.be/figures/d364\\_fr.asp#1](http://www.statbel.fgov.be/figures/d364_fr.asp#1) (consulté en avril 2007)
- 2 Panorama de la santé en Belgique, 2004. Copenhague, Bureau Régional Europe, Organisation Mondiale de la Santé, 2006. [www.euro.who.int/document/chh/bel\\_highlights\\_fre.pdf](http://www.euro.who.int/document/chh/bel_highlights_fre.pdf) (consulté en avril 2007)
- 3 Flemish Cancer Registry Network - Cancer incidence and survival in Flanders 2000-2001. Brussels, VLK, 2006. <http://www.tegenkanker.net/uploadedfiles/Kankerregistratie/Kankerincidentie/2000-2001.pdf> (consulté en avril 2007)
- 4 Registre Belge du Cancer - statistiques annuelles, taux d'incidence. Wallonie et Bruxelles, 2001
- 5 Registre du cancer. <http://www.coldfusionwebhostings.be/PSK/Upload/Statistics/2001/2001-F-WAL-Lft.pdf> (consulté en mai 2007)
- 6 Registre du cancer. <http://www.coldfusionwebhostings.be/PSK/Upload/Statistics/2001/2001-F-BXL-Lft.pdf> (consulté en mai 2007)
- 7 Registre du Cancer. <http://www.coldfusionwebhostings.be/PSK/Upload/Statistics/2001/2001-M-WAL-Lft.pdf> (consulté en mai 2007)
- 8 Registre du cancer. <http://www.coldfusionwebhostings.be/PSK/Upload/Statistics/2001/2001-M-BXL-Lft.pdf> (consulté en mai 2007)
- 9 [www.registreducancer.be](http://www.registreducancer.be) (consulté en mars 2007)
- 10 Ferlay J et al - Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*, 18 : 581-592, 2007.
- 11 Maîtriser la hausse des dépenses publiques de santé, Etudes économiques de l'OCDE : Belgique, OCDE, 2005. [http://www.oecd.org/document/61/0,2340,fr\\_33873108\\_33873261\\_34550845\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/61/0,2340,fr_33873108_33873261_34550845_1_1_1_1,00.html) (consulté en mai 2007)
- 12 Eco-Santé OCDE, 2006. <http://www.oecd.org/sante/ecosante> (consulté en avril 2007)
- 13 Eco-Santé OCDE, 2006. Comment la Belgique se positionne. <http://www.oecd.org/dataoecd/19/53/36956819.pdf> (consulté en mai 2007)
- 14 Narihx A – Rudy Demotte : « l'industrie pharma doit être plus transparente ». *Echo*, 127 (n)13: 9, 2007.
- 15 Discours de Johan Van De Lanotte, Congrès d'Anvers du SPA, 28/01/2007: une norme de croissance de 3%
- 16 Access to innovation monitor II. [pharma.be](http://www.pharma.be/fr/enewsletterDetail.asp?S=37&P=&A=&ID=33&CID=35), 2007  
<http://www.pharma.be/fr/enewsletterDetail.asp?S=37&P=&A=&ID=33&CID=35> (consulté en avril 2007)
- 17 IMS Health, IMS Market prognosis 2006-2010, March 2006
- 18 CMR International 2006/2007 Pharmaceutical R&D Factbook, Epsom, Centre for Medicines Research, 2006,06
- 19 Wilking N et al - A Pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs. Stockholm,, Karolinska Institutet, 2005. [http://ki.se/content/1/c4/33/52/Cancer\\_Report.pdf](http://ki.se/content/1/c4/33/52/Cancer_Report.pdf) (accessed April 2007) - and a global comparison regarding patient access to cancer drugs, *Annals of Oncology (suppl.3)*, iii1 - iii78, 2007
