BELGIQUE



Profils sur le cancer par pays

2023

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Collection «Profils sur le cancer par pays»

Le registre européen des inégalités face au cancer est une initiative phare du plan "Vaincre le cancer en Europe". Il fournit des données solides et fiables sur la prévention et les soins oncologiques afin d'identifier les tendances, les disparités et les inégalités entre les États membres et les régions. Les profils sur le cancer par pays identifient les forces, les faiblesses et les domaines d'action spécifiques de chacun des 27 États membres de l'UE, de l'Islande et de la Norvège, afin d'orienter les investissements et les interventions aux niveaux européen, national et régional dans le cadre du plan "Vaincre le cancer en Europe". Le Registre européen des inégalités face au cancer soutient également le programme phare 1 du plan d'action "Pollution zéro".

Les profils sont le fruit du travail mené par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en coopération avec la Commission européenne. L'équipe remercie les experts nationaux, le comité de la santé de l'OCDE et le groupe thématique d'experts de l'UE sur le registre des inégalités face au cancer pour leurs précieuses observations et suggestions.

Sources des données et des informations

Les données et les informations utilisées dans les profils sur le cancer par pays se fondent principalement sur les statistiques nationales officielles fournies à Eurostat et à l'OCDE, qui ont été validées afin d'assurer les normes les plus élevées en matière de comparabilité des données. Les sources et les méthodes sous-tendant ces données sont disponibles dans la base de données d'Eurostat et dans la base de données sur la santé de l'OCDE.

Des données supplémentaires proviennent également de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) et d'autres sources nationales (indépendantes des intérêts privés ou commerciaux). Les moyennes de l'UE calculées sont des moyennes pondérées des 27 États membres, sauf indication contraire. Ces moyennes de l'UE ne concernent ni l'Islande ni la Norvège. La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de niveaux de prix entre pays.

Clause de non-responsabilité: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

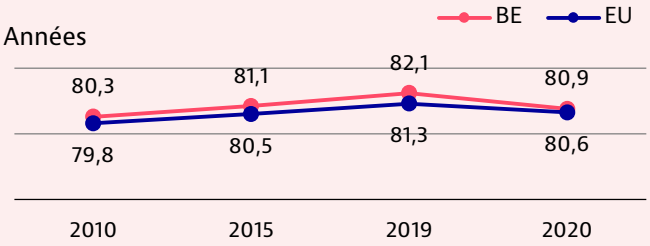
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

Table des matières

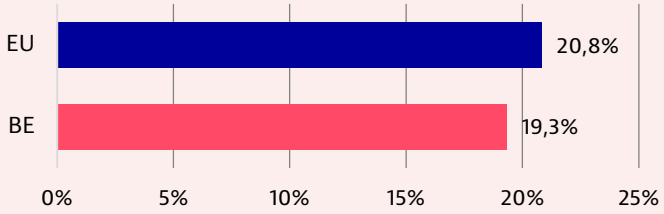
1. POINTS SAILLANTS 3
2. LE CANCER EN BELGIQUE 4
3. FACTEURS DE RISQUE ET POLITIQUES DE PRÉVENTION 7
4. DÉTECTION PRÉCOCE 10
5. PERFORMANCE DES SOINS ONCOLOGIQUES 12
5.1 Accessibilité 12
5.2 Qualité 14
5.3 Coûts 15
5.4 COVID 19 et cancer: renforcer la résilience 17
6. COUP DE PROJECTEUR SUR LES INÉGALITÉS 18

Résumé des principales caractéristiques du système de santé

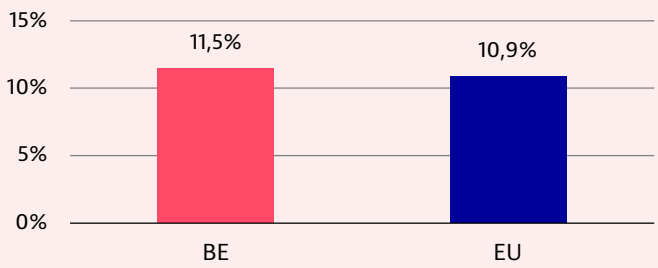
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE (EN ANNÉES)



PART DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS (2021)

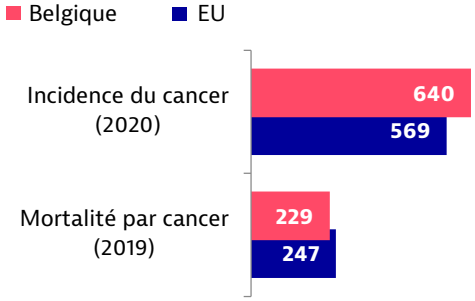


DÉPENSES DE SANTÉ EN % DU PIB (2020)

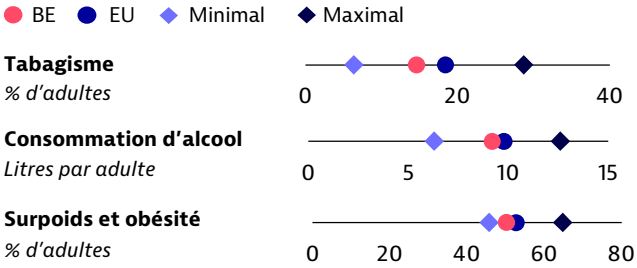


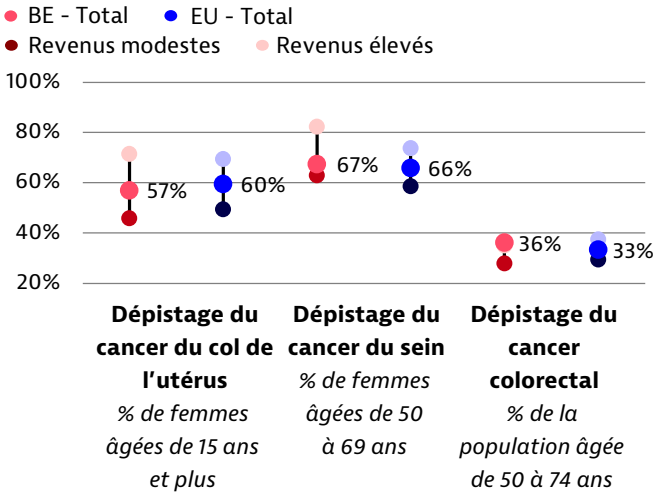
Source: Base de données d'Eurostat.

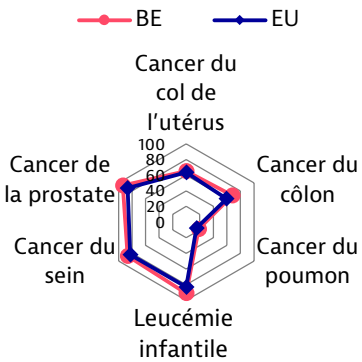
1. Points saillants



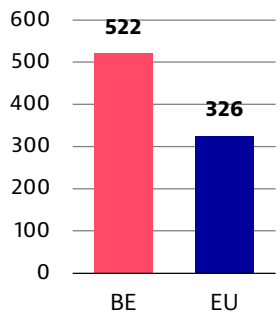
Taux standardisé en fonction de l'âge pour 100 000 habitants







Taux de survie nette à cinq ans par type de cancer (2010-2014)



Coût total du cancer (EUR par habitant PPA), 2018

Le cancer en Belgique

En 2009, les autorités belges ont adopté un «plan national cancer» qui a permis d'améliorer la surveillance et la prise en charge du cancer. Les taux de mortalité par cancer dans le pays sont parmi les plus faibles de l'UE et ont considérablement diminué entre 2011 et 2019, y compris en ce qui concerne le cancer du poumon et le cancer colorectal, qui causent le plus de décès liés au cancer par habitant en Belgique. En 2020, 75 000 nouveaux cas de cancer étaient attendus en Belgique.

Facteurs de risque et politiques de prévention

Les facteurs de risque liés aux modes de vie, tels que la consommation d'alcool et le tabagisme, contribuent au profil de risque du cancer en Belgique. Les taux de tabagisme ont considérablement diminué ces dernières années, mais d'importantes disparités persistent entre les groupes socio-économiques. La vaccination contre les papillomavirus humains, qui est organisée par région, est légèrement supérieure à la moyenne de l'UE.

Détection précoce

En Belgique, les programmes de dépistage du cancer sont organisés et mis en œuvre au niveau régional. Des programmes de dépistage de masse sont en place pour le cancer du sein et le cancer colorectal dans les trois régions, mais seule la Flandre organise un dépistage de masse pour le cancer du col de l'utérus. Les taux de participation au dépistage sont proches de la moyenne de l'UE, mais des inégalités socio-économiques demeurent.

Performance des soins oncologiques

La qualité et l'organisation des soins palliatifs sont autant d'atouts du système de santé belge. De plus, le taux de survie à cinq ans est supérieur à la moyenne de l'UE pour les cancers les plus courants. La concentration des soins oncologiques est en cours, mais un réseau de cancérologie n'a pas encore été mis en place. Les dépenses de soins oncologiques sont parmi les plus élevées de l'UE et les coûts des nouveaux médicaments anticancéreux ont explosé ces dernières années. Comme dans de nombreux autres pays de l'UE, la COVID 19 a eu de profondes répercussions sur la détection et la prise en charge du cancer.

2. Le cancer en Belgique

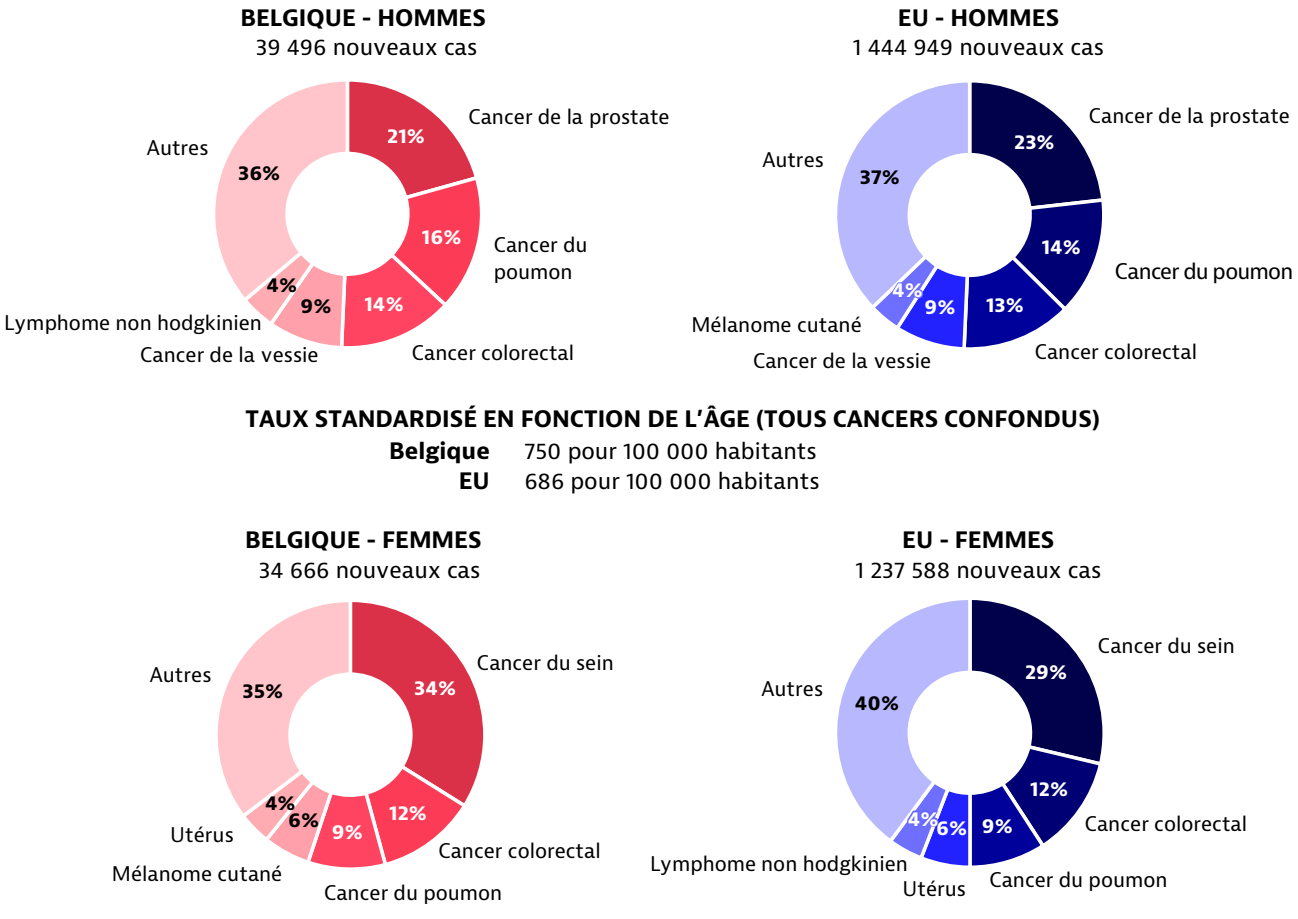
L'incidence du cancer en Belgique est supérieure à la moyenne de l'UE

Selon les estimations du système européen d'information sur le cancer (ECIS) du Centre commun de recherche, établies à partir des données d'incidence collectées les années précédant la pandémie, quelque 75 000 nouveaux cas de cancer étaient attendus en Belgique en 2020[1]. Les taux d'incidence par habitant, standardisés en fonction de l'âge, devaient être légèrement supérieurs aux moyennes de l'UE (Graphique 1). Environ 750 nouveaux diagnostics de cancer étaient attendus pour 100 000 hommes, contre 686 pour 100 000 dans l'UE. De même, 561 nouveaux diagnostics de cancer étaient attendus pour 100 000 femmes, un chiffre supérieur à la moyenne de l'UE (484 pour 100 000).

Les principaux types de cancer chez les hommes et les femmes sont conformes aux tendances plus générales de l'UE. Chez les hommes, il était estimé que le cancer de la prostate serait le plus fréquent, représentant 21 % des nouveaux cas en Belgique, suivi du cancer du poumon, du cancer colorectal et du cancer de la vessie. Chez les femmes, il était estimé que le cancer du sein serait le plus fréquent,

Graphique 1. En 2020, quelque 75 000 nouveaux cas de cancer étaient attendus en Belgique

Répartition de l'incidence du cancer par sexe en Belgique et dans l'UE



Remarque: Le cancer du corps de l'utérus ne comprend pas le cancer du col de l'utérus. Ces estimations ont été établies avant la pandémie de COVID 19, à partir des données d'incidence des années précédentes, et peuvent différer des taux observés au cours des années plus récentes.
Source: Système européen d'information sur le cancer (ECIS). Graphique extrait de la page https://ecis.jrc.ec.europa.eu, consultée le 9 mai 2022. © Union européenne, 2022.

1 *Selon les statistiques officielles, 68 782 nouveaux diagnostics de cancer ont été enregistrés en Belgique en 2020 (651 nouveaux diagnostics de cancer pour 100 000 hommes, et 548 nouveaux diagnostics de cancer pour 100 000 femmes).*

représentant 34 % des nouveaux cas en Belgique (contre 29 % dans l'UE), suivi du cancer colorectal, du cancer du poumon, du mélanome cutané et du cancer de l'utérus.

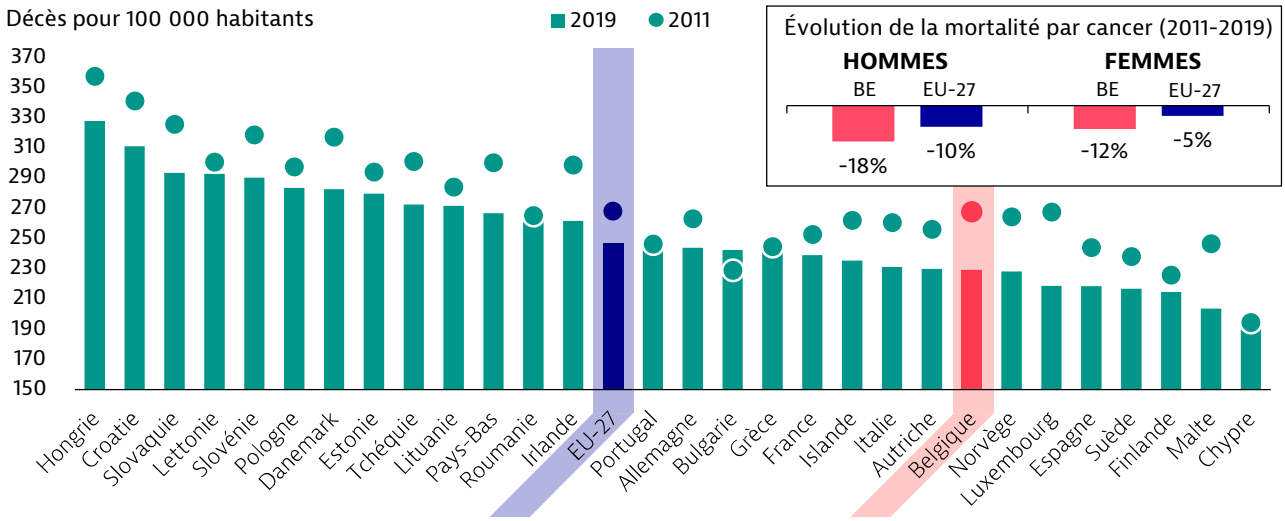
En 2020, en Belgique, il était estimé que le cancer gastrique (de l'estomac) représenterait 3 % des nouveaux cas de cancer chez les hommes et 2 % chez les femmes, et un taux de mortalité global de 5 pour 100 000 habitants en 2019, soit la moitié de la moyenne de l'UE. Selon les estimations, le mélanome cutané devait quant à lui représenter une part légèrement plus importante des nouveaux cas de cancer, soit 4 % chez les hommes et 6 % chez les femmes, mais ne devait pas figurer parmi les dix premières causes de décès lié au cancer, quel que soit le sexe. En 2020, un total de 17 883 diagnostics était rare selon les recommandations du réseau d'information sur les cancers rares (RARECARENet).

Selon la Fondation Registre du Cancer, le cancer pédiatrique représente moins de 1 % de la charge totale du cancer. Chaque année, quelque 340 enfants (âgés de 0 à 14 ans) et 180 adolescents (âgés de 15 à 19 ans) se voient diagnostiquer une tumeur maligne. Le nombre total de nouveaux cas chez les enfants et les adolescents a augmenté récemment, mais cette hausse peut s'expliquer en partie par une croissance démographique annuelle d'environ 0,5 % au cours des 17 dernières années. Un peu plus de nouveaux cas sont enregistrés chez les garçons (54 %) que chez les filles (46 %), avec un rapport homme/femme de 1,14:1.

La mortalité par cancer par habitant est l'une des plus faibles de l'UE

Chaque année, environ 26 000 personnes en Belgique décèdent d'un cancer : 14 000 hommes et 12 000 femmes. Le cancer représente la deuxième cause de décès chez les adultes après les maladies du système circulatoire. Entre 2011 et 2019, le nombre de décès par cancer par habitant a diminué de 15 %, passant de 268 à 229 pour 100 000 habitants, un taux parmi les plus bas de l'UE (Graphique 2).

Graphique 2. En Belgique, le nombre de décès par cancer par habitant a diminué de 15 % entre 2011 et 2019



Remarque: La moyenne de l'UE est pondérée (calculée par Eurostat pour la période 2011-2017 et par l'OCDE pour la période 2018-2019).
Source: Base de données d'Eurostat.

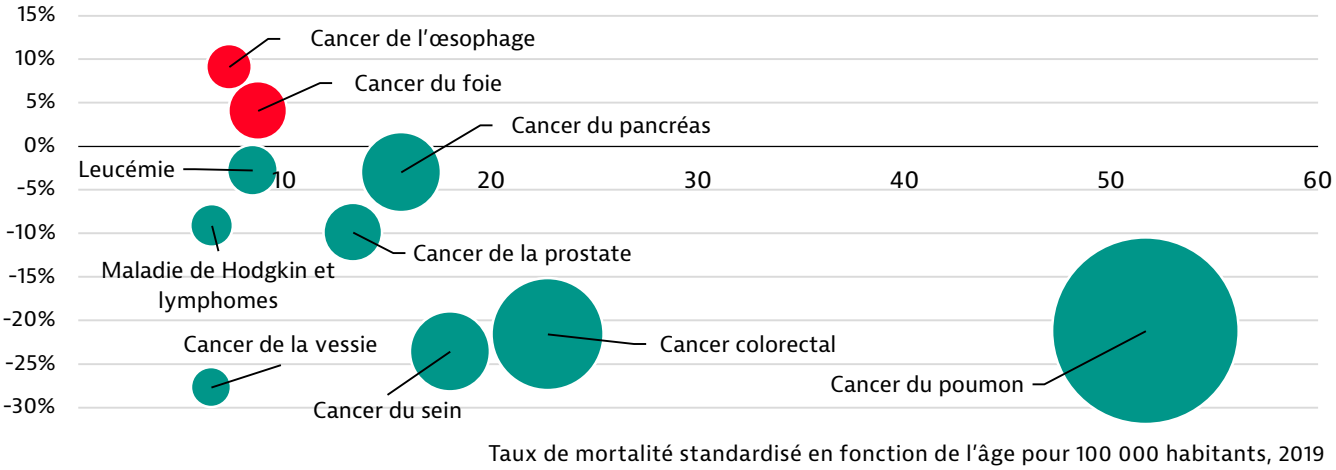
La Belgique a connu une diminution de la mortalité par habitant entre 2011 et 2019 pour les 10 cancers les plus meurtriers, à l'exception du cancer du foie, qui a augmenté de 4 %, et du cancer de l'œsophage, qui a augmenté de 9 % (Graphique 3). Les taux de mortalité les plus élevés en 2019 concernaient le cancer du poumon (52 décès pour 100 000 habitants), le cancer colorectal (23 pour 100 000), le cancer du sein (18 pour 100 000) et le cancer du pancréas (16 pour 100 000). Ces taux avaient tous diminué depuis 2011: -21 % pour le cancer du poumon, -22 % pour le cancer colorectal, -24 % pour le cancer du sein et -3 % pour le cancer du pancréas.

La charge du cancer en Belgique a considérablement augmenté au cours des 15 dernières années

Au cours de la période 2004-2019, la charge non mortelle du cancer, standardisée en fonction de l'âge, a augmenté de 6 % pour les années vécues avec une incapacité (AVI) fondées sur l'incidence et de 3 % pour les AVI fondées sur la prévalence. En 2019, le cancer du sein présentait la morbidité la plus élevée chez les femmes belges, suivi du cancer colorectal et du cancer de la peau sans mélanome. Chez les hommes, le cancer de la prostate présentait la morbidité la plus élevée, suivi également par le cancer colorectal et le cancer de la peau sans mélanome. Au cours de

Graphique 3. Le cancer du poumon et le cancer colorectal ont été les causes les plus importantes de décès par cancer en 2019

Évolution de la mortalité par cancer ,2011-2019; (ou année la plus proche)



Taux de mortalité standardisé en fonction de l'âge pour 100 000 habitants, 2019

Remarque: Les disques rouges indiquent une augmentation de la variation en pourcentage de la mortalité par cancer au cours de la période 2011-2019; les disques verts une diminution. La taille des disques est proportionnelle aux différents taux de mortalité en 2019. La mortalité par certains de ces types de cancer est faible; par conséquent, l'évolution des pourcentages doit être interprétée avec prudence. La taille des disques pour les taux de mortalité n'est pas comparable entre les pays.
Source: Base de données d'Eurostat.

la période 2004-2019, les AVI fondées sur l'incidence, standardisées en fonction de l'âge, du cancer de la peau sans mélanome ont augmenté de manière significative chez les deux sexes (de 49 à 111 pour 100 000 chez les hommes et de 15 à 44 pour 100 000 chez les femmes), tandis que des diminutions importantes ont été observées pour le cancer colorectal chez les deux sexes — de 105 à 84 pour 100 000 chez les hommes et de 66 à 58 pour 100 000 chez les femmes (Gorasso et al., 2022).