- 20 OMS/WHO. Priority medicines for Europe and the world. Department of Essential Drugs and Medicines policy. Geneva, World Health Organization, 2004. WHO/EDM/PAR/2004.7
- 21 Délivrances pharmaceutiques dans le secteur ambulatoire, Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments, INAMI, Janvier 2006. <http://www.inami.fgov.be/drug/fr/statistics-scientific-information/pharmanet/pharmaceutical-tables/pdf/2003/tables2003.pdf> (consulté en mai 2007)
- 22 SPF Economie - Direction générale Statistique et Information économique – [http://www.statbel.fgov.be/figures/d23\\_fr.asp#Perspectives](http://www.statbel.fgov.be/figures/d23_fr.asp#Perspectives) (consulté en mai 2007)
- 23 Se préparer au vieillissement de la population, Etudes économiques, OCDE, 2005. [http://www.oecd.org/document/10/0,2340,fr\\_33873108\\_33873261\\_34549130\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/10/0,2340,fr_33873108_33873261_34549130_1_1_1_1,00.html) (consulté en mai 2007)
- 24 Inami. Analyse des dépenses de l'assurance-maladie en fonction de l'âge et du sexe des assurés et estimation de l'incidence du vieillissement sur les dépenses de santé, , Etudes - B.I. 2006/2 – 191. <http://www.inami.fgov.be/presentation/fr/publications/news-bulletin/2006-2/pdf/part01.pdf> (consulté en mai 2007)
- 25 Flemish Cancer Registry Network - Cancer incidence and survival in Flanders 2000-2001. Brussels, VLK, p.79, 2006.
- 26 Améliorer la Santé – Stratégie européenne contre les maladies non transmissibles : prévention et lutte. Copenhague, OMS Comité régional de l'Europe, 2006 <http://www.euro.who.int/Document/RC56/fdoc08.pdf> (consulté en avril 2007)
- 27 Aide-mémoire N°297, Organisation Mondiale de la Santé, 2006 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/fr/index.html> (consulté en mars 2007)
- 28 Enquête de santé publique, Belgique, 2004, Institut de Santé Publique
- 29 Demotte R – Plan fédéral de lutte contre le tabagisme. <http://www.rudydemotte.be/planfr.pdf> (consulté en avril 2007)
- 30 Peto R et al - Mortality from smoking in the developed countries 1950-2000. Oxford, Oxford University Press, 1994
- 31 Conférence de presse/persconferentie FARES/VRGT, décembre 2006
- 32 Gezondheidsconferentie – Tabak, alcohol & drugs. 23 & 30 Nov. 2006., Antwerp Expo. <http://www.gezondheidsconferentie.be/> (consulté en avril 2007)
- 33 CBIP - Fiche de transparence : Prise en charge du sevrage tabagique. Bruxelles, Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique, 2005.
- 34 Van den Bruel A et al - Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. KCE reports vol.IA Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg , 2004.
- 35 Silagy C et al.- Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD000146, 2004.
- 36 Gonzales D et al. – Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. *JAMA*, 296 : 47-55, 2006.
- 37 Klesges RC et al. – Varenicline for smoking cessation. Definite promise, but no panacea. *JAMA*, 296 : 94-95, 2006.