Globalement, entre 2000 et 2016, les années potentielles de vie perdues en raison de néoplasmes malins en Belgique ont connu une diminution relative de près de 30 %, et représentaient 1 241 années de vie perdues pour 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans en 2016. La diminution relative était plus importante chez les hommes (32 %) que chez les femmes (22 %), avec respectivement 1 388 et 1 101 années de vie perdues en 2016.

En 2009, la Belgique a adopté un «plan national cancer», qui a régulièrement fait l'objet d'une évaluation et d'un suivi

En 2009, les autorités belges ont adopté un plan national cancer, composé de 78 mesures. Sa mise en œuvre a permis d'améliorer la qualité des soins dispensés grâce à une approche pluridisciplinaire, l'inclusion de soins psychosociaux et la systématisation de la collecte de données pour tous les cas de cancer par l'intermédiaire de la Fondation Registre du cancer. Le Centre du cancer de Sciensano suit l'évolution des axes stratégiques de la lutte contre le cancer en Belgique, à tous les niveaux de gouvernance, et joue le rôle d'organe scientifique consultatif.

Une évaluation du plan a eu lieu en 2012. Sa mise en œuvre a été jugée concluante, car la plupart des mesures ont été réalisées de manière structurelle. Cinq axes d'amélioration ont toutefois également été recensés : la prise en charge transmurale (coordination entre les secteurs ambulatoire et hospitalier), la réinsertion socioprofessionnelle des patients ayant des antécédents de cancer, la nécessité de banques de sang, la qualité des soins et la médecine personnalisée. Pour chacun de ces sujets, un groupe de travail thématique a été créé afin de définir les domaines d'intervention prioritaires, avec l'aide de diverses parties prenantes (notamment des représentants des patients).

Au cours de la période 2015-2019, plusieurs nouvelles actions ont été adoptées, dont le développement du diagnostic moléculaire en oncologie (y compris le séquençage de nouvelle génération), la concentration des soins afin d'améliorer la qualité pour certaines maladies rares et les mesures facilitant la réinsertion professionnelle des patients atteints d'un cancer (voir section 5). En 2022, aucune discussion n'est en cours sur l'adoption d'un nouveau plan de lutte contre le cancer, mais les autorités envisagent de prendre de nouvelles mesures en ce qui concerne l'accès aux soins oncologiques (y compris l'accessibilité financière pour les patients, et du point de vue des financeurs publics), le cancer chez les enfants et les jeunes adultes et la poursuite du développement de la concentration des soins.

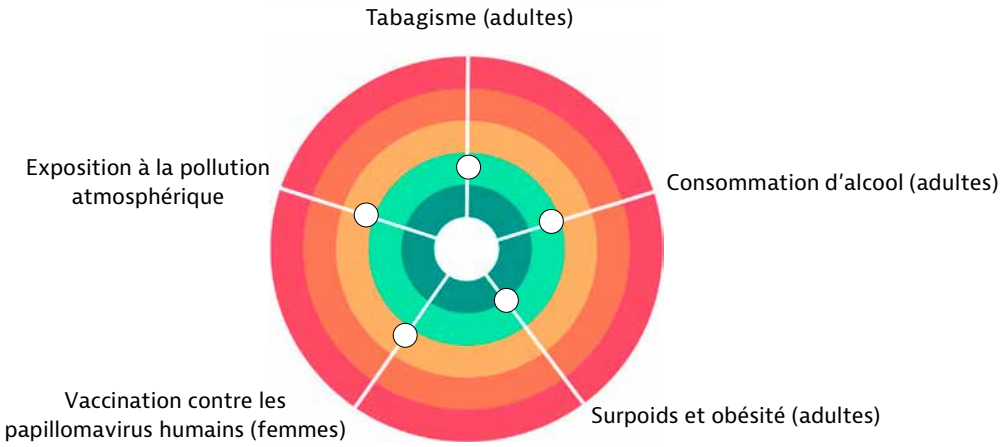
3. Facteurs de risque et politiques de prévention

Les facteurs de risque liés aux modes de vie représentent les principaux moteurs de l'incidence du cancer

La Belgique se compare relativement bien par rapport à la plupart des autres pays de l'UE en ce qui concerne les facteurs de risque liés aux modes de vie (Graphique 4). La consommation de tabac a diminué et est désormais inférieure à celle de nombreux autres pays, et la consommation globale d'alcool est légèrement inférieure à la moyenne de l'UE.

En Belgique, les responsabilités en matière de soins de santé sont généralement réparties entre les trois régions (Flandre, Bruxelles et Wallonie). Cependant, en 2016, il a été convenu de mettre en œuvre de façon coordonnée un protocole d'accord national sur la prévention, notamment en vue de réduire la consommation de tabac et d'alcool. Ces dernières années, les entités fédérées ont lancé plusieurs initiatives pour renforcer les politiques de santé publique, notamment pour réduire le tabagisme et la consommation d'alcool.

Graphique 4. La Belgique se compare relativement bien pour la plupart des facteurs de risque du cancer liés aux modes de vie



Remarque: Plus le point est proche du centre, meilleur est le classement du pays par rapport aux autres pays de l'UE. Aucun pays ne se situe dans la «zone cible» blanche centrale, car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines. Source: Calculs de l'OCDE, à partir de données de l'enquête européenne par entrevue sur la santé (EHIS) de 2019 pour les taux de tabagisme et de surpoids/obésité, des statistiques de l'OCDE sur la santé 2022 et du système mondial d'information sur l'alcool et la santé (GISAH) de l'OMS pour la consommation d'alcool (2020), de l'OMS pour la vaccination contre le HPV (au moyen du formulaire de déclaration conjointe OMS/Unicef sur la vaccination) (2020), et d'Eurostat pour la pollution atmosphérique (2019).

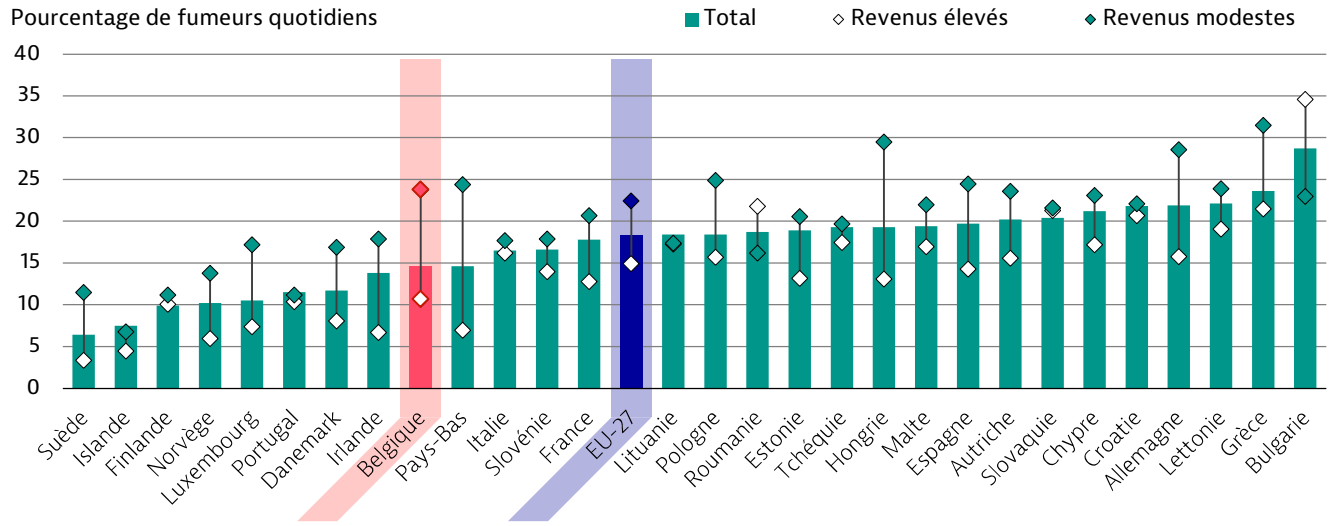
Les taux de tabagisme en Belgique figurent parmi les plus faibles de l'UE

Environ un adulte sur sept (15 %) a déclaré être un fumeur quotidien de cigarettes en Belgique en 2019, un taux inférieur à celui de nombreux pays de l'UE, mais il persiste un déséquilibre entre les sexes, les hommes (18 %) fumant davantage que les femmes (12 %).

Seuls 11 % des personnes à revenus élevés fumaient quotidiennement en 2019, contre 24 % des personnes à revenus modestes, soit une différence de 13 points de pourcentage (Graphique 5). En outre, la prévalence du tabagisme a diminué beaucoup plus lentement dans le groupe à revenus modestes que dans le groupe à revenus élevés au cours de la dernière décennie, ce qui a accru l'écart des inégalités liées aux revenus. Les disparités constatées au niveau des taux de tabagisme en fonction du niveau d'instruction étaient également importantes : les taux étaient deux fois plus élevés chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction que chez celles ayant un niveau d'instruction élevé. Des inégalités ont également été signalées entre les régions : 19 % de la population fumait quotidiennement en Wallonie, 16 % à Bruxelles et 13 % en Flandre.

Comme dans la plupart des pays de l'UE, la consommation globale de tabac n'a cessé de diminuer au cours des dernières décennies (Bizel, 2017). Une grande partie de cette réduction peut être attribuée à des politiques à long terme, adoptées pour la plupart au cours des 20 dernières années aux niveaux fédéral et régional, notamment: a) l'application d'une législation restrictive sur l'accès aux produits du tabac (vente), la publicité, la protection des non-fumeurs sur le lieu de travail

Graphique 5. Les inégalités socio-économiques de tabagisme sont importantes



Remarque: La moyenne de l'UE est pondérée (calculée par Eurostat).
Source: Base de données d'Eurostat (EHIS). Les données se rapportent à 2019.

et dans les espaces publics, et l'augmentation progressive des taxes; b) le soutien des services de désaccoutumance au tabac, au moyen d'une approche multifactorielle comprenant des conseils systématiques des professionnels de santé et la participation de spécialistes par l'intermédiaire de centres d'assistance; et c) l'adoption de politiques de promotion de la santé.

Plus récemment, l'interdiction de vendre des produits du tabac aux jeunes de moins de 18 ans est entrée en vigueur en 2019, et en 2020, les paquets de cigarettes neutres sont devenus obligatoires. À partir de janvier 2021, le prix d'un paquet de cigarettes est passé de 6,80 EUR à 7,50 EUR en moyenne.