- 38 Enquête de consommation alimentaire Belge 1 – 2004. IPH/EPI Reports n°2006-014. Bruxelles, Service d'Epidémiologie, 2006 – 016. Brussels, Afdeling Epidemiologie. <http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/foodnl/table04.htm>
- 39 Fondation contre le Cancer. Prévention/facteurs de risque et conseils pratiques/obésité [http://www.cancer.be/index.cfm?fuseaction=Content.DisplayCat&Category\\_ID=FEB205AD-2CC9-4C6C-81CC9011D6FDA122&lang=FR](http://www.cancer.be/index.cfm?fuseaction=Content.DisplayCat&Category_ID=FEB205AD-2CC9-4C6C-81CC9011D6FDA122&lang=FR) (consulté en mai 2007)
- 40 [www.cancercode.org](http://www.cancercode.org)

- 41 La problématique des cancers d'origine professionnelle. Bruxelles, Fondation contre le Cancer <http://www.cancer.be> (consulté en avril 2007)
- 42 La réforme de la législation européenne sur les substances chimiques, novembre 2006 [www.eluc.org/a/497?var\\_recherche=canc%E9rig%E8nes+](http://www.eluc.org/a/497?var_recherche=canc%E9rig%E8nes+) (consulté en avril 2007)
- 43 Fondation contre le Cancer, Prévention, Environnement, Agriculteurs et cancers. [http://www.cancer.be/index.cfm?fuseaction=Content.DisplayCat&Category\\_ID=8215510A-06CE-4BB1-BA506C301D7BA90F&Lang=FR](http://www.cancer.be/index.cfm?fuseaction=Content.DisplayCat&Category_ID=8215510A-06CE-4BB1-BA506C301D7BA90F&Lang=FR) (consulté en mai 2007)
- 44 IARC – IARC classifies formaldehyde as carcinogenic to humans. Press Release n°153, 2004
- 45 Debourse X et al. – Polluants domestiques : l'ennemi vient de l'intérieur. *Test Santé*, n°66 : 27-29, 2005
- 46 Brunekreef B.- Air pollution and life expectancy : is there a relation? *Occup Environ Med* , 54 : 781-84, 1997.
- 47 Jakobsson R et al. -. Increased risk of lung cancer among male professional drivers in urban but not rural areas of Sweden. *Occup Environ Med* , 54 : 189-193, 1997.
- 48 AFSSE - Impact sanitaire de la pollution atmosphérique urbaine, Rapport 1. Maisons-Alfort, Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale, 2004.
- 49 Sénat de Belgique – Annales des séances plénières jeudi 13 octobre 2005 séance de l'après-midi. – Demande d'explications sur la pollution occasionnée par les moteurs diesels. N° 3-989 : 48-50, 2005.
- 50 REACH – Règlement (CE) n°1907/2006; Directive 2006/121/CE. *Journal Officiel de l'Union Européenne*. 49,
- 51 Regulation of the European Parliament and of the Council concerning REACH - Extended Impact assessment. Brussels, CEE, 29/10/2003 [http://ec.europa.eu/enterprise/reach/docs/reach/eia-sec-2003\\_1171.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/reach/docs/reach/eia-sec-2003_1171.pdf) (accessed April 2007)
- 52 The Impact of REACH on the environment and human health. Revised final report September 2005 [http://ec.europa.eu/environment/chemicals/pdf/impact\\_on\\_environment\\_report.pdf](http://ec.europa.eu/environment/chemicals/pdf/impact_on_environment_report.pdf) (accessed April 2007)
- 53 Blair et al., 1992 ; Keller-Byrne et al., 1997 ; Khuder et al., 1998 ; Khuder et al., 1999 ; Khuder et al., 1998b; Hardell et al., 1995 [http://www.cirano.qc.ca/realisations/grandes\\_conferences/risques\\_techenv/19-11-03/Samuel.pdf](http://www.cirano.qc.ca/realisations/grandes_conferences/risques_techenv/19-11-03/Samuel.pdf) (consulté en mai 2007)
- 54 Conseil Supérieur de la Santé, Avis et Recommandations, référence CSS n°8204, [http://www.health.fgov.be/CSS\\_HGR](http://www.health.fgov.be/CSS_HGR) (consulté en mai 2007)
- 55 SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, Hépatite B : texte informatif, [www.belgium.be/eportal/application?languageParameter=fr&pageid=contentPage&docId=3619](http://www.belgium.be/eportal/application?languageParameter=fr&pageid=contentPage&docId=3619) (consulté en avril 2007)
- 56 Delwaide J. - Economic evaluation of chronic hepatitis c treatment by interferon-ribavirin combination therapy - 2002
- 57 Renard F. - L'hépatite en Belgique. Comment améliorer le dépistage et la prévention - 2005
- 58 Van Damme P. et al. - Epidemiology of hepatitis C in Belgium present and future - 2002
- 59 Mathei C. et al. – The epidemiology of Hepatitis C among injecting drug users in Belgium - 2005
- 60 Hakama M, et al.- Aggressiveness of screen-detected breast cancers. *Lancet*; 345:221-224, 1995.