La consommation excessive d'alcool chez les adultes constitue un facteur de risque important en Belgique

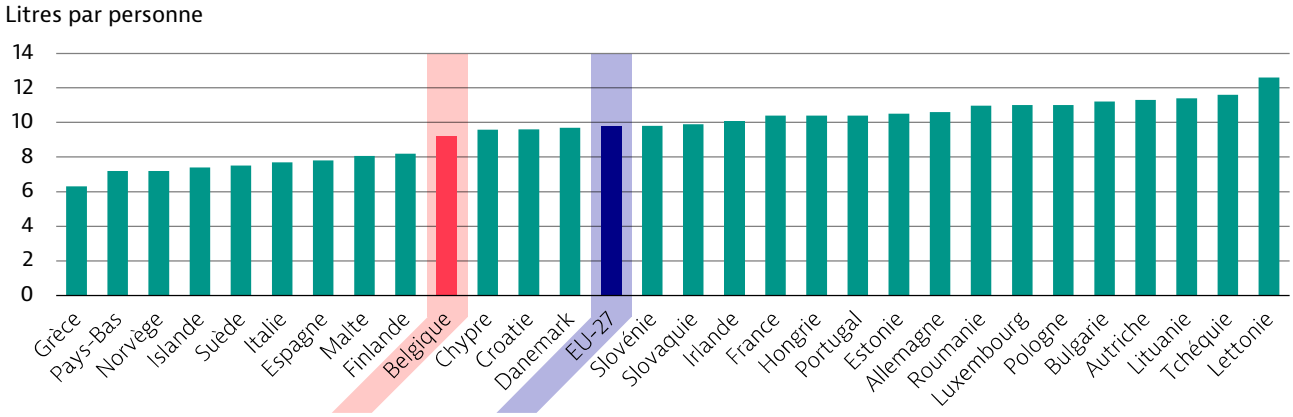
En Belgique en 2020, les personnes âgées de 15 ans et plus consomment en moyenne 9,2 litres d'alcool pur par an, un chiffre inférieur à la moyenne de l'UE (9,8 litres) (Graphique 6). Ce chiffre a diminué lentement mais de façon continue en Belgique depuis 2000, puisque la consommation moyenne s'élevait à 11,2 litres par an. L'estimation des cancers attribuables à la consommation d'alcool en Belgique en 2020 (14,7 cas pour 100 000 habitants) était toutefois supérieure à la moyenne de l'UE (12,3 pour 100 000).

Au niveau fédéral, plusieurs initiatives ont été adoptées afin de limiter la consommation d'alcool, notamment la taxation des alcools et boissons alcoolisées, l'interdiction de la vente aux jeunes (interdiction de la vente d'alcools forts aux 16-17 ans à partir de 2018, bien que l'achat de bière et de vin soit autorisé) et la réglementation de la publicité et de la commercialisation des alcools et boissons alcoolisées. Les taxes sur l'alcool ont également été augmentées en 2016, en fonction de la quantité d'alcool contenue dans les boissons.

Les taux de surpoids et d'obésité chez les adultes sont parmi les plus bas de l'UE

Les taux de surpoids et d'obésité chez les personnes âgées de 15 ans et plus sont parmi les plus bas de

Graphique 6. La consommation d'alcool en Belgique est légèrement inférieure à la moyenne de l'UE



Remarque: La moyenne de l'UE est non pondérée (calculée par l'OCDE).
Source: Statistiques de l'OCDE sur la santé 2020; GISAH de l'OMS (2020).

l'UE. En 2019, 50,2 % des personnes en Belgique étaient en surpoids ou obèses. Il s'agit d'une légère augmentation depuis 2014 (47,9 %), mais qui reste inférieure à la moyenne de l'UE (52,7 %). Les hommes (56,2 %) sont beaucoup plus susceptibles que les femmes (44,6 %) d'être en surpoids ou obèses, mais ces taux restent inférieurs aux moyennes de l'UE.

Une mauvaise alimentation représente l'un des facteurs contribuant à l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité. En 2018, des proportions importantes de personnes âgées de 15 ans et plus ont déclaré ne pas consommer de fruits (45 %) ou de légumes (24 %) quotidiennement ; et des proportions encore plus élevées de jeunes de 15 ans n'ont pas consommé de fruits (64 %) ou de légumes (40 %) quotidiennement, bien que les parts soient plus faibles que dans de nombreux pays de l'UE. Une faible activité physique est également un facteur de risque modifiable contribuant au surpoids et à l'obésité. Les Belges âgés de 15 ans et plus sont moins actifs physiquement que la même classe d'âge de nombreux pays de l'UE: en 2019, 29% satisfaisaient la recommandation de l'OMS, qui conseillait, de pratiquer au moins 150 minutes d'activité physique modérée par semaine.

Plusieurs initiatives visant à promouvoir une alimentation saine ont été adoptées ces dernières années. Le «plan national Nutrition Santé» (2006-2014) a été suivi du «plan fédéral Nutrition Santé», qui définit cinq axes stratégiques fondés sur des lignes directrices internationales. Il s'agit d'harmoniser et de rendre cohérents les messages diffusés par les autorités et les organisations de la société civile, mais aussi par les acteurs du secteur privé.

Les taux de vaccination contre les papillomavirus humains varient considérablement d'une région à l'autre

En Belgique, la vaccination contre les papillomavirus humains est proposée selon trois formules: a) remboursement par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), b) gratuité dans le cadre de programmes de vaccination communautaires régionaux, ou c) paiement intégral en pharmacie. Actuellement, les programmes de vaccination de routine contre les papillomavirus humains en Belgique sont gérés par les gouvernements régionaux, le remboursement national n'étant disponible que pour les vaccinations de rattrapage pour les filles âgées de 12 à 18 ans n'ayant pas accès à un programme régional. Des programmes de vaccination des filles contre les papillomavirus humains ont été lancés en région flamande en 2010 et en région Wallonie-Bruxelles en 2011.

En 2010, le vaccin protégeant contre quatre types de HPV a été mis gratuitement à disposition en Flandre selon un schéma à trois doses dans le cadre d'un programme de vaccination régional pour les filles âgées de 11-12 ans. En 2018, le vaccin protégeant contre neuf types de HPV (administré selon un schéma à deux doses) l'a remplacé. La vaccination des garçons avec ce dernier vaccin était recommandée depuis 2017 et a été mise en œuvre en 2019. Les taux de vaccination s'élèvent à environ 90 % en Flandre.

En 2011, le vaccin protégeant contre deux types de papillomavirus humains a été mis à disposition en région Wallonie-Bruxelles dans le cadre d'un programme scolaire gratuit destiné aux jeunes filles de 13-14 ans. La vaccination des garçons avec le vaccin protégeant contre neuf types de papillomavirus humains a également été mise en œuvre en 2019. Les taux de vaccination en Wallonie-Bruxelles étaient plus faibles qu'en Flandre, soit 29 % après un ou deux ans de programme et 36 % après cinq ou six ans (Simoens et al., 2021).

En 2019, les trois régions ont adopté des plans d'action pour lutter contre la pollution atmosphérique

La Cellule interrégionale de l'environnement de Belgique indique que, malgré des améliorations notables au cours des dernières décennies, la population belge est toujours exposée à une trop forte pollution atmosphérique. En 2019, l'exposition aux PM_{10}[2] en Belgique a atteint 18,9 µg/m^3, un chiffre inférieur à la moyenne de l'UE (20,5 µg/m^3). La concentration de $PM_{2,5}$ était également plus faible que dans l'UE (11,1 µg/m^3 contre 12,6 µg/m^3). Selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation, l'exposition à l'ozone et aux $PM_{2,5}$ a été à l'origine d'environ 3 % de tous les décès survenus en Belgique en 2019, un taux inférieur à la moyenne de l'UE.

La détermination des objectifs en matière de qualité de l'air est une compétence régionale. Le gouvernement fédéral joue toutefois un rôle important, notamment en fixant des normes pour la vente de produits et de machines polluants. Son rôle est également essentiel pour soutenir l'efficacité et la cohérence des lois et des actions régionales.

En 2016, la Commission européenne a publié le programme «Une énergie propre pour tous les Européens», dans lequel elle encourage les pays à élaborer des plans énergétiques stratégiques. En 2019, les trois régions de Belgique ont élaboré trois plans d'action distincts, mais similaires, contenant des mesures visant à lutter contre la pollution atmosphérique et à limiter les effets négatifs sur la santé et le cadre de vie. Ces plans comprennent des objectifs stratégiques à court, moyen (2030) et long terme (2050), conformément aux objectifs européens.

2 *Les particules atmosphériques (MP) sont classées en fonction de leur taille: les PM_{10} désignent les particules de moins de 10 micromètres de diamètre; les $PM_{2,5}$ les particules de moins de 2,5 micromètres de diamètre.*

4. Détection précoce

Les programmes de dépistage relèvent principalement de la responsabilité des gouvernements régionaux

En Belgique, l'organisation des programmes de dépistage de masse du cancer (proposés à une population cible à risque) est une responsabilité à la fois régionale et fédérale. Les autorités flamandes, wallonnes et bruxelloises sont responsables de la mise en œuvre et de la coordination des programmes de dépistage, avec l'aide de centres d'expertise mandatés: le Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) en Flandre, le Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers (CCR) en Wallonie et Bruprev à Bruxelles.

Les taux de dépistage du cancer du sein sont légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE

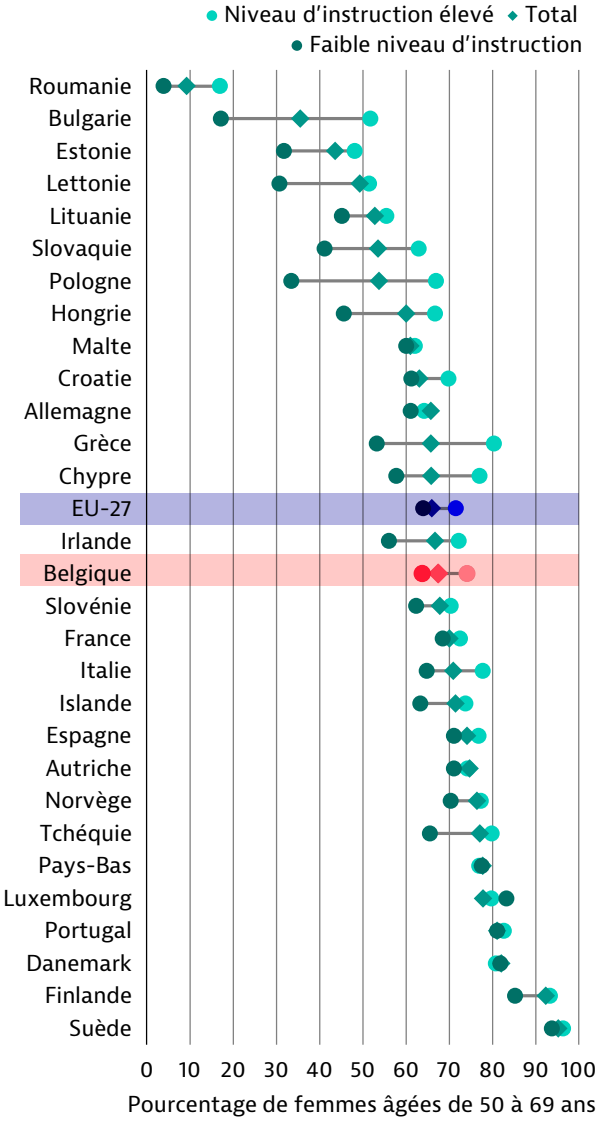
En Belgique, le taux de participation au dépistage du cancer du sein est supérieur à la moyenne de l'UE. En 2019, 67,4 % des femmes âgées de 50 à 69 ans ont déclaré avoir bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années, un chiffre supérieur à la moyenne de l'UE (65,9 %). Des disparités dans la participation au dépistage existent entre les groupes de revenus et le niveau d'instruction: le taux s'élevait à 74 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction élevé et à 64 % chez les femmes ayant un faible niveau d'instruction (Graphique 7).

En Flandre, à la demande et avec le financement du gouvernement flamand, le CvKO organise depuis 2001 un dépistage de masse du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans. Tous les deux ans, les femmes reçoivent une invitation (accompagnée d'un document explicatif) à passer une mammographie, qui est entièrement prise en charge et examinée de manière indépendante par deux radiologues. Le dépistage du cancer du sein est organisé depuis 2002 selon les mêmes critères en Wallonie par le CCR et à Bruxelles par Bruprev.