- 61 Tabar L et al.- Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet*, 361 : 1405-1410, 2003.
- 62 Agence Intermutualiste - Programme de dépistage du cancer du sein, périodes 2001-2002 et 2003-2004. Rapport numéro 4. Bruxelles, AIM, 2006.
- 63 Tabar L, Duffy SW, Vitak B, Chen HH, Prevost TC. The natural history of breast carcinoma: what have we learned from screening? *Cancer* 86 (3):449-462,1999
- 64 <http://www.lemammotest.be/Campagne2005/Brochuresein.pdf> (consulté en avril 2007)
- 65 European guidelines for quality assurance in mammography screening. Third edition. <[http://www.ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/genetics/guidelines\\_toc\\_en.pdf](http://www.ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/guidelines_toc_en.pdf)> (accessed April 2007)
- 66 Djulbegovic B, et al. - Screening mammography at 40-49 years: regret or no regret ? *Lancet*. 368 :2035-7, 2006.
- 67 Paulus D, et al. - Dépistage du cancer du sein. KCE reports 11B. Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2005
- 68 Hustaert F et al., Dépistage du cancer du col de l'utérus et recherche du Papillomavirus humain (HPV), KCE reports 38B, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2006
- 69 <http://www.iph.fgov.be/epidemi/epifr/index2.htm> (consulté en avril 2007)
- 70 De Laet C et al., Dépistage du cancer colorectal : connaissances scientifiques actuelles et impact budgétaire pour la Belgique, KCE reports 45 B, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2006
- 71 Mambourg F, et al - L'antigène prostatique spécifique (PSA) dans le dépistage du cancer de la prostate. KCE reports 31B. Bruxelles, Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé, 2005
- 72 Sone S, et al., Mass screening for lung cancer with mobile spiral computed tomography scanner. *Lancet* Apr 25;351(9111):1242-5, 1998
- 73 Henschke CI et al., Early Lung Cancer Action Project: overall design and findings from baseline screening. *Lancet* Jul 10;354(9173):99-105, 1999.
- 74 Henschke CI, et al, Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening. *N Engl J Med*. Oct 26;355(17):1763-71, 2006.
- 75 Lichtenstein P, et al. - Environmental and heritable factors in the causation of cancer—Analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark and Finland. *N Engl J Med* 343 :78–85, 2000.
- 76 Lichtenberg F. The effect of cancer drug vintage on cancer survival and mortality. *Annals of Oncology* 18 (supplement 3): iii67-iii77, 2007
- 77 <http://healthnews.uc.edu/news/?/3944/>, consulté en mai 2007
- 78 Résolution du Parlement européen sur le cancer du sein (2002/2279(INI)) Jeudi 5 juin 2003, P5\_TA(2003)0270
- 79 Fondation contre le Cancer ([www.cancer.be](http://www.cancer.be)), Les cliniques du sein : besoin et attentes, Infos médicales, consulté en avril 2007
- 80 Coalition européenne contre le cancer du sein. Les cliniques du sein : besoin et attente. Europa Donna Belgium, 2006. [http://www.europadonna.be/fr/let\\_2006\\_06\\_breastclinics.html](http://www.europadonna.be/fr/let_2006_06_breastclinics.html) (consulté en mai 2006)
- 81 Kingsmore D et al. – Why does specialist treatment of breast cancer improve survival? The role of surgical management. *Br J Cancer*, 90 : 1920-1925, 2004.
- 82 Gilligan MA et al. – Relationship between number of breast cancer operations performed and 5-year survival after treatment for early-stage breast cancer. *Am J Public Health* , 97 : 539-544, 2007.
- 83 Smith T et al. – The rationale, design and implementation of the American Society's studies of cancer survivors. *Cancer*, 109 : 1-12, 2007
- 84 10 juin 2006. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 1997 précisant la description d'une association d'hôpitaux et des normes particulières qu'elle doit respecter
- 85 Redberg RF – Evidence, appropriateness and technology assessment in cardiology : a case study of computed tomography. *Health Aff (Milld)*, 26 : 86-95, 2007.
- 86 Libert Y et al., The psychosocial needs of the cancer sufferer and his support : a nationwide belgian study, *Oncologie*, 8, n°52 : 465-476, 2006
- 87 Journée Action Sein, Fondation contre le Cancer et Europa Donna, Septembre 2006

- 88 Commission of the European Communities. *Investing in research : an action plan for Europe*, Brussels, 2003 <[http://ec.europa.eu/invest-in-research/action/2003\\_actionplan\\_en.htm](http://ec.europa.eu/invest-in-research/action/2003_actionplan_en.htm)> (accessed April 2007)
- 89 *Key figures 2005 - Towards a European Research Area Science, Technology and Innovation*. European Commission, 2005
- 90 *Stagnation of R&D intensity a major threat to the European knowledge-based economy*, IP/05/968, 19/07/2005 <<http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/05/968&format=HTML&aged=1&language=EN&guiLanguage=fr>> (accessed April 2007)
- 91 Commission Européenne. Eurostat. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- 92 Cf *Evaluation des programmes nationaux*, [http://ec.europa.eu/growthandjobs/annual-report\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/growthandjobs/annual-report_fr.htm) (consulté en avril 2007)
- 93 Commission Européenne, Eurostat. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=1996,39140985&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&screen=detailref&language=fr&product=Yearlies\\_new\\_science\\_technology&root=Yearlies\\_new\\_science\\_technology//11/ir021](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=fr&product=Yearlies_new_science_technology&root=Yearlies_new_science_technology//11/ir021) (consulté en avril 2007)
- 94 *Stratégie de Lisbonne, Programme National de Réforme 2005-2008, Belgique, Rapport de progrès 2006*. [http://ec.europa.eu/growthandjobs/pdf/nrp/BE\\_nrp\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/growthandjobs/pdf/nrp/BE_nrp_fr.pdf) (consulté en mai 2007)
- 95 *Le pharma belge, secteur R&D par excellence*. < <http://www.pharma.be/fr/content.asp?S=37&P=174&A=386&ID=386>> (consulté en avril 2007)
- 96 De Doncker H - *R&D in the Belgian pharmaceutical sector*. Brussels, National Bank of Belgium, 2006. (Working paper document n°106)
- 97 Frank S - *Crédits budgétaires publics alloués à la R&D. Statistiques en bref - Science et technologie Eurostat*. 17, 2006.
- 98 *Vlaamse Liga tegen Kanker - Een kritische kijk op het kankerbeleid. Jaarrapport 2004*. Brussel, VLK, 2004
- 99 *Test-Achats, Enquête sur les soins palliatifs*, [www.test-achats.be](http://www.test-achats.be) (consulté en mars 2007)
- 100 *Cancers. Pronostics à long terme*. Paris, Editions Inserm, 2005. <http://ist.inserm.fr/basisrapports/cancer-pronostic.html> (consulté en mars 2007)
- 101 IAOP – *Perceptions of healthcare*. Summer 2006. <http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=751/343/patient%20Survey%20Report.pdf> (accessed April 2007)
- 102 <http://www.oecd.org/dataoecd/58/16/35625357.pdf> (accessed in april 2007)
- 103 26.04.2007. Arrêté royal fixant les normes auxquelles le programme des soins oncologiques spécialisé pour le cancer du sein doit satisfaire pour être agréé.