Toutes les régions de Belgique ne disposent pas d'un programme de dépistage de masse du cancer du col de l'utérus

En 2019, le taux de mortalité standardisé en fonction de l'âge pour le cancer du col de l'utérus était de 2 pour 100 000 femmes. Ce taux est l'un des plus faibles de l'UE et représente la moitié de la moyenne de l'UE (4 pour 100 000). Les taux de participation au dépistage du cancer du col de l'utérus déclarés par les femmes sont toutefois plus faibles que dans l'UE. Environ 57 % des femmes âgées de 15 ans et plus ont déclaré avoir bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années, un chiffre inférieur à la moyenne

Graphique 7. Les disparités dans la participation au dépistage du cancer du sein en fonction du niveau d'instruction sont plus faibles que dans de nombreux autres pays de l'UE



Remarque : La moyenne de l'UE est pondérée (calculée par Eurostat). Les chiffres indiquent le pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont déclaré avoir bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années.
Source: Base de données d'Eurostat (EHIS). Les données se rapportent à 2019.

de l'UE (59 %). Ce taux est plus important chez les femmes à revenus élevés (71 %) que celles à revenus modestes (46 %). Il est également plus important chez les femmes ayant un niveau d'instruction élevé (74 %) que faible (37 %) (Graphique 8).

En Flandre, un dépistage triennal du cancer du col de l'utérus est recommandé chez les femmes âgées de 25 à 64 ans. Ce dépistage se fait par un frottis,

au cours duquel les cellules endocervicales sont analysées par des cytopathologistes. Les femmes pour lesquelles le dépistage est indiqué mais qui ne se présentent pas sont invitées à participer à un programme de dépistage de masse. La Wallonie ne dispose pas encore de programme de dépistage de masse du cancer du col de l'utérus, mais une récente annonce du gouvernement indique qu'un projet pilote est en cours de développement. À Bruxelles, tous les dépistages du cancer du col de l'utérus sont intégralement remboursés tous les trois ans depuis 2013, pour toutes les femmes âgées de 20 à 64 ans, mais aucun programme de dépistage du cancer du col de l'utérus n'est encore en place. Cette situation peut expliquer en partie les disparités importantes entre les régions dans la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus: 64 % en Flandre contre 46 % à Bruxelles et 48 % en Wallonie.

Les trois régions disposent d'un programme de dépistage de masse du cancer colorectal

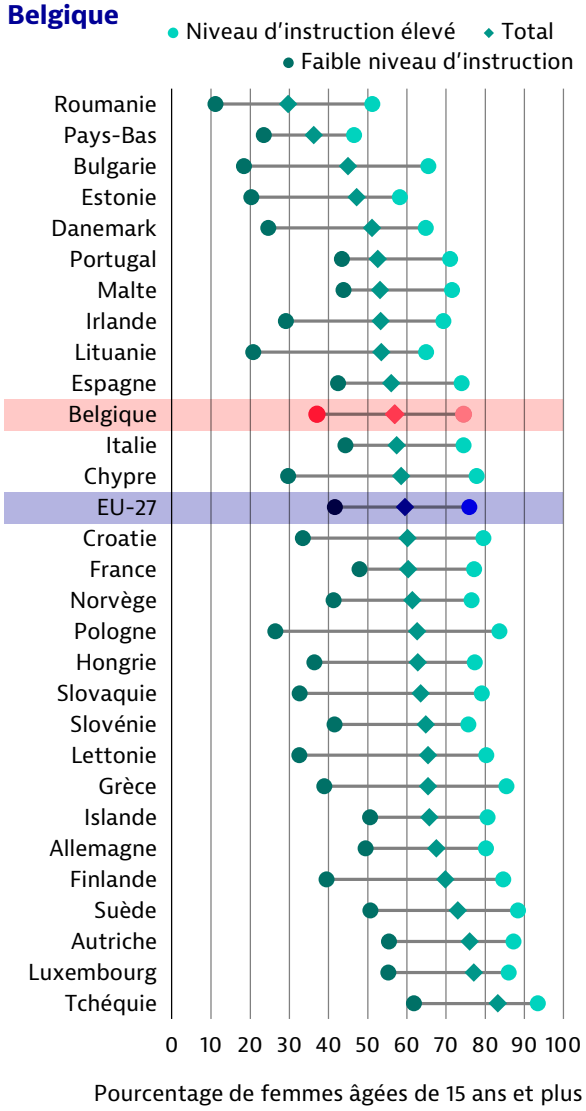
Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal en Belgique (36 % des personnes âgées de 50 à 74 ans) est légèrement supérieur à la moyenne de l'UE (33 %). Les hommes (38 %) et les femmes (35 %) présentent des taux de dépistage similaires, et il n'y a qu'un très faible écart entre les personnes ayant un niveau d'instruction élevé (36,4 %) et celles ayant un faible niveau d'instruction (36,2 %). Ce taux est plus élevé chez les personnes à revenus élevés (35 %) que chez celles à revenus modestes (28 %).

Le dépistage de masse du cancer colorectal est organisé par le CvKO en Flandre depuis 2013. Le groupe cible est constitué de la population âgée de 50 à 74 ans. Tous les deux ans, ces personnes reçoivent une lettre d'invitation avec un test de détection immunologique, un formulaire de participation, un mode d'emploi et une brochure d'accompagnement. L'échantillon peut être envoyé gratuitement au laboratoire central pour analyse. Un dépistage de masse du cancer colorectal a été lancé en Wallonie en 2009. Il cible la même tranche d'âge. À la réception d'une invitation au dépistage, le kit de test peut être demandé à un médecin généraliste ou par l'intermédiaire d'un site web. Le dépistage du cancer colorectal à Bruxelles est en place depuis 2002. Jusqu'en 2018, il était organisé par le RCC, mais un projet pilote dirigée par Brudprev est actuellement en cours ciblant la population âgée de 50 à 74 ans.

Les autorités belges envisagent de mettre en place d'autres approches de dépistage stratifié en fonction des risques

Alors que les programmes de dépistage visent à détecter la maladie à un stade précoce et à couvrir la plus grande partie possible de la population cible, le dépistage devient de plus en plus individualisé, sur la base de la stratification génétique et du risque. Dans le cadre de l'étude MyPeBS, un essai contrôlé randomisé sera réalisé dans plusieurs pays afin de

Graphique 8. Les disparités dans la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction du niveau d'instruction sont importantes en Belgique



Remarque: La moyenne de l'UE est pondérée (calculée par Eurostat). Les chiffres indiquent le pourcentage de femmes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus au cours des trois dernières années. Source: Base de données d'Eurostat (EHIS). Les données se rapportent à 2019.

comparer le dépistage ciblé du cancer du sein aux approches traditionnelles de dépistage de masse. Les membres de ce projet vérifieront si l'utilisation d'une stratégie personnalisée en fonction du risques, fondée sur les facteurs de risque génétiques et non génétiques, a un impact sur les résultats ou les taux de participation. Dans le cadre de l'étude, il sera conseillé aux femmes à faible risque de passer une mammographie de dépistage tous les quatre ans, aux femmes à risque moyen tous les deux ans et aux femmes à risque élevé tous les ans, tandis qu'il sera conseillé aux femmes à risque très élevé de passer à la fois une mammographie et une imagerie par résonance magnétique (IRM) tous les ans jusqu'à l'âge de 60 ans. L'étude porte sur 85 000 femmes âgées de 50 à 70 ans et est menée dans six pays, dont la Belgique.

5. Performance des soins oncologiques

5.1 Accessibilité

Une couverture quasi universelle est assurée en Belgique grâce à l'assurance maladie obligatoire

En Belgique, 99 % de la population sont couverts par l'assurance maladie obligatoire pour les services de santé. La population restante se compose des personnes qui ne satisfont pas aux critères administratifs (comme avoir un domicile fixe). L'assurance maladie obligatoire belge est mise en œuvre par cinq associations nationales de caisses de maladie privées à but non lucratif, une caisse pour les cheminots et une caisse de maladie publique et est gérée par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Cet organe public détermine les critères de remboursement, établit et contrôle le budget, informe les prestataires de soins de santé, assure la promotion de la qualité des soins et organise des négociations entre les parties prenantes.

Selon un rapport du Centre fédéral belge d'expertise des soins de santé (KCE) (Devos et al., 2019), des inégalités socio-économiques existent dans l'accès aux soins en Belgique. Les besoins non satisfaits sont quatre fois plus élevés chez les personnes ayant un faible niveau d'instruction que chez celles ayant un niveau élevé. Le rapport révèle également des problèmes de délais d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste. Aucune enquête ou analyse spécifique de l'accès aux soins oncologiques n'a toutefois été réalisée.

Les médecins et les infirmiers sont de plus en plus nombreux

En 2020, le nombre de médecins en exercice était de 3,2 pour 1 000 habitants, un chiffre très en deçà de la moyenne de l'UE (4.0 pour 1 000 habitants). Au cours de la dernière décennie, ce nombre a augmenté à un rythme plus lent en Belgique que dans la plupart des pays de l'UE. En outre, environ 44 % des médecins sont âgés de 55 ans et plus, ce qui suscite des inquiétudes quant à une éventuelle pénurie future. Un système de planification des effectifs médicaux a été mis en place au cours des vingt dernières années afin de suivre l'offre et la demande, et de permettre au gouvernement d'adapter les quotas d'étudiants en médecine. Le nombre de diplômés en médecine a plus que doublé au cours des dix dernières années (plus de 2 000 en 2019, contre environ 850 en 2009), et le nombre absolu de médecins généralistes devrait augmenter légèrement (+ 3 %) au cours de la période 2021-2026. Le nombre d'infirmiers a augmenté au cours des dix dernières années, atteignant 11,1 infirmiers pour 1 000 habitants en 2018, contre 9,3 en 2008. Bien que ce nombre dépasse largement la moyenne de l'UE (8,4 infirmiers pour 1 000 habitants), le nombre de patients par infirmier reste élevé dans les hôpitaux et certaines régions ont des difficultés à recruter des infirmiers.

Selon un rapport national (cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, 2020), le nombre de médecins spécialistes en cancérologie s'élevait à 304 (171 hommes et 133 femmes) en 2019. En 2020, 3 147 infirmiers en oncologie et 44 médecins en hématologie et en oncologie pédiatrique étaient en exercice. Une enquête internationale fondée sur les données de 2015 a révélé que le taux de nouveaux patients par oncologue en Belgique était de 307, un chiffre supérieur à la moyenne de l'UE (238) (Mathew et al., 2018).

La Belgique a récemment ouvert son premier centre de protonthérapie

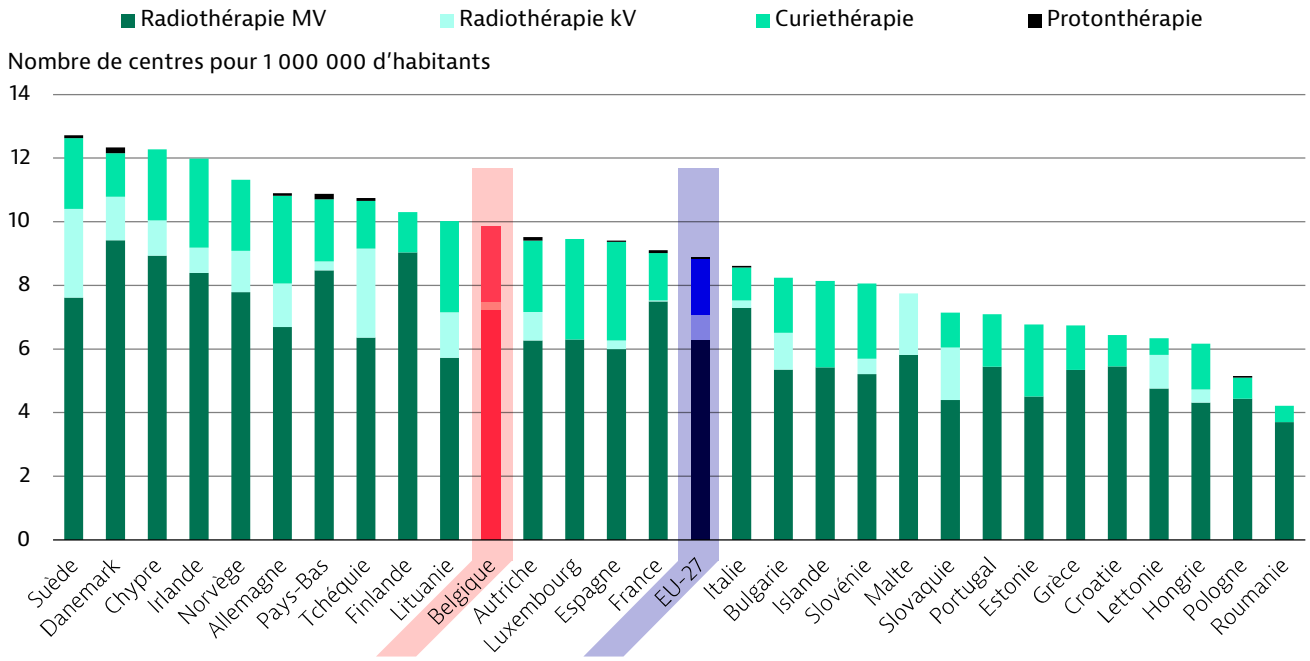
La protonthérapie est utilisée pour traiter les tumeurs les plus complexes, car les rayons sont plus précis que la radiothérapie conventionnelle et moins nocifs pour les tissus environnants. Jusqu'à récemment, ce traitement n'était pas disponible en Belgique, et les patients atteints d'un cancer ne pouvaient y accéder qu'en se rendant dans les pays voisins. Le coût du traitement était pris en charge par l'INAMI, mais les déplacements nécessaires représentaient une charge pour les patients et leurs familles. Les travaux de construction du centre de protonthérapie de Louvain ont débuté en 2016, et le centre a traité son premier patient en juillet 2020. Des discussions sont en cours pour ouvrir un deuxième centre en Belgique.

La Belgique compte 9,9 centres de radiothérapie par million d'habitants, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne de l'UE (8,9) (Graphique 9). La radiothérapie reste toutefois sous-utilisée. Une étude sur l'administration de la radiothérapie a montré que seuls 37 % des patients atteints d'un cancer avaient bénéficié d'une radiothérapie externe depuis le diagnostic jusqu'à cinq ans après, alors que, selon des données probantes, une administration optimale est de 53 %. Globalement, plus d'un patient belge atteint d'un cancer sur quatre n'a pas reçu le traitement de radiothérapie requis, et de grandes disparités existent entre les types de cancer (Lievens et al., 2017).

La Belgique a modifié ses dispositifs d'accès précoce et relatifs au besoin médical afin d'en élargir l'accès

Une loi de 1964 réglemente l'usage de médicaments qui n'ont pas (encore) reçu d'autorisation de mise sur le marché pour un usage précoce, et pour

Graphique 9. La capacité de radiothérapie en Belgique est plus élevée que la moyenne de l'UE



Remarque: MV signifie mégavolt et KV signifie kilovolt. La moyenne de l'UE est non pondérée (calculée par l'OCDE).
Source: Agence internationale de l'énergie atomique.

une utilisation des traitements non-autorisés en cas de besoin médical. Par conséquent, l'Agence fédérale belge des médicaments et des produits de santé (AFMPS) doit accorder une autorisation pour permettre leur usage dans ces contextes. En décembre 2020, la Belgique a modifié les règles relatives à l'usage précoce et au besoin médical pour confirmer que les programmes peuvent continuer à fonctionner après l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché, alors que la décision de remboursement est toujours en attente.

Les soins palliatifs et leur organisation sont de haute qualité en Belgique

En Belgique, les compétences en matière de soins palliatifs sont réparties entre l'État fédéral et les régions. L'État fédéral est responsable du financement des soins palliatifs dispensés dans le secteur hospitalier et du remboursement des médicaments. Il compte également une cellule d'évaluation concernant les soins palliatifs, qui établit un rapport détaillé tous les deux ans. Les régions sont responsables de l'organisation et du financement des associations de soins palliatifs, des équipes pluridisciplinaires de soutien aux soins palliatifs et des centres palliatifs de jour.

En 1995, les réseaux de soins palliatifs (15 en Flandre, 1 à Bruxelles, 8 en Wallonie et 1 en Communauté germanophone) étaient chargés de promouvoir la coopération entre les institutions et les professionnels de la santé. Les réseaux couvrent des zones géographiques spécifiques et ont plusieurs responsabilités définies par la loi: informer le public, promouvoir la coopération entre les partenaires, organiser la formation des professionnels de la santé, soutenir et aider à organiser le travail bénévole, collecter des données et évaluer les services de soins palliatifs. Outre les réseaux, trois fédérations régionales des soins palliatifs font office de centres de connaissances et d'expertise. Elles contribuent à améliorer la qualité des soins palliatifs en organisant des formations pour les professionnels de la santé, en mobilisant l'opinion publique en faveur des soins palliatifs et en représentant le secteur des soins palliatifs aux différents niveaux de gouvernement.

Chaque patient en Belgique a droit à des soins palliatifs en fin de vie, qui peuvent être enclenchés par un médecin généraliste, un spécialiste, les proches du patient ou tout autre professionnel de santé concerné. Dans les hôpitaux, deux structures de soins palliatifs ont été mises en place : des unités spécialisées de soins palliatifs et une fonction palliative en milieu hospitalier. Dans le premier cas, les patients reçoivent des soins individuels complets de la part d'une équipe pluridisciplinaire sous la direction médicale d'un médecin ayant une expérience spécifique des soins palliatifs. La fonction palliative en milieu hospitalier a été créée afin d'aider les patients qui ne sont pas dans une unité de soins palliatifs. Elle comprend toutes les activités nécessaires et est assurée par une équipe pluridisciplinaire. Les soins palliatifs peuvent également être dispensés à domicile.

5.2 Qualité

La qualité des soins oncologiques s'est améliorée en Belgique

D'après les données les plus récentes disponibles, qui renvoient aux personnes diagnostiquées entre 2010 et 2014[3], la Belgique affiche de bons résultats par rapport aux autres pays de l'UE en ce qui concerne les taux de survie à cinq ans à la suite d'un diagnostic de cancer courant (sein, côlon, col de l'utérus, prostate et poumon) et de leucémie infantile (Graphique 10). Les taux de survie à cinq ans se sont améliorés au cours des 20 dernières années.

Graphique 10. La Belgique affiche de bons résultats par rapport aux autres pays de l'UE en ce qui concerne les taux de survie à cinq ans suivant un diagnostic de cancer



Cancer de la prostate	Leucémie infantile	Cancer du sein	Cancer du col de l'utérus	Cancer du côlon	Cancer du poumon
Belgique: 94%	Belgique: 91%	Belgique: 86%	Belgique: 65%	Belgique: 68%	Belgique: 18%
EU-24: 87%	EU-24: 82%	EU-24: 83%	EU-24: 64%	EU-24: 60%	EU-24: 15%

Remarque: Les données renvoient aux personnes diagnostiquées entre 2010 et 2014. «Leucémie infantile» fait ici référence aux leucémies aiguës lymphoblastiques.
Source: Programme Concord, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Les enfants (âgés de 0 à 14 ans) et les adolescents (âgés de 15 à 19 ans) atteints d'un cancer affichent des taux de survie relativement élevés : le taux de survie observée à 10 ans des enfants (84 %) est très analogue à celui des adolescents (85 %), bien que le taux de survie des nourrissons (82 %) soit légèrement inférieur. En outre, les taux de survie à 10 ans des enfants et des adolescents étaient très similaires chez les garçons (84 %) et les filles (86 %), et ces taux se sont améliorés au fil du temps selon la Fondation Registre du Cancer.

Plusieurs services de cancérologie sont en cours de centralisation en Belgique

Par rapport aux pays voisins, la Belgique dispose d'un grand nombre d'hôpitaux qui peuvent traiter de nombreuses formes de cancer. Cela ne correspond pas à ce qui est décrit comme une bonne pratique clinique dans la littérature. Pour les cancers complexes, une plus grande centralisation est indiquée, tandis que les cancers moins complexes peuvent être traités dans le cadre d'un réseau de cancérologie et sous la direction de centres de référence.

Depuis 2002, l'Organisation des instituts européens du cancer propose un programme d'accréditation, sur une base volontaire. Sur les 39 centres actuellement accrédités, trois se situent en Belgique.

En 2019, l'INAMI a établi une convention pour les centres spécialisés en chirurgie complexe du pancréas, dans le but d'améliorer la qualité des soins. La Fondation Registre du cancer supervise la collecte de données supplémentaires grâce auxquelles une évaluation est réalisée. En janvier 2020, 15 centres avaient signé la convention. En outre, depuis 2019, l'INAMI ne rembourse les opérations de chirurgie complexe de l'œsophage que si elles sont réalisées dans un centre agréé (10 au total) ou dans un hôpital avec lequel un accord de coopération est conclu. Un autre exemple de concentration et de centralisation des soins est celui des centres de traitement du cancer du sein, pour lesquels un arrêté royal de 2007 fixe les normes à respecter pour traiter les patients.

En 2016, une «fonction maladies rares» a été mise en place au sein des hôpitaux universitaires belges en vue de favoriser une approche pluridisciplinaire du diagnostic et du traitement de ces pathologies. Les patients atteints de maladies rares peuvent être orientés vers un hôpital dont l'expertise est reconnue. Certains de ces centres font partie du réseau européen de référence sur les cancers chez l'adulte (tumeurs solides).

Les réseaux de cancérologie ne sont pas encore formellement établis en Belgique

Les réseaux de cancérologie ne sont pas formellement établis en Belgique, mais plusieurs initiatives ont été lancées ces dernières années, dont NETwerk, le réseau hospitalier flamand pour les tumeurs neuroendocrines.

3 *Selon la Fondation Registre du Cancer, le taux de survie relative à cinq ans pour la période 2016-2020 est de 98,4 % pour le cancer de la prostate, 92,4 % pour le cancer du sein, 68,8 % pour le cancer du col de l'utérus, 71,1 % pour le cancer colorectal et 25,9 % pour le cancer du poumon.*

La technique innovante du séquençage de nouvelle génération (NGS) permet de déterminer rapidement et simultanément les séquences d'un ensemble de gènes. Une étude pilote (2019-2022) a introduit cette technologie dans le système de santé belge. Dans ce cadre, les réseaux NGS d'hôpitaux et de laboratoires qui ont signé un accord avec l'INAMI peuvent bénéficier d'un remboursement plus élevé pour les tests de diagnostic moléculaire en oncologie et en onco-hématologie utilisant le NGS.

Le réseau Iridium est un réseau de radiothérapie hautement spécialisé, qui repose sur une approche pluridisciplinaire. Il permet une collaboration structurée entre les médecins de différents hôpitaux de la région d'Anvers et de Waasland. Avec huit hôpitaux partenaires, il s'agit du plus grand réseau de radiothérapie de Belgique.

Les mesures des résultats et expériences renseignés par les patients sont en cours de développement en Belgique

Plusieurs initiatives visant à collecter les expériences rapportées par les patients (PREM) sont actuellement menées dans les hôpitaux. Par exemple, un projet lancé par une société de conseil privée mesure les expériences générales et spécifiques des patients dans 17 hôpitaux de Bruxelles et de Wallonie, qui y participent sur une base volontaire. Le projet aide les hôpitaux à appliquer une méthodologie statistique et des mesures standardisées, et fournit des analyses comparatives des expériences des patients. Il recense également les bonnes pratiques et les priorités d'action pour garantir la satisfaction des patients.

Une grande partie des hôpitaux en Flandre utilisent des questionnaires d'enquête auprès des patients dans le cadre de l'initiative flamande sur les indicateurs, et enregistrent les résultats sur une base volontaire. D'autres initiatives ont également été annoncées concernant le développement des mesures des résultats rapportés par les patients (PROM) et des PREM, notamment un projet organisé par Sciensano. Un nouveau projet PROM et PREM a été lancé pour le cancer du poumon et du rectum, coordonné par le Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ).

La Belgique est l'un des rares pays de l'UE à avoir formellement mis en œuvre le droit à l'oubli

La loi relative au droit à l'oubli (un droit qui donne aux individus la possibilité d'exercer un contrôle sur leurs données à caractère personnel, y compris les informations de santé, en décidant de ce qui doit être accessible au public) a été promulguée en Belgique en février 2020. Elle introduit une modification de la législation visant à faciliter la souscription d'une assurance pour les personnes ayant des antécédents de cancer. Elle s'applique non seulement aux assurances couvrant un prêt hypothécaire pour l'acquisition ou la rénovation d'un logement, mais aussi aux assurances couvrant un prêt professionnel.

Un soutien psychologique et social est apporté aux patients atteints d'un cancer

L'arrêté royal fixant les normes minimales pour la délivrance de soins oncologiques exige la présence d'un psychologue clinicien, d'un psychiatre et d'un assistant social. Le rôle de ces acteurs n'est toutefois ni précisé ni assuré à long terme. Depuis 2017, le soutien psychologique des patients atteints d'un cancer est pris en charge par l'assurance maladie et, depuis 2020, les séances sont également remboursées pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans, ainsi que pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Les services d'onco-psychologie n'étant pas systématiquement enregistrés, il est toutefois difficile d'évaluer la proportion de patients qui ont bénéficié de ce soutien. Une évaluation réalisée dans le cadre du plan national cancer a montré qu'environ 40 % des patients nécessitent un soutien psychosocial, mais que seuls 30 % de ceux qui en ont besoin le demandent explicitement.

5.3 Coûts

En Belgique, les dépenses de soins oncologiques sont parmi les plus élevées de l'UE

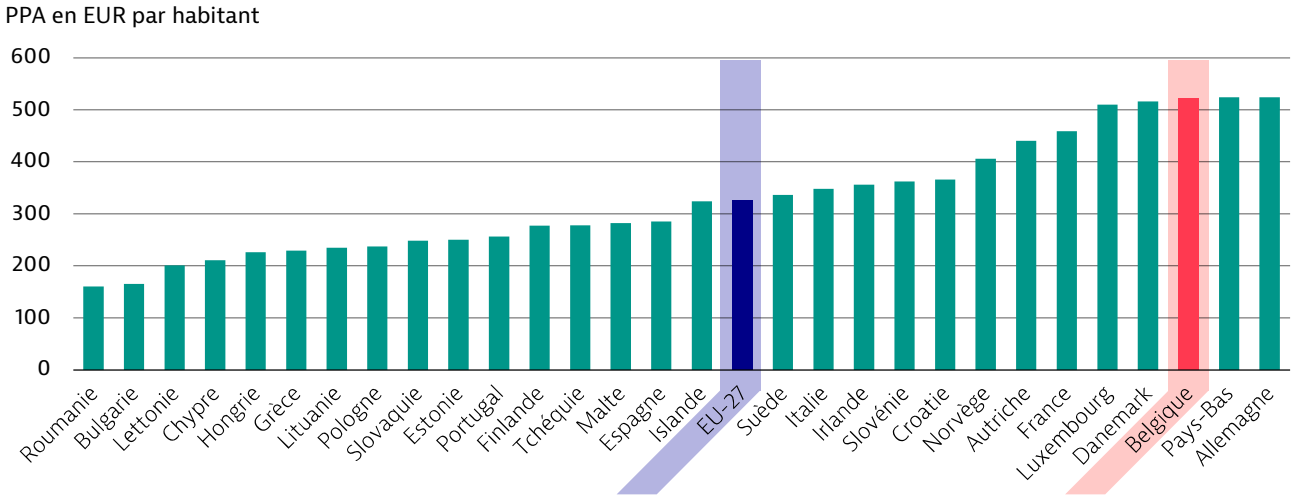
En 2018, le pays a dépensé 284 EUR par habitant pour les soins oncologiques, auxquels s'ajoutent 90 EUR pour les médicaments anticancéreux. Globalement, en incluant à la fois les coûts directs (tels que les dépenses en soins et médicaments et les coûts des soins informels) et les coûts indirects (tels que la perte de productivité), les coûts des soins oncologiques en Belgique s'élevaient à 522 EUR par habitant en 2018, ajustés à la parité de pouvoir d'achat (PPA). Ces chiffres en font l'un des systèmes de soins oncologiques les plus coûteux de l'UE (Graphique 11).

Un investissement financier important dans les soins préventifs peut se révéler un outil important pour que les pays améliorent la fonctionnalité des systèmes de santé, y compris pour les soins oncologiques. En Belgique, les dépenses affectées à la prévention sont systématiquement plus faibles que la moyenne de l'UE. En 2020, la moyenne de l'UE s'établissait à 3,4 %, tandis que la Belgique n'a consacré que 2,1 % de l'ensemble des dépenses à la prévention.

Les nouveaux médicaments anticancéreux représentent une charge financière importante

Un rapport de 2020 sur le suivi du remboursement des dépenses onéreuses donne un aperçu des dépenses pharmaceutiques en Belgique (INAMI, 2020). Les dépenses nettes globales de l'INAMI en matière de médicaments ont augmenté d'environ 6 % par an entre 2017 et 2019, pour dépasser 5,2 milliards d'EUR. L'évolution diffère entre les pharmacies et les hôpitaux. Les dépenses ont été relativement stables dans les pharmacies publiques, à environ

Graphique 11. La Belgique se situe au troisième rang des pays de l'UE qui consacrent une part élevée des dépenses publiques aux soins oncologiques

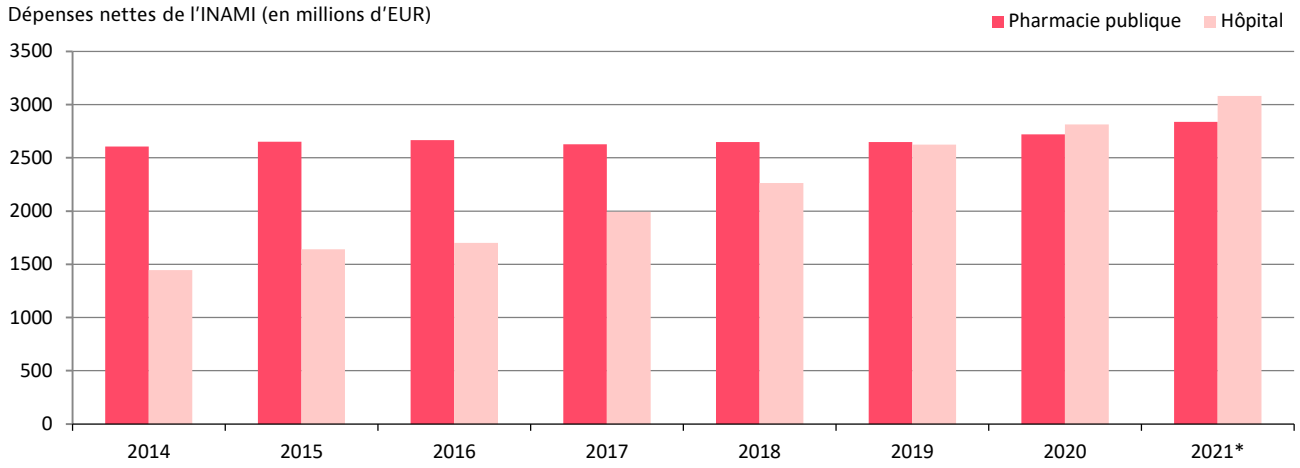


Remarque : La moyenne de l'UE27 est non pondérée (calculée par l'OCDE).
Source: Hofmarcher et al. (2020).

2,6 milliards d'EUR. En revanche, on observe une forte augmentation des dépenses en milieu hospitalier (Graphique 12), correspondant à une hausse de 17 % en 2017, de 13,2 % en 2018 et de 14,4 % en 2019. En 2019, les dépenses en médicaments en milieu hospitalier représentaient environ la moitié des dépenses totales en médicaments.

Les dépenses classées selon le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique ont montré que la classe L01X (agents antinéoplasiques tels que les anticorps monoclonaux et l'immunothérapie, mais pas la chimiothérapie et les inhibiteurs de la protéine kinase) représentait la plus grande partie des dépenses hospitalières, soit environ 1 milliard d'EUR en 2019. Les dépenses en médicaments de la classe L01X ont fortement augmenté, passant d'environ 140 millions d'EUR en 2007 à 403 millions d'EUR en 2016 et à 1 milliard d'euros en 2019.

Graphique 12. Les dépenses en médicaments en milieu hospitalier ont fortement augmenté ces dernières années



*Remarque : *Les données sont provisoires pour l'année 2021.*
Source: INAMI (2020).

Pour illustrer le contexte difficile qui entoure l'accès aux médicaments oncologiques innovants, l'INAMI a demandé au Centre fédéral d'expertise des soins de santé d'étudier le gain réel en matière de santé occasionné par l'arrivée de ces médicaments sur le marché. Une analyse réalisée par la Fondation Registre du cancer à partir de données d'observation relatives à 40 médicaments oncologiques innovants, pour 12 indications au cours de la période 2004-2017, a révélé des augmentations notables des dépenses et des coûts de traitement mais des gains limités au niveau de l'espérance de vie pour la moitié de ces indications. Ces données ne permettent néanmoins pas d'établir une relation de cause à effet entre les coûts et les gains en matière de santé (Neyt et al., 2022).

La Belgique est membre de l'initiative Beneluxa

La Belgique participe à l'initiative Beneluxa, en collaboration avec les Pays-Bas, le Luxembourg, l'Autriche et l'Irlande. Cette collaboration vise à garantir un accès durable aux médicaments, généralement coûteux ou difficiles à obtenir, aux populations de ces pays relativement petits. Les autorités nationales de remboursement collaborent entre elles afin de favoriser un accès durable aux médicaments innovants grâce à une analyse prospective, une évaluation des technologies de la santé, un partage des informations et une négociation conjointe des prix. Bien que l'initiative Beneluxa ait initialement porté sur les médicaments orphelins, son champ d'action a été étendu aux médicaments ayant un impact élevé sur le budget, tels que les produits oncologiques. Jusqu'à présent, son succès a été entravé par la nécessité d'investir des ressources dans la mise en place d'une structure opérationnelle et d'un cadre juridique de soutien, par la nécessité d'aligner les procédures de tarification et de remboursement, par un manque de transparence et de clarté en ce qui concerne le fonctionnement des procédures internes, et par la volonté limitée des entreprises pharmaceutiques de soumettre des demandes conjointes (sachant que les avantages de l'accès au marché grâce à l'initiative restent peu clairs pour ces-dernières).

5.4 COVID 19 et cancer: renforcer la résilience

Quelque 2 700 diagnostics de cancer n'ont pu être posés en raison de la pandémie de COVID-19

La Fondation Registre du cancer a suivi de près le nombre de diagnostics de cancer pendant les deux premières années de la pandémie de COVID-19. Lors du premier pic d'avril 2020, une diminution de 43 % des diagnostics de cancers invasifs a été observée par rapport à avril 2019, mais le taux a retrouvé un niveau proche de la normale pour le reste de l'année 2020. En 2021, le nombre de diagnostics a commencé à retrouver les tendances pré-pandémiques, mais une baisse de 2 % a persisté dans les diagnostics posés durant ces deux années de pandémie par rapport à 2019, ce qui équivaut à environ 2 700 diagnostics de cancer non posés (Fondation Registre du cancer, 2022). Alors que dans les groupes d'âge les plus jeunes et pour certains types de cancer, les taux de diagnostic semblent s'être rétablis, la diminution des diagnostics persiste pour la plupart des types de cancer et chez les patients plus âgés.

En chiffres absolus, le nombre estimé de diagnostics non posés le plus important concerne les cancers colorectaux (900 cas), suivi par les hémopathies malignes (560 cas), les cancers de la tête et du cou (490 cas) et les cancers du sein (450 cas). Les diagnostics des cancers colorectaux et des cancers de la tête et du cou ont également connu la diminution la plus importante et persistante à la fin de l'année 2020, baisse qui s'est poursuivie en 2021 : une baisse de 8% des diagnostics des cancers colorectaux et de 9% pour les cancers de la tête et du cou durant les deux premières années de la pandémie.

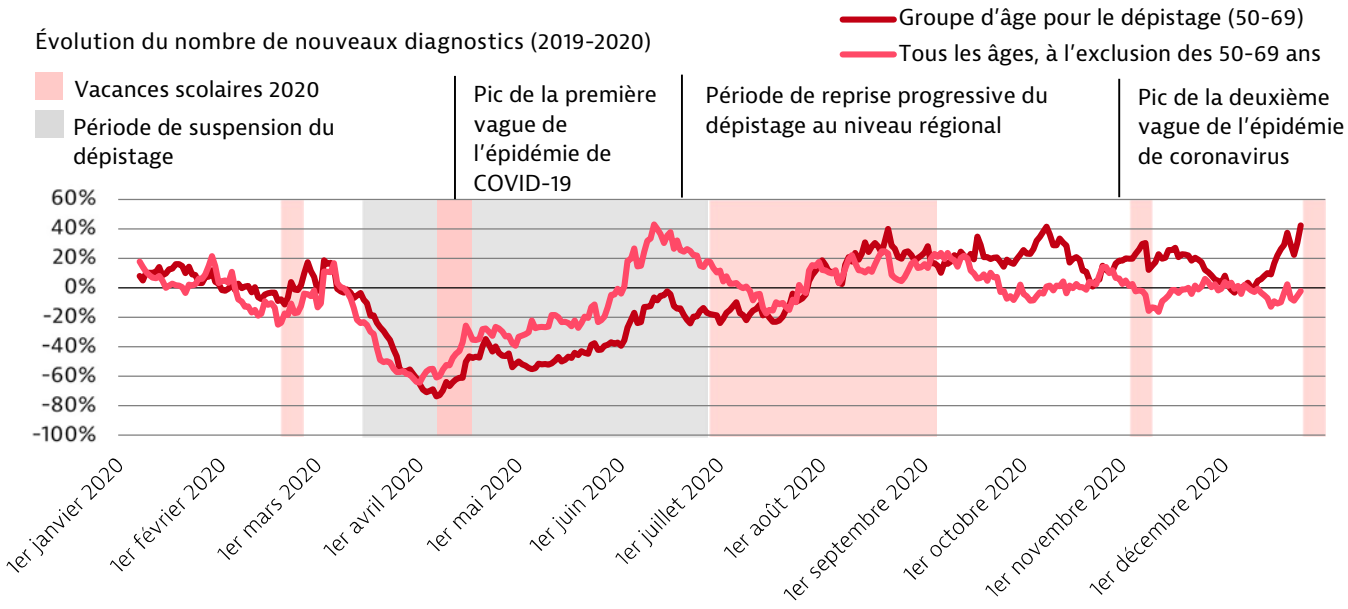
La pandémie peut également avoir entraîné des délais dans le diagnostic. Moins de tumeurs du cancer du sein ont été détectées au stade clinique I en 2020 par rapport à 2019. Il est peut-être encore trop tôt pour tirer des conclusions, mais des résultats similaires ont également été rapportés aux Pays-Bas.

La diminution des diagnostics a été particulièrement marquée dans les groupes d'âge ciblés par les programmes de dépistage

En Belgique, le premier cas confirmé de COVID-19 est survenu le 4 février 2020. Le 14 mars, l'ensemble des consultations, des tests médicaux et des interventions jugés non essentiels ont été temporairement interrompus. En outre, les programmes de dépistage de masse du cancer du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal ont été suspendus dans la semaine du 16 mars 2020, et n'ont repris qu'à partir de la mi-mai 2020.

Une baisse importante des diagnostics a été observée pour le cancer du sein et le cancer colorectal, en particulier dans les groupes d'âge ciblés par les programmes de dépistage (Peacock H. et. al., 2021). En avril 2020, les diagnostics de cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 69 ans ont diminué de 73% %. Cette baisse a persisté plus longtemps pour cette population cible que pour la population non cible. La reprise n'a commencé que fin mai, pour atteindre les niveaux de base vers le mois d'août, ce qui correspond à la reprise des activités de dépistage. Une tendance similaire a été observée pour le cancer colorectal, avec une baisse initiale de 68 % en avril 2020 dans la population cible âgée de 50 à 74 ans, et un rebond de la tendance pour la population non cible jusqu'en juillet.

Graphique 13. La suspension de l'activité de dépistage du cancer du sein a entraîné des réductions notables de nouveaux diagnostics



Source: Fondation Registre du Cancer, 2022.

6. Coup de projecteur sur les inégalités

Malgré l'accord-cadre sur la prévention et la santé publique entre le gouvernement fédéral et les régions, la répartition des responsabilités reste un défi pour la Belgique. Les disparités socio-économiques dans l'exposition aux facteurs de risque sont importantes, et le faible niveau de littératie en matière de santé dans certaines catégories de la population constitue un obstacle majeur aux activités de prévention.

- Les programmes de dépistage sont organisés au niveau régional. Bien que les directives européennes sur le dépistage soient appliquées dans les trois régions, les taux de couverture des programmes sont inférieurs aux niveaux cibles.
- En outre, les différences de participation en fonction du revenu et du niveau d'instruction sont plus prononcées en Belgique que dans les autres pays de l'UE. Le taux de participation au dépistage du cancer du sein était de 74 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction élevé et de 64 % chez les femmes ayant un faible niveau d'instruction. Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est plus élevé chez les personnes à revenus élevés (35 %) que chez les personnes à revenus modestes (28 %).
- Les trois régions disposent de programmes de dépistage de masse du cancer du sein et du cancer colorectal, mais seule la Flandre a un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Il en résulte d'importantes disparités dans la participation entre les régions, allant de 64 % en Flandre à 46 % à Bruxelles et 48 % en Wallonie.
- La Belgique compte 9,9 centres de radiothérapie par million d'habitants, un nombre légèrement supérieur à la moyenne de l'UE (8,9). Toutefois, la radiothérapie reste sous-utilisée: plus d'un patient belge atteint d'un cancer sur quatre n'a pas reçu le traitement de radiothérapie requis, avec des écarts importants selon les types de cancer.

Un grand nombre d'hôpitaux en Belgique peuvent traiter de nombreuses formes de cancer. Cela ne correspond pas à ce qui est décrit comme une bonne pratique clinique avec des centres de soins centralisés ou un réseau permettant de fournir des soins de haute qualité. Pour les cancers rares, des différences de traitement peuvent être observées, en fonction du type de cancer et de l'hôpital. Un important mouvement de concentration des soins est en cours afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins. L'accès aux soins palliatifs et leur organisation sont autant d'atouts du système de santé.

Comme dans la plupart des pays, la COVID-19 a eu une incidence négative sur les soins oncologiques. Lors du premier pic de la pandémie en avril 2020, une baisse de 43 % des diagnostics de cancers invasifs a été observée par rapport à avril 2019. Alors que pour les groupes d'âge plus jeunes et certains types de cancer, les diagnostics non posés semblent s'être rétablis, pour les patients plus âgés et la plupart des types de cancer, la diminution des diagnostics persiste.

Références

Fondation Registre du cancer, *Approximativement 2700 diagnostics de cancer non posés au cours des deux premières années de la pandémie de COVID 19 en Belgique*, Bruxelles (https://kankerregister.org/media/docs/cijfersoverkanker/March2022-COVID-v6-FR.pdf), 2022.

Bizel P.G., «Tobacco control for all? The Belgian case», *Tobacco Prevention and Cessation,* 3:16, 2017.

Cellule Planification de l'offre des professions des soins de santé, *Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique,* Bruxelles, Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2020.

Devos C. et al., *Performance du système de santé belge – Rapport 2019,* Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé, 2019.

Gorasso V. et al., «The non-fatal burden of cancer in Belgium, 2004-2019: a nationwide registry-based study», *BMC Cancer,* 22(1):58, 2022.

Hofmarcher T. et al., «The cost of cancer in Europe 2018», *European Journal of Cancer,* 129:41-49, 2020.

INAMI (2020), *Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses MORSE: rapport 2021 (données 2020)*, Bruxelles, Institut national d'assurance maladie-invalidité, 2020.

Lievens Y. et al., «Radiotherapy access in Belgium: how far are we from evidence-based utilisation?», *European Journal of Cancer,* 84:102-13, 2017.

Mathew A., «Global survey of clinical oncology workforce», *Journal of Global Oncology,* 4:1-12, 2018.

Peacock H.M. et al., «Decline and incomplete recovery in cancer diagnoses during the COVID-19 pandemic in Belgium: a year-long, population-level analysis», *ESMO Open,* 6(4):100197, 2021.

Silversmit G. et al., «Excess mortality in a nationwide cohort of cancer patients during the initial phase of the COVID-19 pandemic in Belgium», *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention,* 30(9):1615-19, 2021.

Simoens S. et al., «Health impact and cost-effectiveness of implementing gender-neutral vaccination with the 9-valent human papillomavirus vaccine in Belgium», *Frontiers in Pharmacology,* 12:628434, 2021.

Neyt M., Devos C., Thiry N., Silversmit G., De Gendt C., Van Damme N., Castanares-Zapatero D., Fairon N., Hulstaert F., Verleye L., *Benefits and costs of innovative oncology drugs in Belgium (2004-2017), Health Technology Assessment (HTA),* Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), KCE Reports 343, D/2021/10.273/23, 2021.

Organisation mondiale de la santé, *Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique,* Genève (https://apps.who.int/iris/handle/10665/359003), 2020.

Liste des abréviations des pays

Allemagne	DE	Danemark	DK	Hongrie	HU	Luxembourg	LU	Roumanie	RO
Autriche	AT	Espagne	ES	Irlande	IE	Malte	MT	Slovaquie	SK
Belgique	BE	Estonie	EE	Islande	IS	Norvège	NO	Slovénie	SI
Bulgarie	BG	Finlande	FI	Italie	IT	Pays-Bas	NL	Suède	SE
Chypre	CY	France	FR	Lettonie	LV	Pologne	PL	Tchéquie	CZ
Croatie	HR	Grèce	EL	Lituanie	LT	Portugal	PT		

European Cancer Inequalities Registry

Profil sur le cancer par pays 2023

Le registre européen des inégalités face au cancer est une initiative phare du plan "Vaincre le cancer en Europe". Il fournit des données solides et fiables sur la prévention et les soins oncologiques afin d'identifier les tendances, les disparités et les inégalités entre les États membres et les régions. Le registre contient un site web et une base de données développées par le Centre commun de recherche de la Commission européenne (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/), ainsi qu'une série de profils sur le cancer par pays publié tous les deux ans et un rapport général sur les inégalités face au cancer en Europe.

Les profils sur le cancer par pays identifient les forces, les faiblesses et les domaines d'action spécifiques de chacun des 27 États membres de l'UE, de l'Islande et de la Norvège, afin d'orienter les investissements et les interventions aux niveaux européen, national et régional dans le cadre du plan "Vaincre le cancer en Europe". Le Registre européen des inégalités face au cancer soutient également le programme phare 1 du plan d'action "Pollution zéro".

Les profils sont le fruit du travail mené par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en coopération avec la Commission européenne. L'équipe remercie les experts nationaux, le comité de la santé de l'OCDE et le groupe thématique d'experts de l'UE sur le registre des inégalités face au cancer pour leurs précieuses observations et suggestions.

Chaque profil sur le cancer par pays fournit une synthèse des points suivants :

- la charge nationale du cancer
- les facteurs de risque du cancer, en mettant l'accent sur les facteurs de risque liés au comportement et à l'environnement
- les programmes de détection précoce
- les performances en matière de soins oncologiques, en mettant l'accent sur l'accessibilité, la qualité des soins, les coûts et l'impact de COVID-19 sur les soins oncologiques.

Veuillez citer cette publication comme suit:
OECD (2023), *Profils sur le cancer par pays : Belgique 2023*,
EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/534270fe-fr.

ISBN 9789264719330 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES