



BELGIQUE

Profils sur le cancer par pays

2025



European
Commission



BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Collection « Profils sur le cancer par pays »

Le registre européen des inégalités face au cancer (ECIR) est une initiative phare du plan européen pour vaincre le cancer. Il fournit des données solides et fiables sur la prévention et les soins oncologiques afin de distinguer les tendances, les disparités et les inégalités entre les États membres, les régions et les groupes de population. Les « profils sur le cancer par pays » recensent les forces, les faiblesses et les domaines d'action spécifiques de chacun des 27 États membres de l'Union européenne (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 européen pour vaincre le cancer. Le registre européen des inégalités face au cancer soutient également l'initiative phare 1 du plan d'action « zéro pollution ». 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 pour leurs précieuses contributions ainsi que 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 commentaires.

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 et informations supplémentaires proviennent également du Centre commun de recherche (JRC) de la Commission européenne, des statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (enquête EU-SILC), 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 la Société européenne de l'oncologie pédiatrique (SIOPE), de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (enquête LGBTIQ de la FRA), de l'enquête sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC) et des profils de santé par pays et profils sur le cancer par pays de 2023, ainsi que 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. Les taux de mortalité et d'incidence ont été standardisés en fonction de l'âge sur la base de la population standard européenne adoptée par Eurostat en 2013.

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: Le présent ouvrage est publié sous la responsabilité du secrétaire général de l'OCDE et de la présidente de la Commission européenne. Les opinions qui y sont exprimées et les arguments qui y sont avancés ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'OCDE ou de l'Union européenne. Le présent document ainsi que les données et les cartes qu'il contient sont sans préjudice du statut de tout territoire ou de la souveraineté exercée sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales et de la dénomination de tout territoire et de toute ville ou région. Les noms des pays et territoires et les cartes utilisés dans la présente publication conjointe suivent la pratique de l'OCDE.

Clauses de non-responsabilité spécifiques relatives aux territoires, applicables à l'OCDE :

Note de la République de Turquie : les informations figurant dans ce document qui font référence à « Chypre » concernent la partie méridionale de l'île. Il n'existe pas d'autorité unique représentant à la fois les Chypriotes turcs et grecs sur l'île. La Turquie reconnaît la République turque de Chypre du Nord (RTCN). Jusqu'à ce qu'une solution durable et équitable soit trouvée dans le cadre des Nations Unies, la Turquie maintiendra sa position sur la « question chypriote ».

Note de tous les États de l'Union européenne membres de l'OCDE et de l'Union européenne : La République de Chypre est reconnue par tous les membres des Nations Unies sauf la Turquie. Les informations contenues dans le présent document concernent la région sous le contrôle effectif du gouvernement de la République de Chypre.

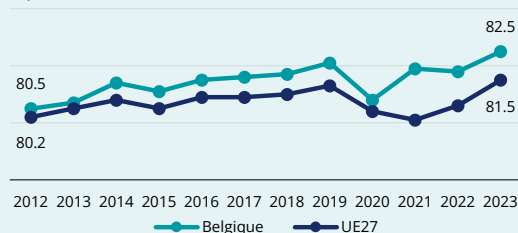
© OCDE/Union européenne, 2025 En cas de divergence entre le document original et ses éventuelles traductions, seul le texte du document original doit être considéré comme valide.

Table des matières

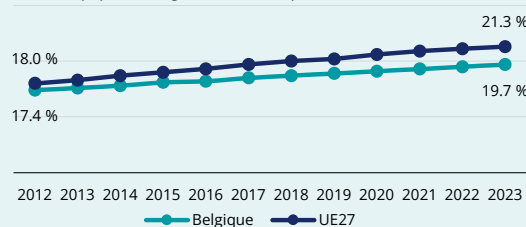
1. POINTS ESSENTIELS	3
2. LE CANCER EN BELGIQUE	4
3. FACTEURS DE RISQUE ET POLITIQUES DE PRÉVENTION	9
4. DÉTECTION PRÉCOCE	15
5. PERFORMANCE DES SOINS ONCOLOGIQUES	19
5.1 Accessibilité	19
5.2 Qualité	23
5.3 Coûts	26
5.4 Bien-être et qualité de vie	27
6. COUP DE PROJECTEUR SUR LES CANCERS PÉDIATRIQUES	29

Résumé des principales caractéristiques du système de santé

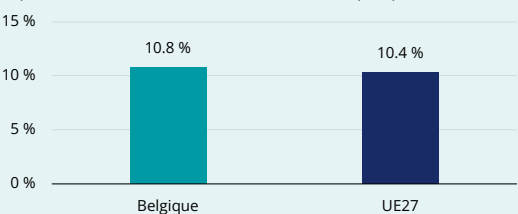
Espérance de vie à la naissance (années)



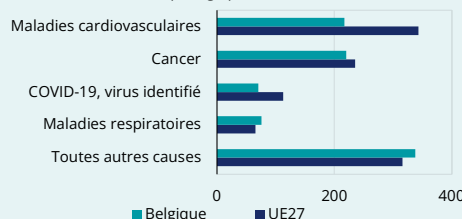
Part de la population âgée de 65 ans et plus (%)



Dépenses de santé en % du PIB, 2022 ou année la plus proche



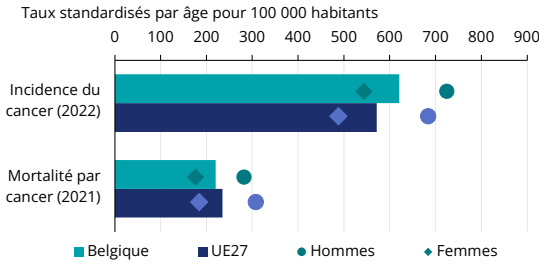
Taux de mortalité standardisés par âge pour 100 000 habitants, 2021



Source : Base de données d'Eurostat.

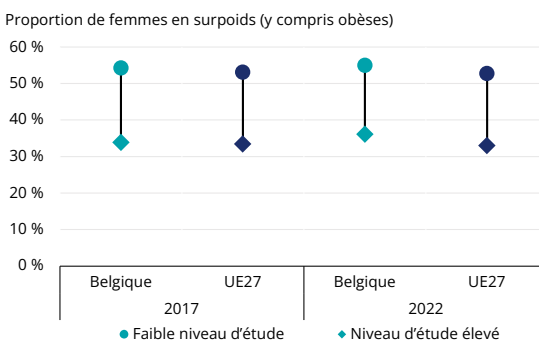
1. Points essentiels

Le cancer en Belgique



L'incidence estimée du cancer en Belgique est supérieure à la moyenne de l'UE, tant chez les hommes que chez les femmes. Au cours des 10 dernières années, la mortalité par cancer a considérablement diminué en Belgique et est désormais inférieure à la moyenne de l'UE. On a observé une réduction notable de la mortalité évitable due au cancer du poumon, au cancer du sein et au cancer colorectal. Les personnes ayant un faible niveau d'étude (en particulier les hommes) connaissent des taux de mortalité par cancer plus élevés.

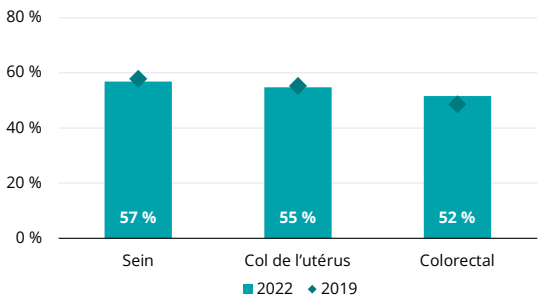
Facteurs de risque et politiques de prévention



La Belgique est relativement performante en matière de gestion des facteurs de risque comportementaux, bien que des difficultés subsistent. Au sein de la population belge, les hommes et les personnes ayant un faible niveau d'étude sont plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens. Pour y remédier, la Belgique a commencé à mettre en œuvre un ensemble complet de mesures de lutte contre le tabac en 2024-2025. La consommation d'alcool a légèrement diminué au cours des 10 dernières années, et le premier Plan Alcool interfédéral (2023-2025) a été approuvé avec un large soutien du gouvernement. Il existe des disparités régionales et socio-économiques notables en ce qui concerne la surcharge pondérale et l'obésité, les taux étant 50 % plus élevés chez les femmes ayant un faible niveau d'étude que chez celles ayant un niveau d'étude élevé.

Détection précoce

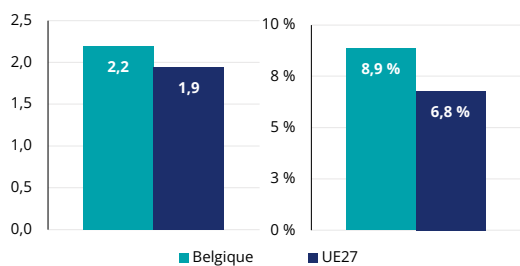
Part de la population éligible participant au dépistage (%), 2019 et 2022 ou année la plus proche



La Belgique met en œuvre des programmes de dépistage de masse du cancer, organisés au niveau régional. Toutefois, la plupart des dépistages du cancer du sein ont lieu en dehors du programme, avec des taux de participation plus faibles dans les régions de Bruxelles et de Wallonie. Des kits d'autodépistage du cancer colorectal sont disponibles à l'échelle nationale. La Flandre dispose d'un programme de dépistage de masse du cancer du col de l'utérus, et la Wallonie a commencé la mise en œuvre de son propre programme en janvier 2024. La région bruxelloise élabore actuellement un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus. Toutes les régions de Belgique organisent des initiatives visant à sensibiliser davantage la population au dépistage du cancer.

Performance du système de soins oncologiques

Projection de la réduction de l'espérance de vie en années en raison du cancer (moyenne 2023-2050) et projection de la charge du cancer en pourcentage des dépenses de santé (moyenne 2023-2050)



L'assurance maladie obligatoire de la Belgique couvre la quasi-totalité de la population, mais il est fréquent de devoir effectuer des paiements directs relativement élevés. L'accès aux examens d'imagerie et à la radiothérapie sans ticket modérateur varie considérablement d'une région à l'autre. La Belgique fait preuve d'excellence en ce qui concerne l'accès aux nouveaux médicaments anticancéreux et aux outils moléculaires innovants. Dans l'ensemble, les taux de survie du cancer sur cinq ans en Belgique se sont améliorés au cours des 20 dernières années. Des difficultés subsistent en ce qui concerne la concentration des soins oncologiques, bien que de récentes politiques, telles que la concentration des traitements destinés aux jeunes et les cliniques de référence pour le cancer du sein et la chirurgie complexe, soient prometteuses. Les dépenses totales de santé devraient augmenter de 9 % en Belgique entre 2023 et 2050 en raison de la charge du cancer.

2. Le cancer en Belgique

Le taux d'incidence du cancer en Belgique est supérieur à la moyenne de l'UE, tant chez les hommes que chez les femmes

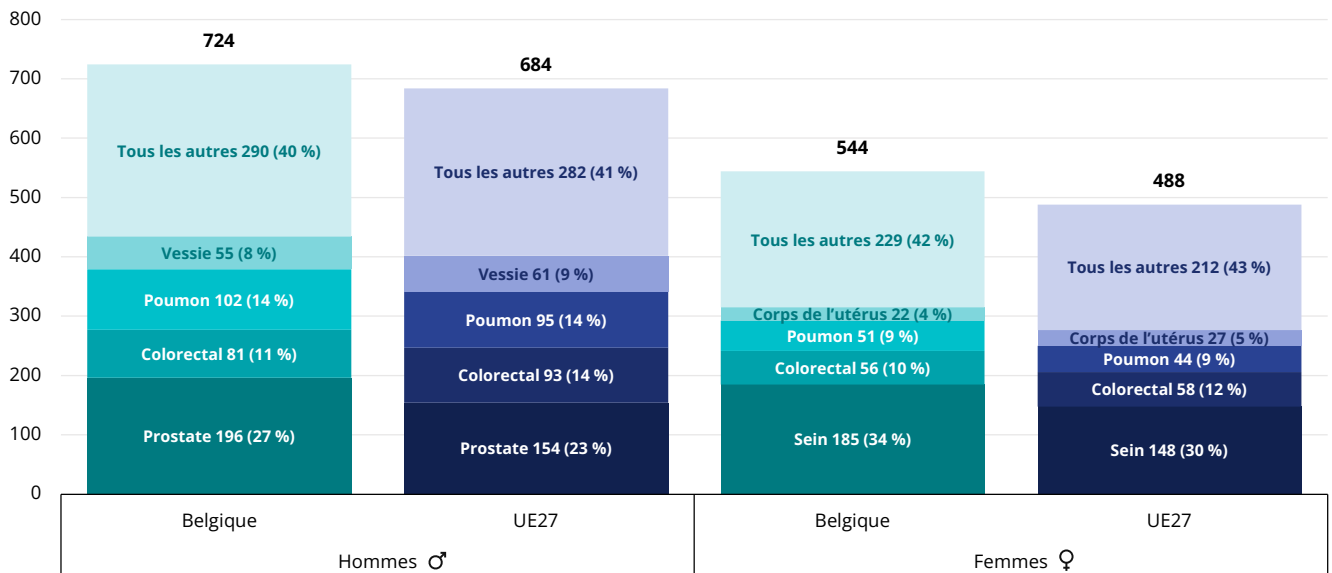
Selon les estimations du système européen d'information sur le cancer (ECIS) du Centre commun de recherche, établies à partir des données d'incidence des années antérieures à la pandémie, 72 680 nouveaux cas de cancer étaient attendus en Belgique en 2022, soit un taux d'incidence du cancer supérieur à la moyenne de l'UE (Graphique 1). Comme on l'observe également au niveau de l'UE, les hommes affichent un taux d'incidence du cancer plus élevé que les femmes. Parmi les hommes belges, le taux standardisé par l'âge était de 724 pour 100 000 habitants en 2022, soit le 12e taux le plus élevé dans l'UE+2¹. Chez les femmes belges, le taux standardisé par l'âge était de 544 pour 100 000, soit environ 11 % de plus que la moyenne de l'UE (488 pour 100 000).

Les cancers les plus fréquents chez les hommes et les femmes en Belgique correspondent à la

tendance observée dans l'ensemble de l'UE. En 2022, les cancers qui ont été le plus souvent diagnostiqués pour la première fois chez les hommes belges étaient ceux de la prostate (27 % de l'ensemble des diagnostics de cancer, contre 23 % dans l'UE), suivis de ceux du poumon² (14 % en Belgique et dans l'UE) et du cancer colorectal (11 % contre 14 % dans l'ensemble de l'UE). Le cancer de la vessie et le mélanome étaient les quatrième et cinquième cancers les plus couramment diagnostiqués chez les hommes, représentant respectivement 8 % et 5 % des taux d'incidence, contre 9 % et 4 % dans l'ensemble de l'UE. Chez les femmes, le cancer le plus fréquent était le cancer du sein (34 %, contre 30 % dans l'ensemble de l'UE), suivi du cancer colorectal (10 % contre 12 % pour l'UE), du cancer du poumon (9 %, un niveau analogue à celui de l'UE) et du mélanome (7 % contre 4 % dans l'ensemble de l'UE). ECIS estime que les cas de cancer augmenteront de 21 % entre 2022 et 2040.

Graphique 1. L'incidence estimée du cancer en Belgique était supérieure à la moyenne de l'UE en 2022, en particulier chez les femmes

Taux d'incidence standardisés par âge pour 100 000 habitants, estimations, 2022



Remarques : Les chiffres de 2022 sont des estimations établies à partir des données d'incidence des années précédentes et peuvent différer des taux observés au cours des années plus récentes. Ils incluent tous les types de cancer, à l'exception du cancer de la peau sans mélanome. Le cancer du corps de l'utérus n'inclut pas le cancer du col de l'utérus.

Source : Système européen d'information sur le cancer (ECIS). Graphique extrait de la page <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultée le 10 mars 2024. © Union européenne, 2024. La ventilation de l'incidence en pourcentage a été recalculée sur la base des taux d'incidence standardisés par l'âge et diffère donc de la ventilation en pourcentage des chiffres absolus figurant sur le site web de l'ECIS.

1 L'UE+2 comprend les 27 États membres de l'UE (UE-27) ainsi que l'Islande et la Norvège.

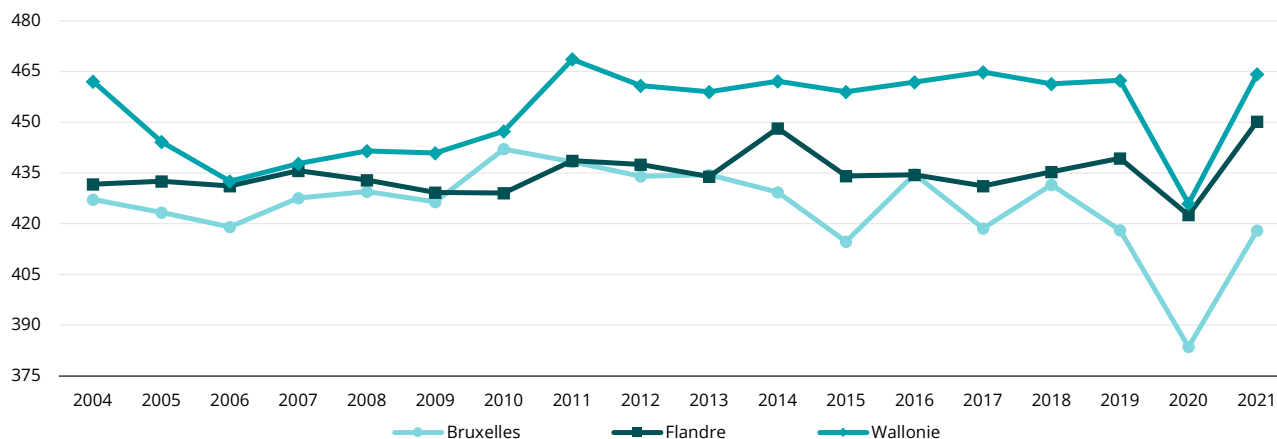
2 Le cancer du poumon inclut également les cancers de la trachée et des bronches.

Selon la Fondation Registre du Cancer, les taux d'incidence du cancer varient entre les trois régions de la Belgique, les taux les plus élevés en 2021 ayant été enregistrés en Wallonie (464 pour 100 000 personnes-années), puis en Flandre (450 pour 100 000) et enfin à Bruxelles (418 pour 100 000) (Graphique 2). Entre 2004 et 2021, l'incidence du

cancer est restée stable en Flandre, tandis qu'elle a affiché une tendance à la hausse en Wallonie et à la baisse à Bruxelles³. En 2020, pendant la pandémie de COVID-19, l'incidence du cancer a diminué dans toutes les régions, de 8 % en Wallonie et à Bruxelles et de 4 % en Flandre. En 2021, les taux d'incidence ont retrouvé leurs niveaux d'avant la pandémie.

Graphique 2. Ces dernières années, les disparités entre les régions en matière d'incidence du cancer sont devenues plus marquées, les taux les plus élevés étant enregistrés en Wallonie

TEN pour 100 000 personnes-années



Remarques : TEN – Taux européen normalisé: inclut les hommes et les femmes, de tous âges, et tous les cancers (à l'exclusion du cancer de la peau sans mélanome).

Source : Fondation Registre du Cancer.

La mortalité par cancer en Belgique a fortement baissé tant chez les hommes que chez les femmes au cours des 10 dernières années et est inférieure à la moyenne de l'UE

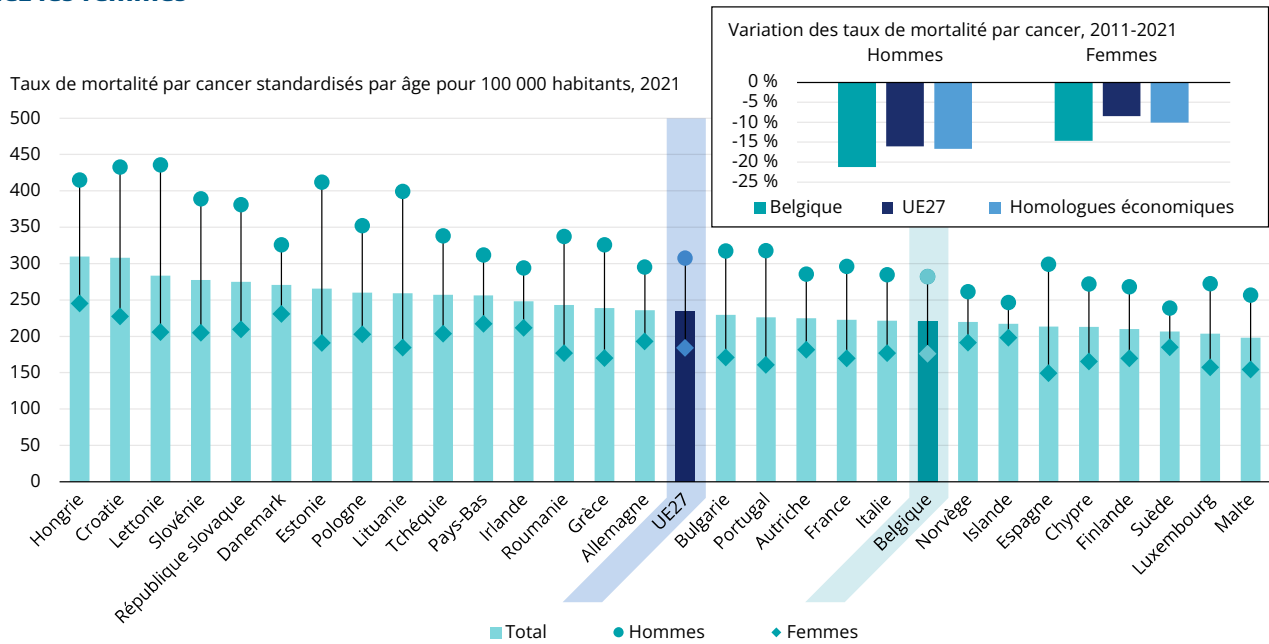
En Belgique, le taux de mortalité standardisé par l'âge était de 220 pour 100 000 habitants en 2021, soit 6 % de moins que la moyenne de l'UE (235 pour 100 000 habitants). Comme dans d'autres pays de l'UE, le taux de mortalité par cancer était nettement plus élevé chez les hommes (282 pour 100 000) que chez les femmes (176 pour 100 000). Entre 2011 et 2021, les taux de mortalité ont diminué tant chez les hommes que chez les

femmes. Cette amélioration globale en Belgique a été supérieure à la moyenne dans l'ensemble de l'UE et aux taux des autres pays ayant une situation économique similaire à celle de la Belgique (les « homologues économiques »)⁴. Par exemple, chez les hommes, la mortalité par cancer a diminué de 21 % en Belgique, contre 17 % chez les homologues économiques et 16 % dans l'ensemble de l'UE. Chez les femmes, la mortalité a diminué de 15 % en Belgique, contre 10 % chez les homologues économiques et 9 % dans l'ensemble de l'UE (Graphique 3).

³ Cette augmentation peut s'expliquer par l'amélioration de l'enregistrement dans certains hôpitaux wallons, qui ont récemment adopté l'enregistrement systématique, alors qu'en Flandre, celui-ci a débuté en 2004.

⁴ Les homologues économiques sont définis comme étant des groupements en terciles effectués sur la base du PIB par habitant de 2022 exprimé en standard de pouvoir d'achat. Les homologues économiques de la BE sont AT, DE, DK, IE, IS, LU, NL, NO et SE.

Graphique 3. La mortalité par cancer en Belgique a enregistré un taux d'amélioration plus élevé que celui des homologues économiques du pays au cours de la même période, tant chez les hommes que chez les femmes



Remarques : Les homologues économiques sont définis comme étant des groupements en terciles effectués sur la base du PIB par habitant de 2022 exprimé en standard de pouvoir d'achat. Les homologues économiques de la BE sont AT, DE, DK, IE, IS, LU, NL, NO et SE.

Source : Base de données d'Eurostat.

En Belgique, le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer du sein ont été les trois principales causes de mortalité par cancer en 2021. La mortalité par cancer du poumon a représenté 22 % de l'ensemble des décès dus au cancer, contre 9 % pour le cancer colorectal et 8 % pour le cancer du sein.

La mortalité évitable due au cancer du poumon, au cancer du sein et au cancer colorectal a diminué au cours des 10 dernières années

Grâce à l'amélioration des stratégies de prévention et aux progrès réalisés en termes de traitement, une grande partie des décès dus au cancer chez les personnes de moins de 75 ans sont considérés comme potentiellement évitables⁵. La Belgique a enregistré des réductions plus importantes de la mortalité évitable par rapport à la moyenne de l'Union entre 2011 et 2021 (Graphique 4).

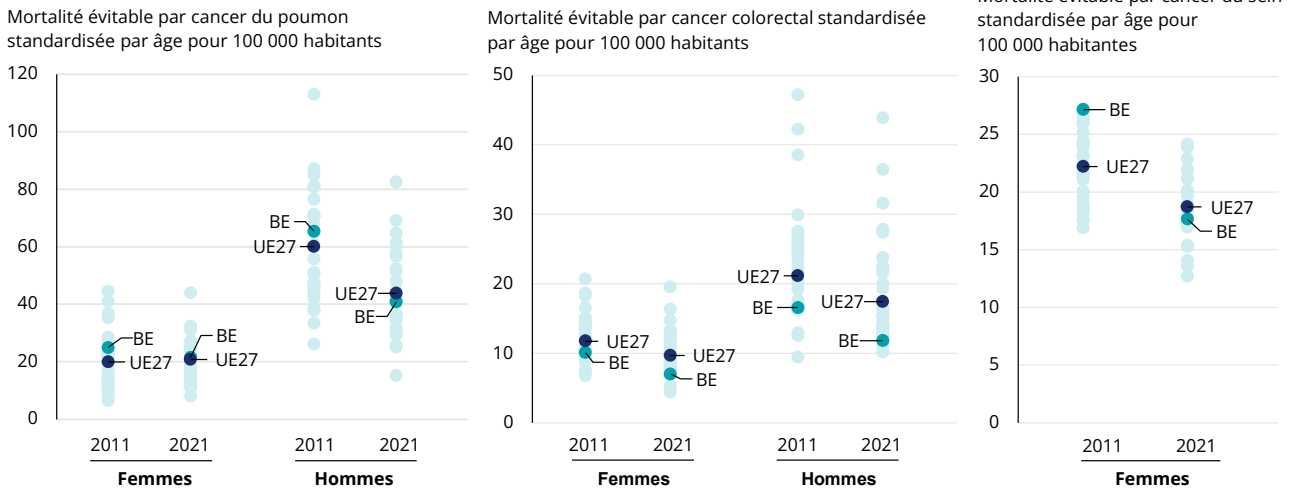
La mortalité due au cancer du poumon (classé comme évitable) en Belgique était de 22 pour 100 000 femmes en 2021 (soit 4 % de plus que la moyenne de l'UE, qui est de 21 décès pour 100 000) et de 41 pour 100 000 hommes (7 % de moins que la moyenne de l'UE, qui est de 44 décès pour 100 000). Seule la mortalité due au cancer du poumon chez les femmes était légèrement supérieure à la

moyenne de l'UE. Entre 2011 et 2021, la mortalité due au cancer du poumon a diminué de 14 % chez les femmes et de 37 % chez les hommes en Belgique, tandis que la moyenne de l'UE a augmenté de 4 % chez les femmes et de 27 % chez les hommes.

En 2021, la Belgique a fait état d'un taux de mortalité due à des cancers du sein traitables de 18 pour 100 000 femmes, soit près de 6 % de moins que la moyenne de l'UE (19 décès pour 100 000). Le taux de la Belgique a diminué de 35 % depuis 2011 (27 décès pour 100 000 habitants), tandis que la moyenne de l'UE a diminué de 16 % (22 décès pour 100 000 habitants en 2011). Ces réductions sont essentiellement attribuables à l'amélioration de la participation aux programmes de dépistage et aux initiatives de diagnostic précoce (voir section 4). La mortalité due au cancer colorectal (également classé comme traitable) en Belgique était de 7 pour 100 000 femmes (soit 28 % de moins que la moyenne de l'UE) et de 12 pour 100 000 hommes (32 % de moins que la moyenne de l'UE). Entre 2011 et 2021, le taux enregistré en Belgique a diminué de 30 % chez les femmes et de 29 % chez les hommes, tandis que la moyenne de l'UE a diminué de 18 % chez les femmes et de 17 % chez les hommes.

⁵ La mortalité évitable comprend à la fois les décès évitables que l'on peut empêcher grâce à des interventions efficaces en matière de santé publique et de prévention et les décès dus à des causes pouvant être traitées qui peuvent être évités grâce à des traitements médicaux rapides et efficaces.

Graphique 4. La Belgique a enregistré des résultats supérieurs à la moyenne de l'UE en ce qui concerne la mortalité évitable due au cancer colorectal et au cancer du sein, grâce à de fortes réductions entre 2011 et 2021



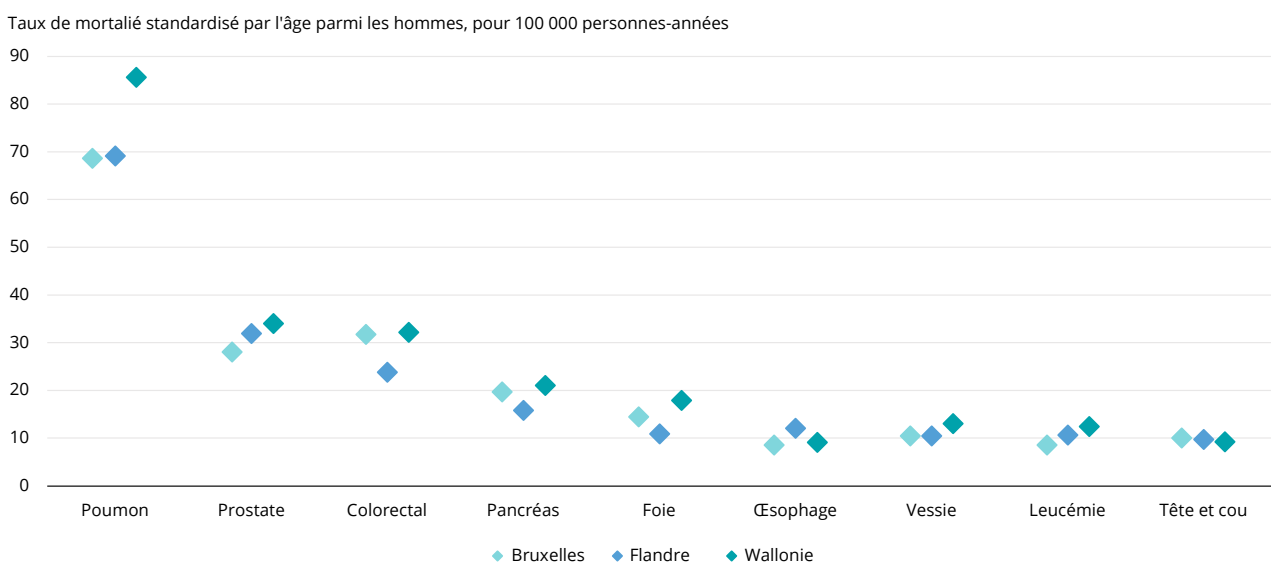
Remarques : Les chiffres relatifs à la mortalité évitable concernent les décès de personnes âgées de moins de 75 ans.
 Source : Base de données d'Eurostat. Les données se rapportent à 2021.

Les hommes qui vivent en Wallonie présentent un taux de mortalité plus élevé pour le cancer du poumon

Les taux de mortalité par type de cancer varient d'une région à l'autre en Belgique, notamment chez les hommes. La Wallonie affiche des taux de mortalité standardisés par l'âge légèrement plus élevés pour la plupart des types de cancer chez les hommes, à l'exception des cancers de la tête et du cou et du cancer de l'œsophage (Graphique 5). En 2021, le cancer du poumon était à l'origine d'un taux de mortalité beaucoup plus élevé chez les hommes en Wallonie (86 %) que dans les régions flamande et bruxelloise (69 % chacun). Ces

différences peuvent s'expliquer par une exposition professionnelle plus élevée due au travail dans les mines et aux caractéristiques locales en Wallonie, des facteurs qui contribuent probablement au taux d'incidence plus élevé documenté pour le cancer du poumon en Wallonie (61,1 pour 100 000 personnes-années, contre 49,1 pour 100 000 en Flandre et 50,4 pour 100 000 à Bruxelles en 2021, selon la Fondation Registre du Cancer). Bien que les taux de mortalité standardisés par l'âge des femmes wallonnes soient légèrement plus élevés pour la plupart des types de cancer, les taux de mortalité chez les femmes belges sont plus homogènes d'une région à l'autre que chez les hommes belges.

Graphique 5. Le taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes en Wallonie est nettement plus élevé



Remarque : La mortalité standardisée par l'âge est calculée sur la base de la population standard européenne révisée par Eurostat en 2013.

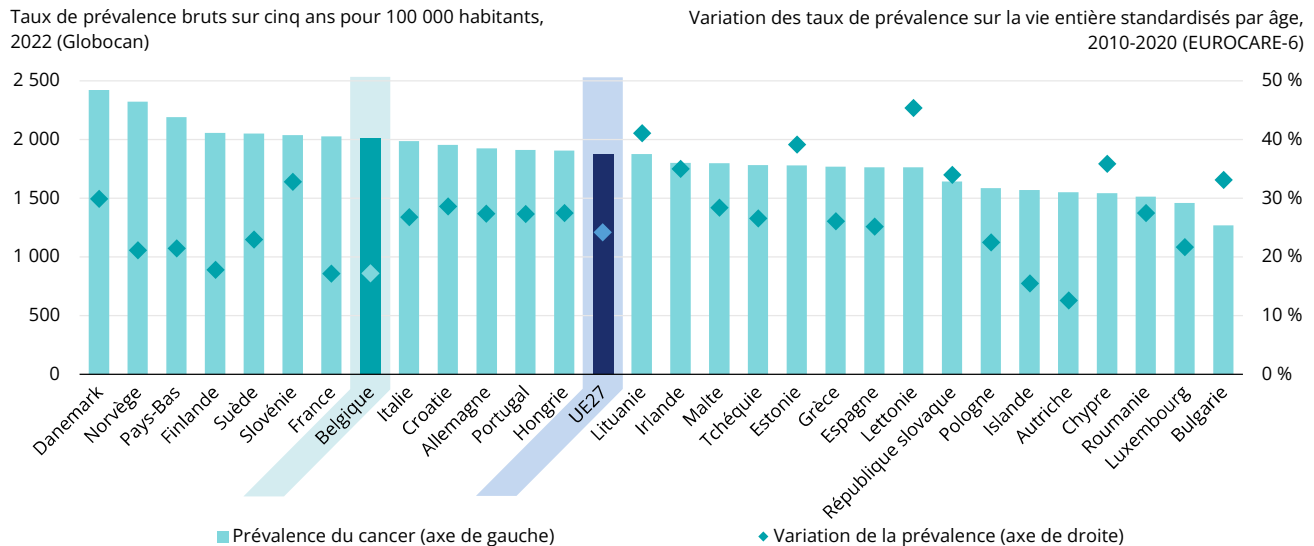
Source : Office belge des statistiques. Les données se rapportent à 2021.

La Belgique affiche la huitième plus forte prévalence du cancer parmi les pays de l'UE+2

En 2022, la Belgique affichait une prévalence sur cinq ans⁶ de 2 007 cas de cancer pour 100 000 habitants, soit 7 % de plus que la moyenne de l'UE (1 876 cas pour 100 000 habitants) (Graphique 6). Entre 2010 et 2020, la prévalence du cancer sur la vie entière a augmenté de 17 % en

Belgique et de 24 % dans l'ensemble de l'UE. Cette augmentation souligne l'importance croissante de s'attaquer efficacement aux facteurs de risque associés au cancer (voir section 3) et d'investir dans la qualité de vie et la survie (voir section 5.4), étant donné que l'on vit désormais plus longtemps avec le cancer et que davantage de personnes ont des antécédents de la maladie.

Graphique 6. La Belgique affiche une prévalence du cancer sur cinq ans supérieure à la moyenne de l'UE

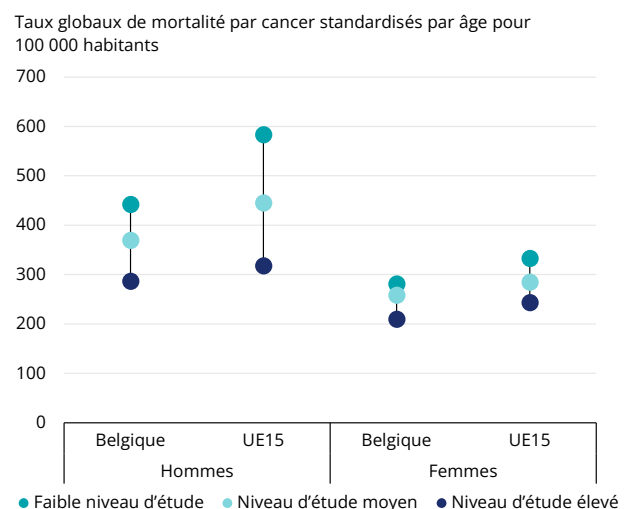


Sources : Base de données GLOBOCAN du CIRC 2024; étude EURO CARE-6 (De Angelis et al., 2024).

Les personnes ayant un faible niveau d'étude affichent des taux de mortalité par cancer plus élevés en Belgique, en particulier chez les hommes

Les taux globaux de mortalité par cancer standardisés par l'âge sont plus élevés chez les hommes et les femmes belges ayant un faible niveau d'étude que chez ceux ayant un niveau d'étude élevé (Graphique 7). Cet écart est plus prononcé chez les hommes belges, pour lesquels le taux de mortalité standardisé en fonction de l'âge était 55 % plus élevé chez les hommes ayant un faible niveau d'étude (442 décès pour 100 000) que chez les hommes ayant un niveau d'étude élevé (286 décès pour 100 000). L'écart était de 34 % entre les femmes ayant un faible niveau d'étude (281 décès pour 100 000) et celles ayant un niveau d'étude supérieur (210 décès pour 100 000). Toutefois, les écarts en matière de niveau d'étude en Belgique, tant chez les hommes que chez les femmes, sont inférieurs aux moyennes de l'UE (84 % chez les hommes et 37 % chez les femmes).

Graphique 7. Les disparités constatées au niveau de la mortalité par cancer en fonction du niveau d'étude sont moins marquées en Belgique que dans l'UE-15



Remarques : Les données provenant de l'étude UE-CanIneq se rapportent à la période 2015-2019. L'UE-15 correspond à la moyenne non pondérée de 14 pays de l'UE et de la Norvège. Source : Commission européenne/CIRC/Centre médical Érasme (2024), Mapping socio-economic inequalities in cancer mortality across European countries. ECIR Inequalities factsheet.

6 La prévalence du cancer désigne la proportion de la population chez qui un cancer a été diagnostiqué et qui est encore en vie, y compris les personnes qui se trouvent actuellement en traitement et celles qui ont terminé leur traitement. La prévalence du cancer sur cinq ans inclut les personnes qui ont reçu un diagnostic au cours des cinq années précédentes, tandis que la prévalence vie entière tient compte de toutes les personnes ayant un jour reçu un diagnostic de cancer.

La Belgique va mettre en œuvre un nouveau cadre afin de suivre la progression des politiques de lutte contre le cancer

À la suite de l'adoption du dernier plan national belge contre le cancer en 2008, une évaluation de la mise en œuvre de ce plan effectuée en 2012 a mis en évidence des domaines spécifiques devant faire l'objet d'investissements ou d'améliorations supplémentaires. Plusieurs initiatives ont été adoptées, telles que des efforts visant à améliorer la concentration des soins (voir section 5.2) et à faciliter la réinsertion professionnelle des personnes ayant des antécédents de cancer (voir section 5.4) ainsi qu'à faciliter l'intégration du diagnostic moléculaire dans les normes de soins applicables en onco-hématologie.

Dans la droite ligne de ces efforts, le cabinet fédéral a chargé le Centre du cancer de Sciensano (l'institut belge de la santé) de concevoir l'inventaire belge du cancer (Sciensano, 2024a) qui

fournira un cadre permettant d'assurer le suivi des politiques belges en matière de soins et de lutte contre le cancer tout au long du continuum de soins contre le cancer, ainsi que d'aborder des thèmes transversaux tels que l'approche centrée sur le patient et les inégalités. L'inventaire belge du cancer est aligné sur les piliers et les objectifs du plan européen pour vaincre le cancer.

Ce cadre a été élaboré avec la participation d'experts belges afin de déterminer les indicateurs les plus pertinents et les plus exploitables pour l'élaboration des politiques et comprendra une composante prospective afin de garantir sa pertinence au fil du temps. En 2025, une évaluation comparative sera réalisée afin de définir des cibles pertinentes. Ces travaux nécessiteront le soutien du Groupe miroir belge sur le plan européen pour vaincre le cancer, une initiative complémentaire mise en place en 2021 (Encadré 1).

Encadré 1. Une coalition multipartite a été formée afin de garantir la mise en œuvre du plan européen pour vaincre le cancer en Belgique

Le Groupe miroir belge sur le plan européen pour vaincre le cancer (Sciensano, 2024b) comprend une coalition multipartite de plus de 400 experts, dont des représentants des patients, coordonnée par le Centre du cancer de Sciensano. Il se compose de groupes de travail thématiques exerçant des fonctions consultatives afin de recenser les appels à propositions financés par l'UE qui permettent le mieux de répondre aux besoins et aux défis liés au cancer en Belgique et de proposer des thèmes pertinents à inclure dans les futurs programmes de travail de l'UE.

3. Facteurs de risque et politiques de prévention

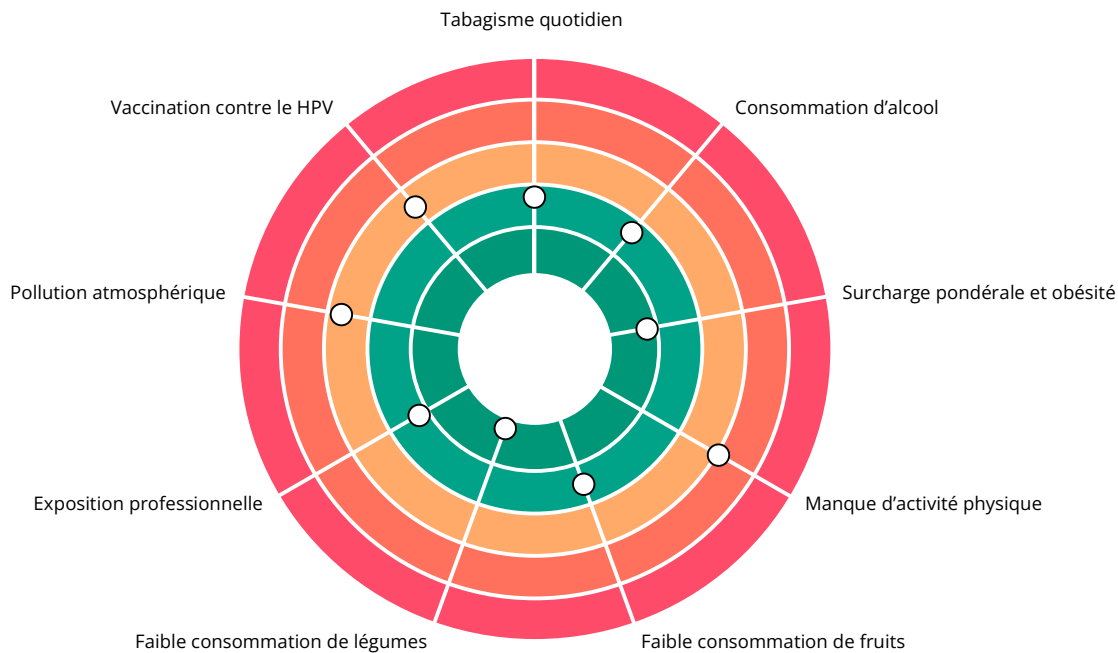
La Belgique est relativement performante en ce qui concerne la gestion de la prévalence des facteurs de risque comportementaux

Selon les enquêtes européennes sur la santé, la Belgique affiche de bonnes performances par rapport aux autres pays de l'UE en ce qui concerne les facteurs de risque associés au cancer, notamment le tabagisme quotidien, le surpoids et l'obésité, la consommation d'alcool, les risques alimentaires et l'exposition professionnelle (Graphique 8). Toutefois, elle est moins performante en ce qui concerne les niveaux d'activité physique.

En 2021, les dépenses de la Belgique en matière de prévention⁷ représentaient 3 % des dépenses courantes de santé, ce qui est inférieur à la moyenne de l'UE (6 %). Selon l'Institute of Health Metrics and Evaluations, les décès par cancer imputés à des facteurs de risque comportementaux ont diminué en Belgique au cours des 10 dernières années, passant de 105 pour 100 000 habitants en 2012 à 88 pour 100 000 habitants en 2021. De même, les décès par cancer imputables aux facteurs environnementaux ont diminué, passant de 37 pour 100 000 habitants en 2001 à 29 pour 100 000 en 2021.

⁷ Les dépenses de prévention déclarées dans les comptes de la santé devraient inclure les activités ne relevant pas des programmes nationaux (par exemple, le dépistage opportuniste du cancer ou les conseils pour arrêter de fumer lors des rendez-vous réguliers chez le médecin). Toutefois, dans la pratique, les pays peuvent rencontrer des difficultés pour recenser les dépenses de prévention effectuées en dehors de ces programmes.

Graphique 8. La Belgique obtient de bons résultats en ce qui concerne le tabagisme quotidien, le surpoids et l'obésité, la consommation d'alcool et les facteurs de risque alimentaires, mais les niveaux d'activité physique sont médiocres



Remarques : 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. La pollution atmosphérique est mesurée sur la base du taux de particules d'un diamètre inférieur à 2,5 micromètres (PM_{2,5}). Sources : Calculs de l'OCDE fondés sur l'enquête EU-SILC de 2022 pour le surpoids, l'obésité, l'activité physique et la consommation de fruits et légumes (chez les adultes), sur l'enquête Eurofound pour l'exposition professionnelle, sur les statistiques de l'OCDE sur la santé pour le tabagisme, la consommation d'alcool (chez les adultes) et la pollution atmosphérique et sur l'OMC pour la vaccination contre le virus des papillomes humains (HPV) (chez les jeunes filles de 15 ans).

En Belgique, les hommes et les personnes ayant un faible niveau d'étude sont plus susceptibles d'être des fumeurs quotidiens

Selon l'enquête santé européenne (EHIS), le pourcentage de personnes âgées de 15 ans et plus qui fument quotidiennement a diminué en Belgique, passant de 19 % en 2014 à 15,4 % en 2019. Cette tendance a été observée dans les trois régions, bien que la prévalence des fumeurs quotidiens était plus élevée en Wallonie (19 %) qu'à Bruxelles (17 %) et en Flandre (13 %) (Sciensano, 2024c). La proportion d'hommes qui fumaient en 2019 (19 %) était plus élevée que celle des femmes (12 %), mais la baisse du taux de tabagisme enregistrée entre 2014 et 2019 a été moins marquée chez les hommes (13 %) que chez les femmes (26 %).

La prévalence du tabagisme quotidien était de 9 % chez les personnes ayant un niveau d'étude élevé, contre 29 % chez les diplômés de l'enseignement secondaire inférieur et 21 % chez les personnes diplômées de l'enseignement primaire ou sans diplôme (Sciensano, 2023a). La consommation de cigarettes électroniques (vapotage) chez les personnes âgées de 15 ans et plus était plus répandue chez les hommes (6 %) que chez les femmes (3 %).

En décembre 2022, le gouvernement belge a approuvé le lancement d'un plan national de lutte contre le tabac, élaboré en collaboration avec les entités fédérées et incluant les mesures proposées par le ministre des affaires sociales et de la santé publique (encadré 2).



Encadré 2. La Belgique met en œuvre un ensemble complet de mesures de lutte contre le tabac en 2024-2025

À la suite de l'approbation du premier ensemble complet de mesures dans le cadre du plan national de lutte contre le tabac, plusieurs initiatives ont été mises en œuvre en 2024 et se poursuivront tout au long de l'année 2025. Il s'agit notamment d'une augmentation des taxes sur les produits du tabac et d'une extension de l'interdiction de fumer dans les transports aux transports professionnels de passagers à partir de 2024; d'une interdiction d'étalage des produits du tabac dans les magasins à partir de janvier 2025; d'un élargissement de la liste des espaces publics dans lesquels il est interdit de fumer, par exemple à proximité des terrains de sport et à l'entrée des établissements de soins et des lieux fréquentés par les enfants et les jeunes, à partir de janvier 2025; d'une interdiction de la vente de produits du tabac dans des points de vente temporaires, par exemple des festivals, à partir de juillet 2025; du lancement de vastes campagnes de contrôle axées sur la vente de tabac et la législation en matière de publicité; de la mise en œuvre d'une réglementation plus stricte en matière de cigarettes électroniques; et d'une interdiction de la vente de sachets de nicotines. Des discussions relatives à un remboursement des thérapies de substitution nicotinique et à une extension des mesures de réglementation des cigarettes traditionnelles à tous les produits du tabac et produits similaires auront lieu tout au long de la période 2024-2025.

Source : Santé publique (2022), *Stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac*, disponible à l'adresse suivante: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/strategie-interfederale-2022-2028-pour-une-generation-sans-tabac>.

La consommation d'alcool a légèrement diminué au sein de la population belge au cours des 10 dernières années

La consommation d'alcool en Belgique a légèrement diminué au cours des 10 dernières années chez les personnes âgées de 15 ans et plus, passant de 10 litres par personne en 2012 à 9 litres en 2019. Selon Sciensano (Sciensano, 2023b), entre 2013 et 2018, la réduction de la consommation d'alcool a été plus importante chez les femmes (12 %) que chez les hommes (8 %). En 2018, la proportion de consommation dangereuse d'alcool⁸ était plus élevée chez les hommes (7 %) que chez les femmes (4 %) (Sciensano, 2023b), un écart particulièrement marqué chez les personnes âgées

de 55 à 64 ans (14 % pour les hommes et 8 % pour les femmes). Chez les femmes, la prévalence de la consommation dangereuse d'alcool était la plus élevée à Bruxelles (6 %) et la plus faible en Wallonie (5 %) et en Flandre (4 %). Parmi les hommes, la prévalence de la consommation dangereuse d'alcool affichait une répartition similaire : 10 % à Bruxelles, 8 % en Wallonie et 7 % en Flandre. Aucun gradient socio-économique pertinent en fonction du niveau d'éducation n'a été observé en ce qui concerne la consommation dangereuse d'alcool. Un plan d'action couvrant la période 2023-2025 – le premier Plan Alcool interfédéral – a été adopté en mars 2023 (encadré 3).

Encadré 3. En Belgique, le premier Plan Alcool interfédéral (2023-2025) a été approuvé avec le soutien de tous les ministères fédéraux et régionaux

Dans le cadre de la stratégie interfédérale en matière d'usage nocif d'alcool 2023-2028, les autorités belges ont approuvé le Plan Alcool interfédéral 2023-2025. Ce plan comporte notamment 75 actions axées sur la réduction de la consommation d'alcool, la priorité étant accordée à certains groupes tels que les femmes enceintes et les adolescents. Il se fonde sur les recommandations de l'OMS et du Conseil supérieur de la santé, l'organe d'avis scientifique du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Les principaux objectifs de ce plan sont le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé, l'amélioration de l'accès aux soins ainsi qu'une réflexion sur le prix et la publicité des boissons alcoolisées. Un organisme indépendant a été mis en place afin d'assurer un contrôle adéquat des politiques mises en œuvre.

Source : Santé Publique (2023b), *Plan interfédéral 2023-2025 pour lutter contre la consommation nocive d'alcool*, disponible à l'adresse suivante: <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/plan-interfederale-2023-2025-pour-lutter-contre-la-consommation-nocive-dalcohol>.

⁸ On entend par « consommation dangereuse d'alcool » la consommation journalière de plus de 20 g d'alcool pur par les femmes et de plus de 30 g par les hommes, ce qui équivaut respectivement à plus de 14 et 21 verres standards (d'une teneur en alcool pur de 10 g) par semaine.

Seulement environ un tiers des Belges déclarent atteindre les niveaux recommandés d'activité physique quotidienne, bien qu'il existe des disparités régionales et socio-économiques

Le facteur de risque pour lequel la Belgique obtient des résultats inférieurs à la moyenne de l'UE est l'activité physique. Selon l'enquête EU-SILC, en 2022, 74 % des personnes ont déclaré exercer une activité physique inférieure au niveau recommandé (à savoir trois fois par semaine). Plus d'hommes (29 %) que de femmes (24 %) satisfont à cette recommandation. Les populations plus jeunes, telles que les personnes âgées de 16 à 24 ans, sont également plus nombreuses à atteindre les niveaux d'activité physique recommandés (34 %) que les personnes âgées de 25 à 64 ans (24 %). Un gradient socio-économique apparaît clairement chez les Belges âgés de 25 à 64 ans : la proportion de personnes n'atteignant pas la recommandation en matière d'activité physique quotidienne était plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau d'étude (84 %) que chez celles ayant un niveau d'étude élevé (73 %). Au niveau des régions, en 2018, les Belges étaient plus nombreux à satisfaire aux recommandations en matière d'activité physique en Flandre (43 % chez les hommes et 34 % chez les femmes) qu'à Bruxelles (29 % chez les hommes et 18 % chez les femmes) et en Wallonie (27 % chez les hommes et 15 % chez les femmes) (Sciensano, 2021).

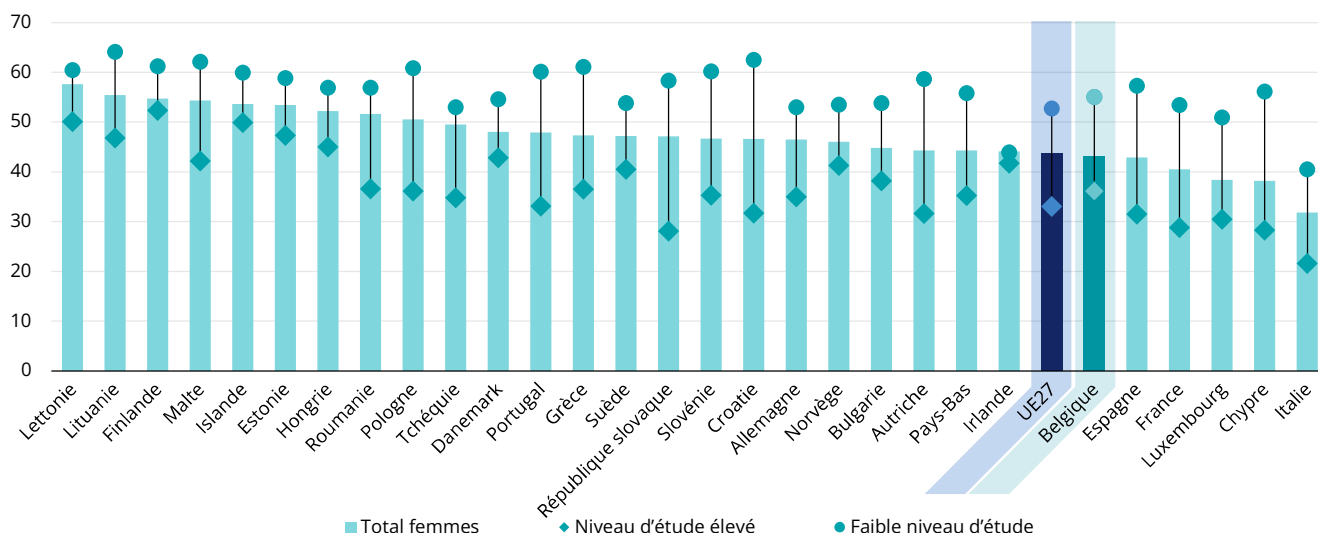
Le cadre MOVING, une initiative du World Cancer Research Fund International, a mis en évidence un manque d'action politique en Belgique en ce qui concerne les incitations financières visant à promouvoir l'activité physique, la formation pour les professions concernées en dehors des soins de santé, ainsi que les politiques visant à promouvoir les transports publics et les infrastructures encourageant l'activité physique.

Malgré des résultats relativement satisfaisants par rapport aux autres pays de l'UE en matière de lutte contre les facteurs de risque alimentaire, près de la moitié de la population belge se trouve en surpoids

En 2022, près de la moitié (49 %) des Belges âgés de 18 ans et plus se trouvaient en surpoids, avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 25, et 16 % étaient obèses (IMC de plus de 30). Chez les femmes, la prévalence du surpoids (y compris de l'obésité) était semblable à la moyenne de l'UE (environ 43 %) (Graphique 9), tandis que chez les hommes, elle était de 55 %, soit un peu moins que la moyenne de l'UE (60 %). La prévalence du surpoids est restée stable chez les femmes et les hommes au cours de la période 2017-2022. L'excès de poids présente de grandes disparités en fonction du niveau d'étude : le surpoids et l'obésité sont plus fréquents chez les femmes belges ayant un faible niveau d'étude (55 %) que chez celles ayant un niveau d'étude élevé (36 %).

Graphique 9. En Belgique, la prévalence du surpoids chez les femmes est proche de la moyenne de l'UE

% de femmes âgées de 18 ans et plus en surpoids (y compris obèses), 2022



Remarque : Le surpoids (y compris l'obésité) concerne les personnes ayant un IMC supérieur à 25.

Source : Base de données d'Eurostat.

La proportion de personnes déclarant consommer peu de légumes est passée de 17 % en 2017 à 20 % en 2022. Les disparités par niveau d'étude sont notables : par exemple, 13 % des personnes ayant un niveau d'étude élevé ont déclaré ne pas manger quotidiennement de légumes, contre 30 % des personnes ayant un faible niveau d'étude.

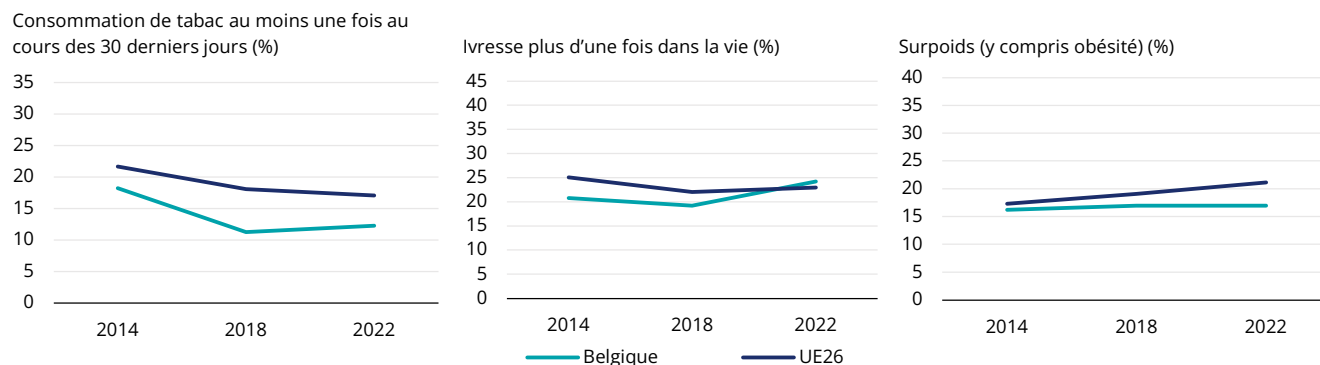
Le Plan wallon de prévention et de promotion de la santé (2023-2030) met l'accent sur l'amélioration des habitudes alimentaires, la diminution de la prévalence de l'obésité et du surpoids et l'augmentation de l'activité physique régulière au sein de la population. Il cible également les inégalités sociales. À Bruxelles, le Plan Social Santé intégré 2023-2027 vise également à lutter contre les inégalités socio-économiques en mettant l'accent sur des modes de vie sains et sur la littéracie en santé. L'Institut flamand pour une vie saine, un centre d'expertise indépendant, soutient le gouvernement flamand dans les domaines de la prévention des problèmes de santé, tels que la nutrition et l'activité physique. Cet institut participe aux projets régionaux et européens et élabore des ressources destinées à sensibiliser et informer le public.

La Belgique obtient des résultats supérieurs à moyenne de l'UE en ce qui concerne la gestion des facteurs de risque comportementaux chez les adolescents, excepté pour la consommation d'alcool

En 2022, la prévalence du surpoids chez les Belges de 15 ans était de 17 %, soit 4 points de pourcentage de moins que la moyenne de l'UE (Graphique 10)⁹. En outre, parmi les jeunes de 15 ans en Belgique, 31 % consommaient des fruits quotidiennement (contre 30 % en moyenne dans l'UE) et 52 % consommaient quotidiennement des légumes (contre 34 % dans l'UE).

La prévalence du tabagisme quotidien chez cette population était inférieure de 5 points de pourcentage à la moyenne de l'UE (12 % en Belgique contre 17 % dans l'UE) et était similaire chez les garçons et les filles. La consommation quotidienne de tabac chez les jeunes de 15 ans en Belgique a diminué de 6 points de pourcentage, passant de 18 % en 2014 à 12 % en 2022. En 2022, la consommation quotidienne de cigarettes électroniques (vapotage) était de 17 % chez les jeunes femmes, un chiffre plus élevé que chez les jeunes hommes (15 %). L'abus d'alcool chez les adolescents est passé de 21 % en 2014 à 24 % en 2022. En 2022, la prévalence de l'abus d'alcool était supérieure de près de 2 points de pourcentage à la moyenne de l'UE.

Graphique 10. Le tabagisme et l'abus d'alcool chez les jeunes de 15 ans ont augmenté dans le temps entre 2018 et 2022



Remarques : Les données se réfèrent à la valeur moyenne des régions flamande et francophone. La moyenne de l'UE n'est pas pondérée. Les données se réfèrent à l'année 2022 et concernent les enfants âgés de 15 ans.
Source : Enquête sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire.

Plusieurs politiques sont actuellement mises en œuvre afin de lutter contre le surpoids et l'obésité chez les jeunes en Belgique. Depuis avril 2020, le système national d'assurance maladie obligatoire rembourse jusqu'à 10 séances chez un diététicien sur une période de deux ans pour les enfants en surpoids et obèses âgés de 6 à 17 ans. Depuis décembre 2023, les enfants en surpoids âgés de 2

à 5 ans peuvent également bénéficier de conseils diététiques gratuits, sans ticket modérateur. En outre, des soins multidisciplinaires dans des centres d'expertise reconnus sont en train d'être mis en place pour les enfants (Encadré 4).

⁹ Selon l'enquête de consommation alimentaire menée par Sciensano (2022-2023), 19 % des enfants et 21 % des adolescents belges sont en surpoids.

Encadré 4. Les soins multidisciplinaires proposés dans des centres d'expertise sur l'obésité infantile devraient permettre de réduire la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les jeunes

Le système national d'assurance maladie a mis en place un modèle de soins de santé prévoyant un suivi régulier des enfants et des adolescents âgés de 2 à 17 ans. Cette nouvelle approche comporte trois niveaux : soins primaires; centres pédiatriques multidisciplinaires de prise en charge de l'obésité; et centres d'expertise pour la prise en charge de l'obésité infantile. Si les premier et troisième niveaux sont déjà mis en place au niveau national, le déploiement des centres de deuxième niveau est en cours, l'objectif étant d'établir un maximum de 25 centres en Belgique (22 centres étaient opérationnels fin 2024). L'accès au traitement est gratuit pour les enfants âgés de 2 à 17 ans (le ticket modérateur a été supprimé). Une étude commandée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) (Primus-de Jong Célia, 2023) a mis au point un premier ensemble d'indicateurs de qualité pour le suivi de ce deuxième niveau de soins.

La qualité de l'air s'améliore en Belgique, bien que des différences régionales et socio-économiques marquées persistent

La Belgique obtient des résultats légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE+2 en ce qui concerne l'exposition à la pollution atmosphérique sous la forme de particules PM_{2,5}, avec une exposition moyenne de la population estimée à 11 µg/m³ en 2020, contre 17 µg/m³ en 2010. Il a été estimé que l'exposition aux PM_{2,5} avait été responsable de 44 décès pour 100 000 habitants en 2021, un chiffre inférieur à celui de l'UE (57 décès pour 100 000 habitants).

L'exposition aux PM_{2,5} est la plus élevée en Flandre (11 µg/m³), tandis qu'à Bruxelles, c'est le dioxyde d'azote (NO₂) qui prévaut, à 20 µg/m³ en 2021 (Sciensano, 2024d), bien que l'exposition à cet élément soit en diminution dans toutes les régions. À l'inverse, l'exposition à l'ozone est en augmentation depuis 2016, avec la plus forte exposition en Wallonie (46 µg/m³) et la plus faible à Bruxelles (43 µg/m³) en 2021.

Afin de sensibiliser l'opinion et de réduire l'exposition au radon¹⁰ en Belgique, l'Agence fédérale de contrôle nucléaire collabore avec les entités fédérales et régionales pour organiser des campagnes annuelles. Ces initiatives encouragent et aident le public à mesurer les niveaux de radon chez eux et permettent d'accéder à une assistance corrective si nécessaire.

En ce qui concerne l'exposition professionnelle à des produits ou substances chimiques, la Belgique obtient des résultats relativement bons par rapport aux autres pays de l'UE+2. En 2021, l'exposition était plus élevée chez les hommes belges (25 %) que chez les femmes (18 %). Des politiques visant à prévenir l'exposition à l'amiante ont été élaborées. L'Agence fédérale des risques professionnels a lancé une campagne nationale visant à aider les citoyens et les entreprises à détecter l'amiante et à obtenir une assistance pour l'éliminer. À partir de 2022, la Flandre exige une inspection et une

certification de l'amiante ainsi que sa gestion sécurisée avant la vente d'un bâtiment ancien. Les entreprises belges de désamiantage doivent répondre à certaines normes de certification et la liste des sociétés certifiées fait l'objet d'un réexamen périodique afin de garantir le respect des exigences. La Wallonie a également défini des exigences pour les entreprises certifiées autorisées à mener des opérations de désamiantage; la liste est réexaminée périodiquement afin de s'assurer que les entreprises respectent toujours les normes de certification. Le projet de troisième Plan d'action national environnement-santé, axé sur la réduction des effets nocifs des substances chimiques sur la population et l'environnement, a été soumis pour consultation à la fin de l'année 2023.

Des disparités régionales persistent en ce qui concerne les taux de couverture vaccinale contre le papillomavirus

Le taux de vaccination contre le HPV en Belgique était de 69 % chez les filles et de 64 % chez les garçons, selon des enquêtes scolaires régionales menées à Bruxelles et en Wallonie en 2019 et une enquête en population générale menée en Flandre en 2020 (Gerkens et al., 2024). Au cours de l'année scolaire 2019-2020, la couverture (filles et garçons) était de 81 % en Flandre et de 48 % à Bruxelles et en Wallonie (Gramthe & Cornelissen, 2021). Les programmes de vaccination contre le HPV sont organisés par les gouvernements régionaux et les initiatives de sensibilisation comprennent des brochures et un site web spécifique.

La Flandre a lancé la vaccination contre le HPV chez les filles âgées de 12 ans en 2010, tandis que Bruxelles et la Wallonie ont commencé à vacciner les filles âgées de 13 à 14 ans en 2012. En 2019, la vaccination contre le HPV a été étendue aux garçons âgés de 12 à 18 ans en Flandre et de 13 à 18 ans à Bruxelles et en Wallonie (cohorte primaire). La cohorte de rattrapage (composée des garçons plus âgés que la cohorte primaire qui n'avaient pas initialement eu la possibilité de

¹⁰ Le radon est un gaz radioactif, inodore et incolore que l'on trouve naturellement dans le sol et les roches.

recevoir le vaccin) comprend les garçons âgés de 12 à 18 ans dans toutes les régions. La vaccination est gratuite pour les groupes cibles.

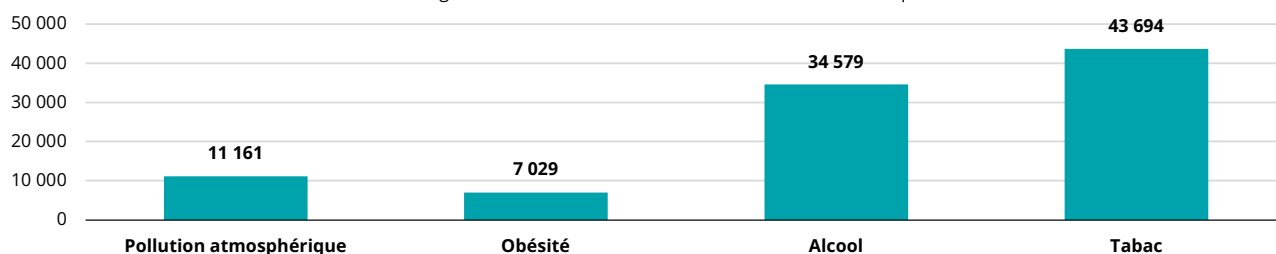
À Bruxelles et en Wallonie, la vaccination est principalement administrée par les services de santé scolaire. La vaccination scolaire peut être encouragée à différents niveaux, par exemple par le bourgmestre ou la commune, et peut également être prescrite par les médecins. La Flandre adopte une approche à l'échelle de la population pour toutes les filles qui entrent dans l'enseignement secondaire. Certains vaccins contre le HPV sont remboursés pour les filles et garçons âgés de 12 à 18 ans qui n'ont pas été vaccinés dans le cadre du programme des entités fédérées.

Atteindre des cibles de réduction des facteurs de risque de cancer permettrait d'éviter de nombreux nouveaux cas de cancer

Selon les travaux du modèle de planification stratégique de la santé publique (SPHeP) de l'OCDE, atteindre des cibles fixées en matière de tabagisme pourrait permettre d'éviter 43 694 nouveaux cas de cancer en Belgique entre 2023 et 2050 (Graphique 11). De même, atteindre des cibles fixées en matière d'alcool pourrait permettre de prévenir 34 579 nouveaux cas de cancer sur la même période. 11 161 cas supplémentaires pourraient être évités en atteignant des cibles en matière de pollution, et 7 029 cas en atteignant des cibles en matière d'obésité.

Graphique 11. La Belgique pourrait prévenir plus de 43 000 nouveaux cas de cancer entre 2023 et 2050 en atteignant des cibles de réduction du tabagisme

Nombre de cas de cancer évités entre 2023 et 2050 grâce à l'atteinte des cibles relatives aux facteurs de risque



Remarques : La cible fixée pour le tabac est une réduction de 30 % de la consommation de tabac entre 2010 et 2025 et moins de 5 % de la population consommant du tabac d'ici à 2040. Pour l'alcool, la cible fixée est une réduction d'au moins 20 % de la consommation globale d'alcool et une réduction de 20 % du «binge drinking» entre 2010 et 2030. Pour la pollution atmosphérique, il s'agit d'un niveau annuel moyen de $PM_{2.5}$ plafonné à $10 \mu g/m^3$ d'ici à 2030 et à $5 \mu g/m^3$ d'ici à 2050. Pour l'obésité, la cible fixée consiste à revenir au taux de 2010 d'ici à 2025.

Source : OCDE (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

4. Détection précoce

La Belgique dispose de programmes de dépistage de masse, organisés au niveau régional

En Belgique, les programmes de dépistage sont organisés par des agences régionales : le Centre communautaire de référence (CCR) en Wallonie, Bruprev à Bruxelles, et le Centrum voor Kankeropsporing (CvKO) en Flandre. Le programme de dépistage du cancer colorectal organisé par le CCR en Wallonie couvre également la communauté germanophone de Belgique. Les tests de dépistage sont remboursés par le système national d'assurance maladie. Un arrêté royal adopté par le gouvernement wallon en janvier 2024 a établi des

stratégies à long terme pour les programmes de dépistage de masse du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus. Cet arrêté régit la mise en œuvre de ces programmes, y compris les rôles des centres de médecine préventive et les stratégies d'invitation. En juin 2024, le gouvernement wallon avait approuvé le financement destiné au dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus pour une durée indéterminée.

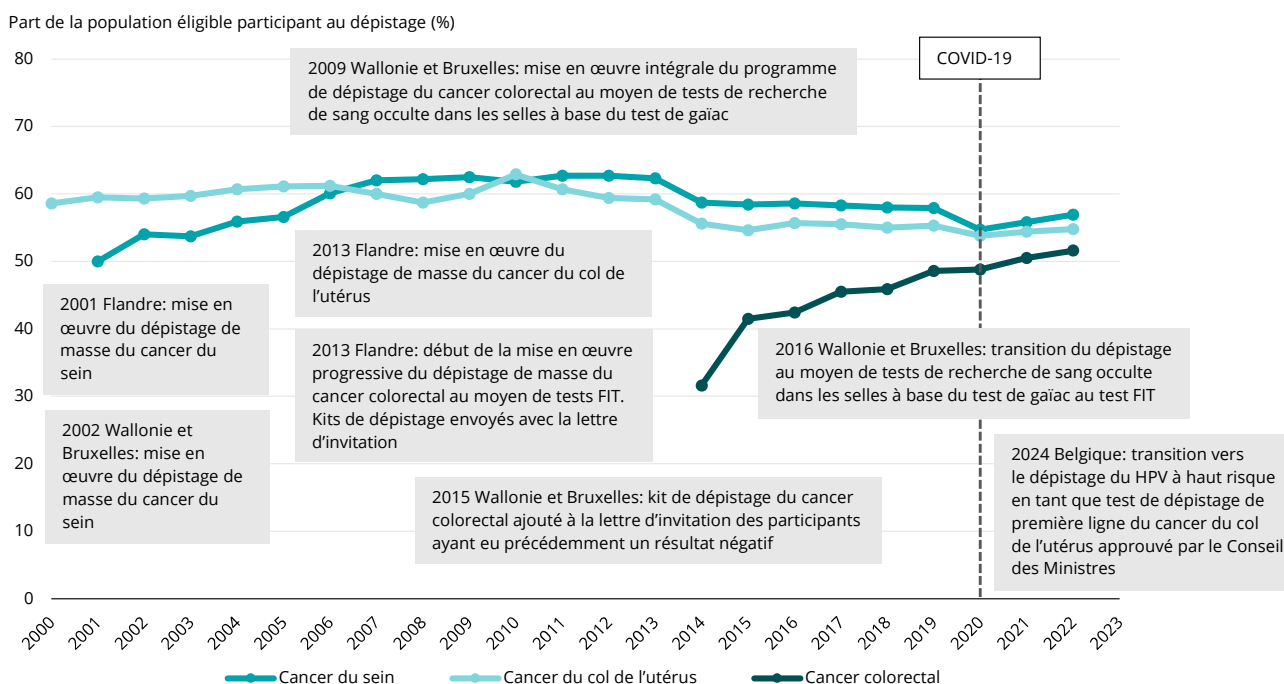
Les trois régions belges disposent d'un programme de dépistage de masse du cancer du sein qui s'adresse aux femmes âgées de 50 à 69 ans, mis en œuvre en 2001 en Flandre et en 2002 à Bruxelles

et en Wallonie. Depuis 2013, la Flandre dispose d'un programme de dépistage de masse du cancer du col de l'utérus basé sur la réalisation de frottis tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 64 ans. En région bruxelloise, un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus est en cours d'élaboration; entre-temps, le dépistage est recommandé pour les femmes âgées de 25 à 64 ans, avec un frottis remboursé tous les trois ans. En Wallonie, des invitations au dépistage du cancer du col de l'utérus commenceront à être envoyées à la population cible en 2025.

Le dépistage du cancer colorectal a débuté en 2009 à Bruxelles et en Wallonie et en 2013 en Flandre. La population cible, âgée de 50 à 74 ans, peut effectuer un test immunologique fécal gratuit tous les trois ans.

Selon la Fondation Registre du Cancer, en 2022, la participation au dépistage du cancer du sein (57 % de la population éligible) et celle au dépistage du cancer du col de l'utérus (55 %) ont retrouvé leurs niveaux d'avant la pandémie de COVID-19, tandis que les taux de dépistage du cancer colorectal ont poursuivi leur tendance à la hausse, passant de 32 % en 2014 à 52 % en 2022 (Graphique 12).

Graphique 12. La participation au dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus retrouve ses niveaux d'avant la pandémie de COVID-19, tandis que la participation au dépistage du cancer colorectal continue d'augmenter



Remarques : Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, le taux de couverture déclaré exclut les femmes qui ne sont pas éligibles pour des raisons médicales. Pour le dépistage du cancer colorectal, le taux de participation est calculé tant dans le cadre des programmes organisés qu'en dehors de ceux-ci.
 Source : Fondation Registre du Cancer.

En Belgique, la plupart des femmes font l'objet de dépistages du cancer du sein en dehors du programme de dépistage de masse, et les taux de participation sont plus faibles à Bruxelles et en Wallonie.

Selon le KCE, en 2021, le pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans ayant passé au moins une mammographie au cours des deux dernières années dans le cadre d'un dépistage de masse était plus élevé en Flandre (49 %) qu'à Bruxelles (9 %) et en Wallonie (4 %) (Gerkens et al., 2024). La plupart des femmes effectuant des dépistages à Bruxelles et en Wallonie le font en dehors du programme

de dépistage de masse (dépistage opportuniste). Par exemple, en 2021, 44 % de mammographies supplémentaires ont été effectués en dehors du dépistage de masse à Bruxelles et 45 % en Wallonie. En Flandre, seuls 20 % de mammographies supplémentaires ont été réalisées en dehors du programme.

Les invitations au dépistage du cancer du sein en Belgique sont envoyées tous les deux ans, accompagnées d'informations explicatives, mais pas de rappels de suivi. En Flandre, les invitations comprennent un rendez-vous dans une unité de mammographie agréée. Selon la Fondation Registre

du Cancer, en 2022, le taux de participation – tant dans le cadre des programmes de dépistage de masse qu'en dehors- variait d'une région à l'autre : 64 % des femmes éligibles ont effectué un dépistage en Flandre, contre 46 % en Wallonie et 43 % à Bruxelles.

Les femmes belges ayant un niveau d'étude élevé sont davantage susceptibles de participer au dépistage du cancer du sein. Selon l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe, huitième vague (2021-2022), 61 % des femmes belges ayant un faible niveau d'étude avaient reçu une mammographie, contre 67 % pour les femmes ayant un niveau d'étude élevé. Cet écart de 6 points de pourcentage est inférieur à l'écart moyen de 9 points de pourcentage observé au niveau de l'UE, ce qui fait de la Belgique le 13e pays de l'UE affichant la plus forte disparité en matière de niveau d'étude en ce qui concerne la participation aux mammographies.

Le système d'autotests de dépistage du cancer colorectal est mis en œuvre à l'échelle nationale, mais les stratégies d'invitation varient d'une région à l'autre

Les taux de participation au dépistage du cancer colorectal ont affiché une tendance générale à la hausse depuis la mise en œuvre de programmes de dépistage de masse en Flandre en 2013. Une transition a ensuite été opérée du dépistage au moyen de tests de recherche de sang occulte dans les selles à base du test de gaïac (gFOBT) à un dépistage basé sur les tests fécaux immunologiques (FIT) (Graphique 12). En 2022, la part de la population éligible ayant participé au dépistage était de 52 %, soit une augmentation de 20 points de pourcentage par rapport à 2014 (32 %). La couverture de la population éligible en 2022 était la plus faible à Bruxelles (32 %) et en Wallonie (33 %), contre 63 % en Flandre. La couverture à Bruxelles et en Wallonie est néanmoins en augmentation.

Les autotests sont déployés à l'échelle nationale, bien que la stratégie d'invitation et les moyens d'obtenir le kit de dépistage varient d'une région à l'autre. À Bruxelles, la population cible reçoit un kit de dépistage par courrier, mais peut également obtenir gratuitement un kit dans n'importe quelle pharmacie de la région. En Wallonie, les invitations au dépistage sont envoyées à la population cible et les citoyens peuvent commander un kit de dépistage en ligne, le demander à leur médecin traitant ou à une pharmacie. En Flandre, la lettre d'invitation, le kit de dépistage et une brochure d'information sont envoyés par courrier postal à la population cible.

Seule la Flandre a mis en œuvre un programme de dépistage massif du cancer du col de l'utérus, mais la mise en œuvre d'un tel programme a commencé en Wallonie

En 2022, la part de la population éligible ayant effectué un dépistage du cancer du col de l'utérus était de 55 %, soit le même taux qu'en 2014 (55 %). Le taux de participation entre les régions est similaire : 52 % à Bruxelles, 53 % en Flandre et 54 % en Wallonie. La transition nationale du test cytologique classique au dépistage du HPV à haut risque en tant que dépistage de première ligne tous les cinq ans pour les femmes âgées de 30 à 64 ans a été approuvé par le Conseil Belge des Ministres en 2024. Sciensano et les entités fédérées sont en train de finaliser une feuille de route sur le HPV, décrivant tous les aspects pratiques liés au dépistage du HPV, tels que la répartition des tâches entre le gouvernement fédéral et les entités fédérées. Un projet pilote d'autotests pour certains groupes de population vulnérables est en cours en Flandre et en discussion en Wallonie. Une analyse de l'implication des médecins généralistes et des pharmaciens est en cours (encadré 5).

Encadré 5. L'offre d'autotests de dépistage du cancer du col de l'utérus aux femmes participant peu aux programmes de dépistage, avec le concours des médecins traitants et des pharmaciens, est à l'étude en Belgique.

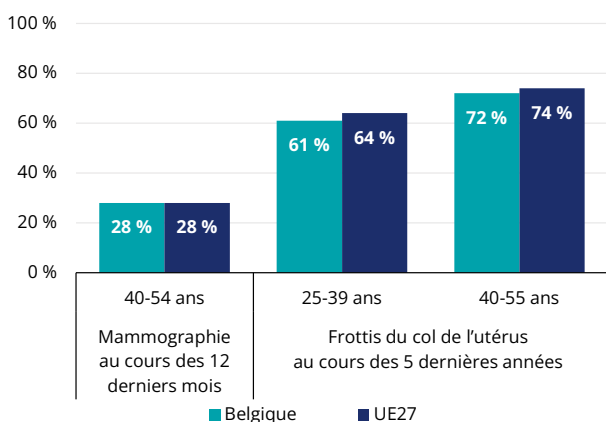
Les médecins traitants et les pharmaciens participent déjà à la fourniture de tests pour le dépistage du cancer colorectal à Bruxelles et en Wallonie. Des données sur la faisabilité et l'efficacité d'une implication des médecins traitants et des pharmaciens dans le dépistage du cancer du col de l'utérus sont actuellement examinées au niveau national. En particulier, des données sur l'implication des médecins généralistes dans le déploiement d'autotests de dépistage du cancer du col de l'utérus sont actuellement collectées. L'étude ESSAG, menée de 2021 à 2025 sous la coordination de l'Université de Gand, évalue l'effet des interventions effectuées par le médecin généraliste sur la couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus en Flandre, y compris les autotests de détection du HPV. Cette étude cible spécifiquement les femmes qui n'ont pas subi de dépistage depuis six ans. Le groupe de contrôle reçoit l'invitation standard du CvKO (invitation à un test cytologique effectué par leur médecin traitant ou gynécologue), un autre groupe de femmes reçoit l'autotest, accompagné d'informations faciles à comprendre, envoyé à leur domicile par leur médecin traitant tandis qu'un troisième groupe est recruté lorsque des femmes éligibles consultent leur médecin traitant pour une quelconque raison, et le médecin leur fournit alors le kit d'autotest. Les conclusions de cette étude serviront à orienter les décisions politiques prises par les entités fédérées.

Chez les personnes LGBTIQ, la participation au dépistage du cancer du sein est similaire à la moyenne de l'UE, tandis que les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus sont inférieurs

Selon la troisième enquête de l'UE sur les personnes LGBTIQ, la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les personnes LGBTIQ en Belgique est plus faible que dans d'autres pays de l'UE (Graphique 13). En 2023, 61 % des femmes cisgenres LGBTIQ, des femmes transgenres et des personnes intersexuées âgées de 25 à 39 ans en Belgique ont indiqué avoir eu un frottis au cours des cinq années précédentes, soit un taux inférieur à la moyenne de l'UE (64 %). Chez celles âgées de 40 à 55 ans, 72 % ont indiqué avoir eu un frottis, contre 74 % au niveau de l'UE. En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, 28 % des personnes LGBTIQ belges concernées âgées de 40 à 54 ans ont déclaré avoir passé une mammographie au cours des 12 mois précédents, ce qui correspond à la moyenne de l'UE.

Graphique 13. Les personnes LGBTIQ en Belgique participent moins au dépistage du cancer du col de l'utérus que leurs homologues dans l'UE

Proportion de personnes LGBTIQ ayant fait l'objet d'un dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus (%)



Remarque : Les résultats de l'enquête sur les personnes LGBTIQ se réfèrent à des groupes d'âge et/ou des intervalles de dépistage qui ne correspondent pas à l'approche de dépistage de la population utilisée dans les pays de l'UE et ne devraient pas être comparés.

Source : Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (troisième enquête de l'UE sur les personnes LGBTIQ).

La possibilité d'un programme de dépistage pour les groupes présentant un risque plus élevé de cancer du poumon est en cours de discussion en Belgique

La Belgique a participé à l'étude NELSON, une étude pivot sur le dépistage du cancer du poumon (de Koning et al., 2020). Il s'agissait du plus vaste

essai contrôlé randomisé européen (effectué en Belgique et aux Pays-Bas), qui a mis en évidence une réduction de la mortalité chez les personnes présentant un risque plus élevé de cancer du poumon ayant subi un dépistage par tomographie assistée par ordinateur à faible dose (LDCT). Un rapport publié en 2024 par le KCE (Desimpel et al., 2024) a montré que le dépistage par tomographie assistée par ordinateur à faible dose pouvait présenter un rapport coût-efficacité intéressant en Belgique, en supposant un seuil de disposition à payer chiffré entre 20 000 EUR et 30 000 EUR par année de vie gagnée ajustée sur la qualité de vie. Néanmoins, il convient d'étudier avec prudence les compromis à réaliser entre les bénéfices cliniques et les dommages potentiels, ainsi que la capacité du système de santé.

La Belgique participe actuellement au projet « Strengthening the Screening of Lung Cancer in Europe » (renforcer le dépistage du cancer du poumon en Europe) (SOLACE) du programme « L'UE pour la santé », qui vise à soutenir et optimiser la mise en œuvre de programmes de dépistage du cancer du poumon dans toute l'Europe. Des activités pilotes en vue d'un dépistage du cancer du poumon fondé sur les risques ont également été menées dans la région d'Anvers.

Toutes les régions belges organisent des initiatives visant à sensibiliser davantage la population au dépistage du cancer

Plusieurs politiques ont été mises en œuvre afin de sensibiliser le public au dépistage du cancer. En Flandre, l'organisation chargée du dépistage gère un site web spécifique, disponible en neuf langues en plus du français et du néerlandais. Le gouvernement flamand, en collaboration avec le CvKO, organise des campagnes annuelles visant à promouvoir le dépistage du cancer du sein. En Wallonie, les campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer du col de l'utérus comprennent des annonces radiophoniques et télévisées, et un site web consacré au dépistage du cancer du col de l'utérus est disponible.

La Belgique participe à plusieurs projets de l'UE visant à éclairer les stratégies de dépistage fondées sur les risques. L'un de ces projets est l'action commune sur la prévention des maladies non transmissibles (Joint Action « Prevent Non-Communicable Diseases »), dans le cadre de laquelle des projets pilotes ont été élaborés afin d'évaluer la mise en œuvre d'une stratification personnalisée des risques pour le dépistage du cancer, en utilisant des données propres à la personne concernée, y compris des données génétiques et comportementales.

5. Performance des soins oncologiques

5.1 Accessibilité

L'assurance maladie obligatoire couvre la quasi-totalité de la population, mais les Belges effectuent beaucoup de paiements directs

En Belgique, les soins orientés vers les maladies relèvent de la compétence fédérale, tandis que la prévention, le dépistage et l'organisation des soins de santé relèvent des gouvernements régionaux.

Le système national d'assurance maladie obligatoire, géré par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), finance les soins de santé en allouant un budget prévisionnel aux caisses de maladie. Les résidents belges doivent s'affilier à une caisse de maladie de leur choix. La couverture de l'assurance maladie est presque universelle (99 % en 2022) et n'est pas sélective en fonction des risques pour la santé. Toutefois, certaines populations plus exposées au risque de vulnérabilité sociale, telles que les migrants en situation irrégulière ou les personnes sans adresse fixe, ne sont pas couvertes par le système national d'assurance maladie.

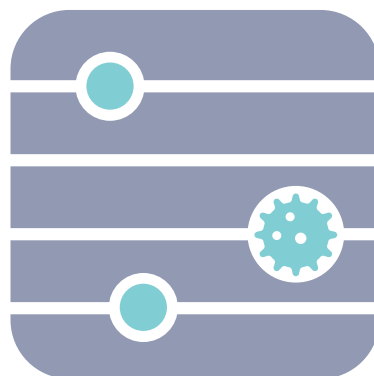
En 2022, les dépenses de santé en Belgique représentaient 11 % du PIB. En 2022, les dépenses publiques et l'assurance maladie couvraient 74 % des dépenses de santé en Belgique. Les coûts supportés directement par les utilisateurs de services de santé au moyen de paiements directs ont augmenté de 30 % entre 2011 et 2021. En 2022, la part des paiements directs dans les dépenses globales de santé était de 20 %, soit un pourcentage supérieur à la moyenne de l'UE (15 %). Les paiements directs peuvent être partiellement remboursés par une assurance privée.

Depuis octobre 2023, les soins de santé primaires sont gratuits pour les personnes âgées de moins de 24 ans, parfois dans le cadre d'un parcours de soins multidisciplinaire. Un nouveau modèle d'organisation et de financement, le « New Deal », a commencé à être expérimenté dans 48 cabinets de médecine généraliste en avril 2024. Le but est d'équilibrer le financement du travail clinique des médecins généralistes et de renforcer la collaboration interdisciplinaire, la continuité des soins, la prévention et l'autonomisation des patients, tout en réduisant la charge administrative.

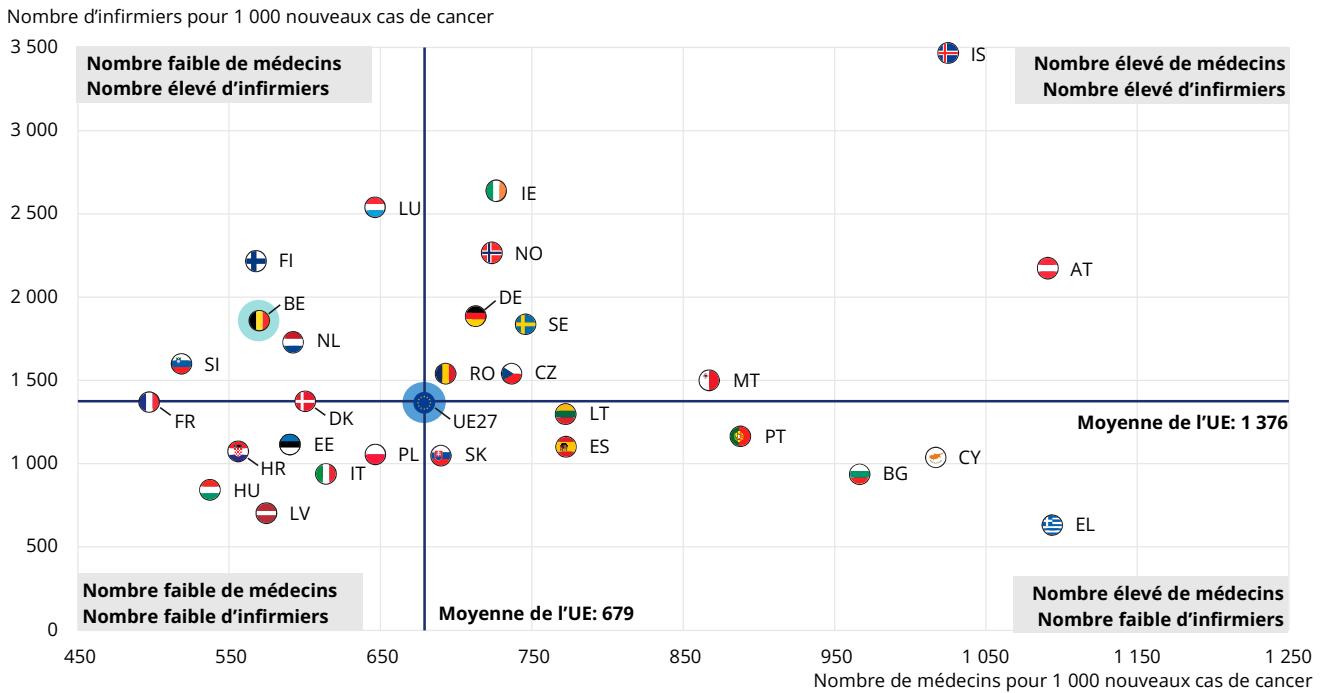
En 2003, la loi belge a établi des programmes de soins en oncologie assortis de normes réglementaires spécifiques, que chaque hôpital doit respecter. Ces programmes sont classés dans les catégories «soins de base en oncologie» (traitements et suivis moins complexes) et «soins d'oncologie» (options diagnostiques et thérapeutiques plus avancées). En 2020, la Belgique comptait 62 programmes de soins de base en oncologie et 84 programmes de soins d'oncologie.

La Belgique compte moins de médecins et plus d'infirmiers pour 1 000 nouveaux cas de cancer que la moyenne de l'UE

La densité des médecins en Belgique (571 pour 1 000 nouveaux cas de cancer) est inférieure à la moyenne de l'UE (679 pour 1 000), tandis que la densité des infirmiers (1 859 pour 1 000 nouveaux cas de cancer) est supérieure à la moyenne de l'UE (1 376 pour 1 000) (Graphique 14). En décembre 2023, la Belgique comptait 371 oncologues (220 femmes et 151 hommes) et 3 395 infirmiers spécialistes du cancer (2 030 femmes et 365 hommes). Ces derniers sont principalement situés en Flandre (densité de 0,33 infirmier spécialiste du cancer pour 1 000 habitants), puis en Wallonie (0,26 pour 1 000 habitants) et à Bruxelles (0,15 pour 1 000 habitants) (Santé publique, 2023a).



Graphique 14. La Belgique affiche une offre de médecins inférieure à la moyenne et une offre d'infirmiers supérieure à la moyenne de l'UE pour 1 000 nouveaux cas de cancer



Remarques : Les données relatives aux infirmiers incluent toutes les catégories d'infirmiers (pas seulement celles qui répondent à la directive de l'UE sur la reconnaissance des qualifications professionnelles). Les données se réfèrent aux infirmiers en exercice, sauf au Portugal et en République slovaque, où elles se rapportent aux infirmiers professionnellement actifs. En Grèce, le nombre d'infirmiers est sous-estimé, car il ne comprend que ceux qui travaillent en environnement hospitalier. Au Portugal et en Grèce, les données concernent tous les médecins autorisés à exercer, ce qui conduit à une surestimation importante du nombre de médecins en activité. La moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2024. Les données se rapportent à 2022 ou à la dernière année disponible.

La densité de médecins en exercice a augmenté de près d'un quart ces 10 dernières années, passant de 2,9 pour 1 000 habitants en 2010 à 3,6 pour 1 000 habitants en 2022. En outre, le nombre d'infirmiers en exercice a augmenté de près de 20 %, passant de 9,6 pour 1 000 habitants en 2010 à 11,6 pour 1 000 habitants en 2021. En ce qui concerne la densité de médecins en exercice en équivalents temps plein (ETP), les trois régions affichent des résultats similaires, avec 2,2 ETP pour 1 000 habitants en Flandre et en Wallonie et 2,1 pour 1 000 à Bruxelles (Gerken et al., 2024). Le nombre d'infirmiers en exercice est plus élevé en Flandre (9,7 ETP pour 1 000 habitants) qu'à Bruxelles (9,4 pour 1 000) et en Wallonie (8,9 pour 1 000).

L'attribution de nouveaux rôles aux infirmiers, le partage des tâches et des incitations financières sont proposés pour pallier les pénuries de personnel de santé

La Belgique réorganise en ce moment les rôles et les tâches des infirmiers afin de réduire leur charge administrative et de leur donner plus d'autonomie. En mars 2024, le Conseil des ministres a approuvé un projet de décret définissant la formation, les rôles et les conditions préalables à remplir pour

les infirmiers de pratiques avancées et fournissant des précisions sur le métier d'infirmier spécialisé en oncologie. Ces travaux s'inscrivent dans le cadre de discussions plus larges sur des modèles de soins innovants, tels que les soins dispensés par les infirmiers, et de la reconnaissance prévue de nouveaux rôles tels que celui d'infirmier de recherche clinique.

Des politiques ont récemment été mises en œuvre afin de soutenir les effectifs, notamment des incitations financières à la formation et des améliorations des conditions de travail. Depuis la mi-2021, une convention collective a introduit un nouveau modèle de rémunération indemnisant le personnel de santé en fonction de ses tâches. Ce modèle représente une augmentation de 6 % des salaires pour les secteurs fédéraux privés de soins de santé concernés, soit un montant total de plus de 450 millions d'EUR pour 2022, bénéficiant particulièrement aux infirmiers en début de carrière et aux infirmiers spécialisés. En outre, de nouvelles tâches ont été envisagées, par exemple en donnant aux pharmaciens la possibilité de revoir le traitement des personnes en polypharmacie. En 2022, 100 millions d'EUR ont été investis dans l'amélioration des conditions de travail, par exemple en augmentant les primes de fin d'année.

La Belgique participe à l'action commune de l'UE visant à renforcer la santé en ligne pour la prévention et le traitement du cancer (« Strengthening eHealth for Cancer Prevention and Care » ou « eCAN »), qui couvre la télémédecine et la télésurveillance. Ce projet de deux ans, coordonné par Sciensano, explore l'impact de la téléconsultation et télésurveillance dans différentes populations de patients atteints de cancer. Les résultats devraient contribuer à élaborer des recommandations pour l'intégration de la télémédecine et de la télésurveillance dans le système de soins de santé. L'action commune qui prendra le relais, dont le lancement est prévu en 2025, sera axée sur le renforcement des capacités numériques des centres de lutte contre le cancer en ce qui concerne la télémédecine et l'échange de données de santé. Elle vise également à éclairer l'élaboration d'un cadre de remboursement des consultations médicales à distance.

L'accès aux examens d'imagerie et à la radiothérapie sans ticket modérateur varie considérablement d'une région à l'autre

En décembre 2023, la Belgique comptait 274 médecins spécialistes autorisés à pratiquer

la radiothérapie oncologique (159 femmes et 115 hommes). Les décisions relatives à l'acquisition et à l'utilisation d'équipements médicaux nécessitant des investissements importants – tels que les appareils de tomographie informatique (CT)/tomographie par émission de positons (PET) intégrée et les unités d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et accélérateur linéaire (LINAC) – sont centralisées et limitées aux sites hospitaliers.

En Belgique, le nombre d'équipements de radiothérapie a augmenté de 20 % entre 2010 (15 pour 1 000 000 habitants) et 2017 (18 pour 1 000 000). Selon les données de l'Agence internationale de l'énergie atomique pour 2024, la plupart des équipements sont relativement neufs, 26 % étant âgés de 5 à 10 ans et 24 % étant âgés de 10 à 15 ans. Entre 2012 et 2023, le nombre de tomodensitomètres (scanners) a augmenté de 70 % pour atteindre 26 pour 1 000 000 habitants (ce qui est similaire à la moyenne de l'UE), et le nombre d'unités d'IRM a augmenté de 9 % pour atteindre 11,6 pour 1 000 000 habitants (soit un chiffre inférieur à la moyenne de l'UE, qui est de 18 pour 1 000 000) (Tableau 1).

Tableau 1. Les disparités en termes d'équipements et de suppléments d'honoraires pour les examens d'imagerie risquent d'aggraver les inégalités en Belgique

Nombre de tomodensitomètres		Nombre d'unités d'IRM	
2012	2023	2012	2023
Belgique			
15,1 pour 1 000 000 habitants	26,1 pour 1 000 000 habitants	10,7 pour 1 000 000 habitants	11,6 pour 1 000 000 habitants
Moyennes de l'UE			
21,4 pour 1 000 000 habitants	26,5 pour 1 000 000 habitants	12,4 pour 1 000 000 habitants	18,4 pour 1 000 000 habitants
Pourcentage de radiologues entièrement conventionnés par région			
Bruxelles	Flandre	Wallonie	
62 % pour les IRM 61 % pour les tomodensitogrammes	30 % pour les IRM 31 % pour les tomodensitogrammes	88 % pour les IRM 89 % pour les tomodensitogrammes	

Remarques : Les données relatives à la disponibilité des technologies médicales se rapportent aux années 2012 et 2023 (ou aux années les plus proches). La moyenne de l'UE est non pondérée (calculée par l'OCDE).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2024, et De Wolf et Landtmeters (2023a).

En 2021, 44 % des tomodensitogrammes et 21 % des IRM effectués dans les hôpitaux belges ont impliqué des suppléments d'honoraires, facturés

par des radiologues qui ne sont pas entièrement conventionnés¹¹ (De Wolf et Landtmeters, 2023a).

¹¹ En Belgique, les praticiens ont le choix soit d'adhérer aux accords de tarifs négociés entre leurs représentants et les caisses de maladie, soit d'imposer des suppléments d'honoraires en plus des tarifs officiels. Les praticiens conventionnés acceptent de suivre ces accords de tarifs négociés et de s'abstenir de facturer des suppléments.

Le pourcentage de radiologues entièrement conventionnés est plus élevé en Wallonie que dans les deux autres régions (Tableau 1). Près de 5 % des personnes atteintes d'un cancer en Belgique qui ont subi une radiothérapie en 2021 se sont vu facturer des frais supplémentaires, principalement à Bruxelles (95 %) et, dans une moindre mesure, en Flandre (4 %) (De Wolf et Landtmeters, 2023b). En novembre 2023, le ministre des affaires sociales et de la santé publique a approuvé un règlement imposant à tous les hôpitaux de proposer des tomodensitogrammes et des IRM aux tarifs conventionnés.

La Belgique obtient de bons résultats en ce qui concerne l'accès aux nouveaux médicaments anticancéreux avec des systèmes publics de remboursement ou de couverture

Les décisions de remboursement de l'accès précoce aux médicaments innovants sont de plus en plus souvent adoptées sur la base d'approches fondées sur la population et sur des patients individuels, avant et après l'autorisation de mise sur le marché, financées par les pouvoirs publics ou par des assureurs. Actuellement, moins de 10 % des patients admissibles sur le plan clinique bénéficient de dispositifs d'accès précoce à un médicament ou à une indication donnée.

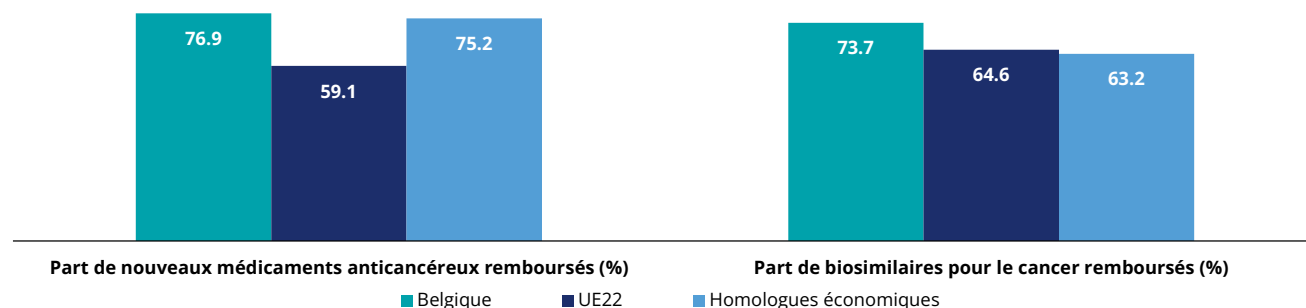
En ce qui concerne les médicaments contre le cancer du sein et du poumon présentant un bénéfice clinique élevé, 77 % font l'objet d'un remboursement par les pouvoirs publics en Belgique, ce qui est supérieur aux moyennes relevées dans l'ensemble de l'UE (60 %) et parmi les homologues économiques du pays (75 %) (Graphique 15). La Belgique se classe troisième sur l'ensemble de l'UE en ce qui concerne le délai

moyen le plus court entre l'autorisation de mise sur le marché et la demande de couverture, qui est généralement de 15 jours après l'autorisation de l'Agence européenne des médicaments (EMA). Les décisions de remboursement des médicaments ou indications anticancéreux ne limitent pas les populations de patients éligibles définies par l'EMA. En outre, à partir de 2024, la nouvelle convention rembourse les médicaments prescrits hors AMM pour un cancer pédiatrique.

Les biosimilaires réduisent considérablement les coûts de traitement en offrant des solutions de remplacement plus abordables que les médicaments biologiques originaux. Le taux de biosimilaires pour médicaments anticancéreux bénéficiant d'un remboursement des pouvoirs publics en Belgique est de 74 %, soit un chiffre supérieur à la moyenne de l'UE (65 %) et à celle des homologues économiques de la Belgique (63 %).

À mesure que les thérapies personnalisées contre le cancer se développent, les tests par biomarqueurs sont de plus en plus utiles pour déterminer des traitements optimaux à administrer aux personnes atteintes d'un cancer. Afin de garantir l'accès à ces soins en temps utile sans charge financière supplémentaire, la Belgique a introduit une procédure de double remboursement en 2019. Cela garantit que les patients soient remboursés à la fois des tests par biomarqueurs et des traitements sélectionnés. La feuille de route de la Belgique pour l'introduction d'outils moléculaires innovants (NGS) dans les normes de soins, la Commission de médecine personnalisée (ComPerMed), et la plateforme Companion Diagnostics sont d'autres initiatives qui contribuent à favoriser l'accès aux médicaments anticancéreux innovants.

Graphique 15. En Belgique, la part des médicaments oncologiques bénéficiant d'un remboursement des pouvoirs publics est supérieure aux moyennes de l'ensemble de l'UE et des homologues économiques du pays



Remarques : L'analyse comprend un échantillon de 13 indications de 10 nouveaux médicaments anticancéreux pour le cancer du sein et du poumon présentant un bénéfice clinique élevé et de 19 biosimilaires de trois médicaments anticancéreux (le bevacizumab, le rituximab et le trastuzumab), bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché active délivrée par l'Agence européenne des médicaments le 26 mars 2023. Les données représentent la part des indications ou des biosimilaires qui figuraient sur la liste des médicaments remboursés par les pouvoirs publics au 1er avril 2023. Les homologues économiques sont définis comme étant des groupements en terciles effectués sur la base du PIB par habitant de 2022 exprimé en standard de pouvoir d'achat. Les homologues économiques de la BE sont AT, DE, DK, IE, IS, NL, NO et SE. La moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Source : Hofmarcher, Berchet et Dedet (2024), «Access to oncology medicines in EU and OECD countries», Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 170, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

5.2 Qualité






Au cours des 20 dernières années, les taux de survie à cinq ans à la suite d'un diagnostic de cancer se sont améliorés

Les taux de survie relatifs à cinq ans pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon se sont améliorés si l'on compare les patients diagnostiqués en 2004 et ceux diagnostiqués en 2017 (Graphique 16). De plus, selon la Fondation Registre du Cancer, pour les personnes diagnostiquées entre 2015 et 2019, le taux de survie global à cinq ans est plus élevé chez les femmes (72 %) que chez les hommes (64 %). Aucune différence régionale n'est observée en ce qui concerne les taux de survie relatifs pour les

cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate. Toutefois, les taux de survie au cancer colorectal sont plus faibles à Bruxelles (65 %) et en Wallonie (66 %) qu'en Flandre (70 %).

L'amélioration de la couverture du dépistage pourrait avoir une incidence positive sur ces taux, étant donné que Bruxelles et la Wallonie affichent une faible participation au dépistage du cancer colorectal par rapport à la Flandre (voir section 4). En outre, la plupart des cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate en Belgique sont diagnostiqués à un stade précoce (stade I ou II), dont 75 % des femmes atteintes d'un cancer du sein, 58 % des femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus et 64 % des hommes chez qui un cancer de la prostate a été diagnostiqué.

Graphique 16. Les taux de survie à cinq ans du cancer du poumon et du cancer colorectal ont montré des améliorations notables en Belgique

Patients diagnostiqués en					
	Cancer du sein	Cancer de la prostate	Cancer colorectal	Cancer du poumon	Cancer du col de l'utérus
Belgique (2004)	88%	N/A	63%	19%	N/A
Belgique (2017)	92%	98%	72%	29%	69%

Remarques : Les données relatives au cancer du sein, au cancer colorectal et au cancer du poumon se rapportent à la cohorte de personnes diagnostiqués en 2004 et en 2017; celles relatives au cancer du col de l'utérus et de la prostate se rapportent aux personnes diagnostiquées entre 2017 et 2021; n.d. = données non disponibles.

Sources : Fondation Registre du Cancer pour le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer du col de l'utérus et le cancer de la prostate; Ocaik et al. (2021) pour le cancer du poumon.

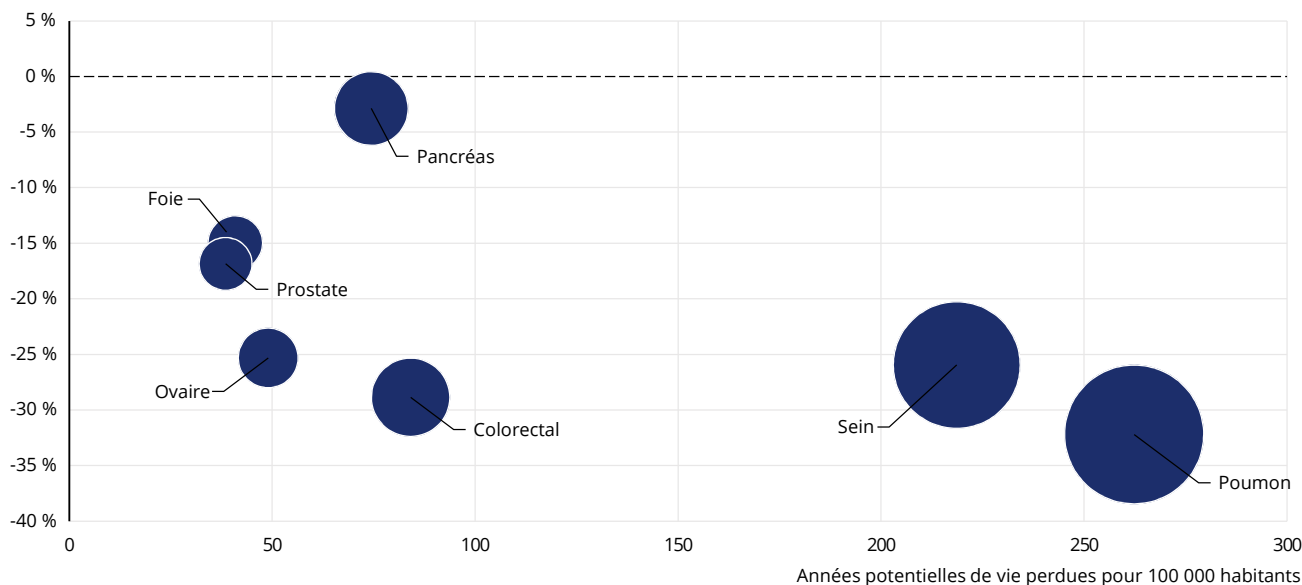
Le nombre d'années potentielles de vie perdues a davantage diminué en Belgique qu'en moyenne dans l'UE

Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) est une mesure qui reflète l'incidence de différents cancers sur la société en accordant plus de poids aux décès par cancer chez les jeunes. Examiner l'évolution des années potentielles de vie perdues au fil du temps pour différents types de cancer peut permettre de repérer des améliorations des systèmes de soins oncologiques sous la forme de réductions de la mortalité prématurée. En Belgique, le nombre global d'années potentielles de vie perdues en raison du cancer pour l'ensemble

des types de cancer en 2020 était de 1 113 pour 100 000 habitants, soit 18 % de moins que la moyenne de l'UE (1 355 pour 100 000) (Graphique 17). Le nombre d'années potentielles de vie perdues a diminué de 24 % depuis 2012, un recul plus important que celui observé dans l'UE. En 2020, les années potentielles de vie perdues en raison du cancer en Belgique étaient principalement dues au cancer du poumon (262 APVP pour 100 000 habitants), bien qu'elles aient diminué de 32 % entre 2012 et 2022. Le cancer du sein est responsable de 219 années potentielles de vie perdues pour 100 000 femmes, mais ce chiffre a diminué de 26 % au cours des 10 dernières années.

Graphique 17. Le cancer du poumon est responsable du plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants

Variation en pourcentage du nombre d'années potentielles de vie perdues, 2012-2022 (ou année disponible la plus proche) (%)



Remarques : Le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison du cancer du sein, du col de l'utérus et de l'ovaire est calculé uniquement chez les femmes, tandis que le nombre d'années potentielles de vie perdues en raison du cancer de la prostate concerne les hommes. Les bulles roses indiquent une augmentation de la variation en pourcentage des années potentielles de vie perdues au cours de la période 2012-2022 (ou dernière année disponible); les bulles bleues indiquent une diminution. La taille des bulles est proportionnelle au nombre d'années potentielles de vie perdues en 2022.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2024.

La Belgique est confrontée à des difficultés pour mettre en œuvre la concentration des soins oncologiques, mais les politiques récemment adoptées sont prometteuses

Depuis 2008, la législation belge reconnaît des centres de référence pour le cancer du sein, sur la base de critères publiés par la Société européenne de mastologie. Ces critères sont liés, entre autres, au volume minimal de patients traités, à l'expertise et à l'expérience du coordinateur médical et des autres médecins ainsi qu'à la présence d'un infirmier coordinateur. Cependant, les hôpitaux qui ne disposent pas de cette reconnaissance pouvaient tout de même traiter les personnes atteintes d'un cancer du sein. À la suite d'un rapport publié en 2023 par le KCE faisant état d'un taux de mortalité plus élevé de 30 % chez les femmes traitées dans des centres non spécialisés, le gouvernement belge a arrêté, en août 2024, de rembourser les traitements pour le cancer du sein administrés en dehors d'une clinique entièrement agréée, excepté pour les traitements de suivi. La mise en œuvre intégrale de cette mesure est prévue pour janvier 2026.

Depuis juillet 2019, la Belgique concentre les interventions chirurgicales complexes relatives aux cancers du pancréas et de l'œsophage dans des centres de référence, avec un remboursement exclusivement effectué par l'INAMI. Des efforts

sont également en cours en vue de centraliser les soins des tumeurs de la tête et du cou. Les modifications législatives se sont focalisées, dernièrement, sur la concentration des traitements du cancer destinés aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes (voir section 6).

Dans le cadre du projet d'infrastructure globale de lutte contre le cancer pour l'Union européenne (CC4EU), financé au titre de la mission de l'UE sur le cancer, la Belgique participe à l'élaboration d'un programme de renforcement des capacités visant à réduire les inégalités en matière d'accès aux soins oncologiques, en aidant les États membres de l'UE et les pays associés à améliorer ou à mettre en place des infrastructures globales contre le cancer. Ce projet s'appuie sur des initiatives déjà achevées ou en cours, telles que l'action conjointe « CraNE », à laquelle la Belgique participe également. La Belgique a en outre participé à l'action conjointe sur les réseaux européens d'expertise (JANE), financée par l'UE, qui s'est achevée en septembre 2024. Une proposition d'action de suivi, JANE-2, a été lancée en octobre 2024 et vise à mettre en place sept nouveaux réseaux d'expertise axés sur le cancer.

La plupart des cas de cancer en Belgique font l'objet de discussions au sein d'équipes multidisciplinaires

La proportion de cas de cancer faisant l'objet de discussions au sein d'équipes multidisciplinaires est passée de 83,4 % en 2012 à 90,4 % en 2021. Les équipes multidisciplinaires, appelées « consultations oncologiques multidisciplinaires », ont été introduites par un arrêté royal adopté en 2002. La loi leur impose un nombre minimal de participants : quatre médecins issus de différentes spécialités, dont un oncologue. Un remboursement est prévu pour deux discussions approfondies avec le patient afin de discuter des conclusions de la consultation, y compris d'expliquer le diagnostic et le plan de traitement. Les rapports de ces équipes multidisciplinaires, ainsi que ceux des laboratoires de pathologie, alimentent la base de données du registre national du cancer (Belgian Cancer Registry).

La Fondation Registre du Cancer et les entités fédérées s'efforcent de fournir des données et de les utiliser plus efficacement dans les cycles d'amélioration de la qualité

La Fondation Registre du Cancer recueille des données épidémiologiques et de qualité au niveau national, y compris des données sur le dépistage, l'incidence, les stades, les biomarqueurs, le traitement et la survie, ainsi que des indicateurs communiqués par les patients et les taux de mortalité au sein de la population. Depuis décembre 2006, les programmes de soins en oncologie et les laboratoires de pathologie sont tenus de participer à ce registre, en utilisant le numéro national de sécurité sociale pour accéder à d'autres bases de données administratives. Malgré la richesse des données collectées par la Fondation Registre du Cancer, les données restent encore très peu ventilées par statut socio-économique ou niveau de privation.

La Fondation Registre du Cancer collabore avec les entités fédérées (Flandre, Wallonie et Bruxelles) et les communautés linguistiques (flamande, française et allemande) afin d'intégrer les données dans les cycles d'amélioration de la qualité et d'harmoniser la collecte de données pour les groupes vulnérables. Cet effort s'appuie sur le projet CanScreen – Système européen d'information sur le cancer (ECIS), désormais terminé, et sur l'actuel projet CanScreen5, visant à concevoir un nouveau système de gestion des données pour les données sur le dépistage du cancer à intégrer dans l'ECIS. En outre, la Fondation Registre du Cancer et le KCE ont entrepris des initiatives d'amélioration de la qualité pour les

cancers du sein, des testicules, de l'œsophage, de l'estomac, du poumon, de la tête et du cou, ainsi que pour les cancers ovariens, en élaborant des lignes directrices cliniques, des indicateurs de performance et des systèmes de retour d'informations des hôpitaux. Une nouvelle action conjointe sur les registres des cancers soutiendra l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité du registre des cancers fondé sur la population.

Le cadre « Belgian Integrated Health Record », qui fait partie du Plan d'action e-Santé 2022-2024 de la Belgique, vise à soutenir les soins intégrés et multidisciplinaires, notamment en mettant l'accent sur l'interopérabilité des données, la standardisation et l'implication des patients. En décembre 2022, tous les hôpitaux généraux de Belgique avaient mis en place des identifiants uniques des patients, des listes d'allergies et des prescriptions électroniques, avec l'aide d'incitations financières. En mars 2023, l'Agence belge des données de santé a été créée afin d'améliorer la disponibilité des données de santé et de garantir des échanges de données sécurisés, en soutenant les soins, l'élaboration des politiques, la recherche et l'innovation fondés sur les données.

Plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité sont en cours, mais le développement est inégal d'une région à l'autre et d'un type de cancer à l'autre

Le programme de paiement à la performance, lancé en 2018 pour les hôpitaux généraux, comprend des indicateurs cliniques et pathologiques sur les tumeurs cancéreuses, y compris des données sur la mortalité. Les hôpitaux reçoivent une récompense financière lorsqu'ils obtiennent l'accréditation ISQua (« International Society for Quality in Health Care »), ainsi que lorsqu'ils mettent en œuvre des systèmes de gestion de la sécurité des patients. Dans un premier temps, les taux d'accréditation ISQua ont augmenté à mesure que des hôpitaux choisissaient de participer à ce processus, 65 % des hôpitaux belges ayant été accrédités en 2020. Ce chiffre est tombé à 46 % en 2022, à la suite de la décision de certains hôpitaux de mettre fin à leur participation au processus d'accréditation. Depuis 2018, 94 % des hôpitaux participant au programme (soit 96 hôpitaux belges sur 102) ont recueilli des évaluations de l'expérience des patients auprès de ces derniers, donc certaines étaient axées sur le cancer.

L'Institut flamand pour la qualité des soins (Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg), créé en 2017, mesure et met à la disposition du public des indicateurs en rapport avec le cancer. En 2023, des indicateurs de qualité pour le cancer du sein ont été

communiqués pour tous les hôpitaux flamands, ce qui a permis d'effectuer une comparaison publique et de mettre en évidence certaines variations de leurs bonnes performances globales.

5.3 Coûts

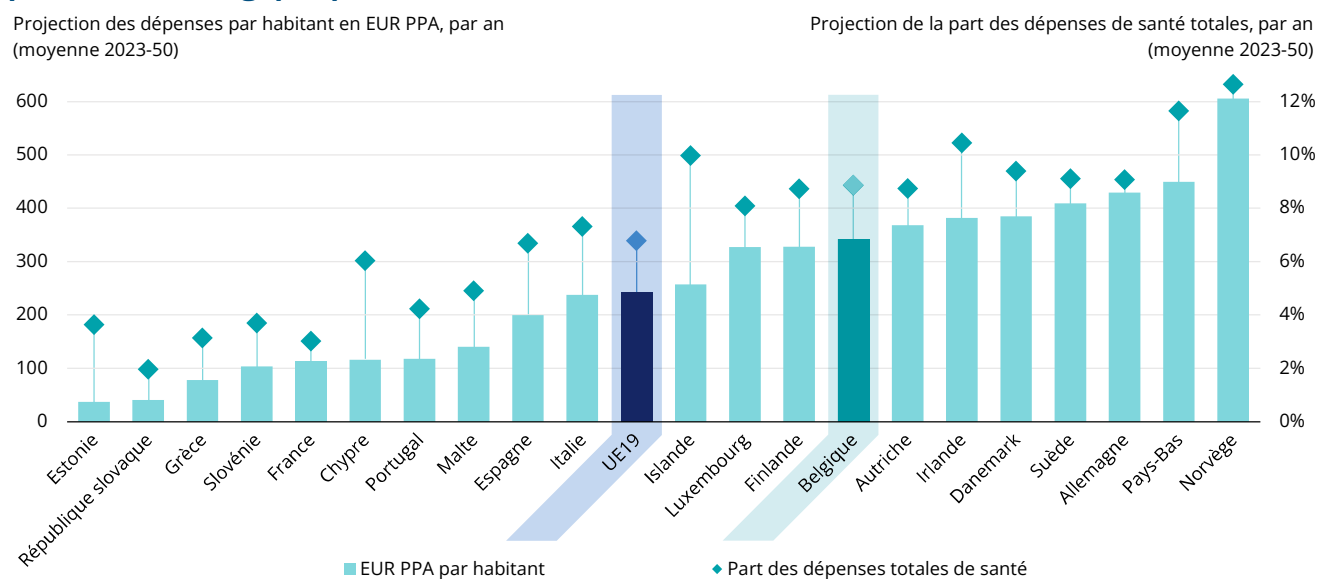
Selon les estimations, la charge que représente le cancer pour les dépenses de santé sera plus élevée en Belgique que dans l'UE

Selon les travaux du modèle de SPHeP de l'OCDE, les dépenses totales de santé devraient augmenter de 9 % en Belgique entre 2023 et 2050, en raison de la charge du cancer. Cela équivaut à une moyenne de 342 EUR (en PPA) par personne et par an

(Graphique 18), un chiffre nettement supérieur à la moyenne de l'UE-19 (242 EUR). Dans l'ensemble, les dépenses de santé par habitant consacrées aux soins oncologiques devraient augmenter de 53 % en Belgique entre 2023 et 2050, contre 59 % au niveau de l'UE-27.

En ce qui concerne les autres coûts, entre 2023 et 2050, le cancer devrait entraîner une perte de 143 ETP pour 100 000 personnes en Belgique, en raison de la nécessité pour les personnes atteintes d'un cancer de réduire leur temps de travail, un chiffre inférieur à la moyenne de l'UE (178 pour 100 000). On s'attend également à une perte de 77 ETP pour 100 000 personnes, en raison de l'absentéisme et du présentéisme¹².

Graphique 18. La charge représentée par le cancer pour les dépenses totales de santé devrait être plus élevée en Belgique que dans l'UE entre 2023 et 2050



Remarque : La moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Source : OCDE (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Les dépenses des hôpitaux en agents antinéoplasiques remboursables augmentent de 15 à 20 % chaque année depuis 2017

Selon le rapport MORSE (Monitoring Of Reimbursement Significant Expenses) de l'INAMI (RIZIV-INAMI, 2021), les dépenses annuelles en produits pharmaceutiques remboursables ont augmenté de 7 % en 2021 par rapport à l'année précédente. Cette augmentation incluait notamment une hausse de 4 % des dépenses dans les pharmacies publiques et de près de 10 % de celles dans les hôpitaux. Plus particulièrement, les dépenses dans les hôpitaux, ventilées selon le système de classification anatomique, thérapeutique et chimique, indiquent une

augmentation importante dans la catégorie L01X (agents antinéoplasiques), à des taux annuels compris entre 15 % et 20 % depuis 2017. En 2021, cette catégorie a poursuivi sa tendance à la hausse, avec une augmentation de 16 % par rapport à 2020.

Diverses stratégies ont été mises en place pour faire face à la hausse des prix des médicaments anticancéreux, notamment les contrats d'accès au marché

En raison du coût élevé des nouveaux médicaments et du nombre croissant de personnes atteintes d'un cancer et de traitements, l'incidence des nouveaux médicaments anticancéreux sur le budget a pris de plus en plus d'importance pour les décisions

¹² Le présentéisme désigne la perte de productivité qui se produit lorsqu'un travailleur n'est pas pleinement opérationnel sur son lieu de travail en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'un autre problème de santé.

de couverture et de remboursement adoptées en Belgique au cours des cinq dernières années. Afin de remédier aux incertitudes en matière de couverture et de tarification, la Belgique utilise des stratégies telles que les contrats d'accès au marché (« managed entry agreements », ou « MEA ») fondés sur les performances et la situation financière, ainsi que des études de postcommercialisation. Selon le KCE (Neyt et al., 2021), les MEA sont de plus en plus courants en Belgique et 58 % de ceux conclus entre l'INAMI et les compagnies pharmaceutiques concernent des médicaments anticancéreux. Toutefois, le même rapport du KCE met en garde contre le risque que le recours généralisé à des MEA encourage les compagnies pharmaceutiques à introduire des demandes de remboursement sans disposer de données suffisantes sur les bénéfices pour les patients, ce qui pourrait limiter leur incitation à produire des données probantes supplémentaires pendant le contrat temporaire.

La Belgique soutient l'initiative BeNeLuxA et l'International Horizon Scanning Initiative

L'initiative BeNeLuxA, lancée en 2015 par les ministres de la santé belge et néerlandais, a été étendue avec l'adhésion du Luxembourg en 2015, de l'Autriche en 2016 et de l'Irlande en 2018. Ces pays collaborent sur des projets pilotes sur l'évaluation des technologies de la santé, la fixation des prix et le remboursement, le partage d'informations et l'échange de politiques et l'analyse prospective. Cette dernière vise à recenser les innovations ayant une incidence élevée sur les systèmes de santé et à améliorer les processus décisionnels nationaux en matière de prix et de remboursement. La Belgique participe en outre à l'International Horizon Scanning Initiative, introduite en 2017.

Cette initiative regroupe neuf pays européens qui mettent en commun leurs ressources afin de recueillir des données complètes sur les futurs produits pharmaceutiques et sert d'outil afin de donner la priorité à l'identification et à l'évaluation de médicaments innovants, y compris pour le cancer.

5.4 Bien-être et qualité de vie

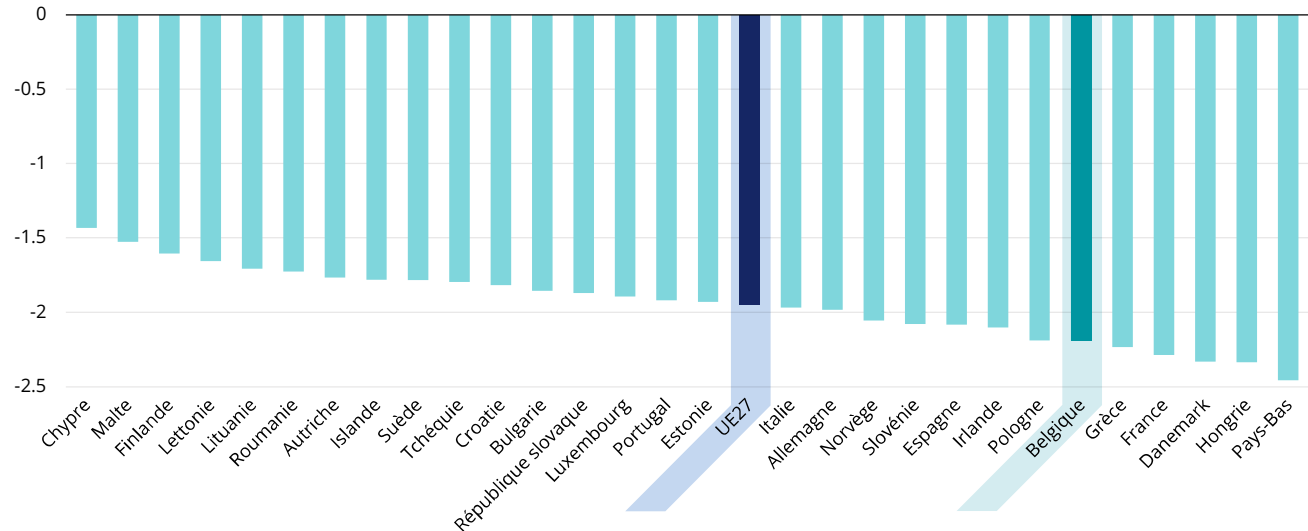
Le cancer affecte considérablement l'espérance de vie de la population belge, tout en générant des taux de dépression élevés

Étant donné que l'incidence du cancer devrait continuer à croître (voir section 2), son incidence sur la santé publique deviendra de plus en plus conséquente. Selon les travaux du modèle de SPHeP de l'OCDE, le cancer devrait réduire l'espérance de vie de la population belge de 2,2 ans en moyenne entre 2023 et 2050 par rapport à un scénario sans cancer, un chiffre qui dépasse la moyenne de l'UE qui s'élève à près de deux ans (Graphique 19). Pour contextualiser, la Belgique a mis de 2010 à 2019 pour augmenter son espérance de vie de 2 ans. (de 80,3 à 82,1 ans).

En outre, le cancer pèse lourdement sur la santé mentale de la population, en raison des symptômes qui y sont associés et des effets secondaires des traitements ainsi que des répercussions de la maladie sur la vie quotidienne, les rôles joués dans la société et le travail. Selon le modèle SPHeP de l'OCDE, le cancer devrait entraîner une forte hausse des taux de dépression en Belgique, à raison d'un nombre supplémentaire, standardisé en fonction de l'âge, de 13 cas pour 100 000 habitants chaque année, un chiffre légèrement inférieur à la moyenne de l'UE (17 pour 100 000).

Graphique 19. La Belgique se classe en sixième position parmi les pays de l'UE en ce qui concerne l'impact du cancer sur l'espérance de vie

Projection de la réduction de l'espérance de vie en années en raison du cancer (moyenne 2023-2050)



Remarque : La moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Source : OCDE (2024), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Les progrès réalisés dans les soins à domicile et l'amélioration de l'accès aux technologies et aux traitements devraient améliorer la qualité de vie et atténuer les effets secondaires de la chimiothérapie

En Belgique, depuis juillet 2023, certains antibiotiques et médicaments oncologiques peuvent être administrés à domicile dans certaines conditions spécifiques : cela est notamment réservé à une gamme limitée de chimiothérapies, de thérapies ciblées et de médicaments immunothérapeutiques. Une évaluation est actuellement en cours afin de déterminer le processus et les coûts de cette mesure, qui devrait améliorer le confort des personnes atteintes d'un cancer.

L'utilisation de la technologie du profilage d'expression génétique (GEP) a été élargie de manière à permettre d'éviter, dans certains cas, l'administration d'un traitement par chimiothérapie, par exemple pour certains types de cancer du sein, tout en conservant des résultats favorables et en réduisant les effets secondaires. Depuis janvier 2023, un nouvel accord a été conclu entre l'INAMI et les cliniques du sein agréées en vue du remboursement des tests GEP pour certains groupes spécifiques de femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein au stade précoce. Les tests GEP devraient permettre de faire passer en dessous de 1 000 le nombre annuel de femmes atteintes d'un cancer du sein qui nécessitent une chimiothérapie.

Par ailleurs, en 2023, de nouveaux remboursements ont été introduits pour les traitements visant à

réduire les effets secondaires de la chimiothérapie. Il s'agit notamment de procédures destinées à refroidir les extrémités pendant la chimiothérapie à base de taxane et à refroidir le cuir chevelu afin d'éviter ou de réduire au minimum la chute des cheveux. À partir de juillet 2024, le remboursement concerne également les accessoires destinés à couvrir la tête et les soins dentaires, dans certains cas spécifiques.

Le projet BeONCOsup, lancé en 2023 avec le soutien du gouvernement fédéral belge, vise à mieux faire connaître les soins de support proposés aux personnes atteintes d'un cancer ou ayant des antécédents de cancer et à en améliorer l'accès. Dans le cadre de ce projet, le Centre du cancer de Sciensano met actuellement au point un outil web innovant destiné à répertorier les prestataires de soins de support proposés aux personnes atteintes d'un cancer en Belgique, en ciblant particulièrement les personnes ayant un faible niveau de littératie en santé. La Belgique a également mis en œuvre diverses politiques proposant des congés rémunérés et non rémunérés pour soutenir les aidants de patients atteints d'une maladie terminale ou non terminale, y compris des congés d'urgence pour les parents proches ou les cohabitants.

La planification anticipée des soins vise à faciliter un accès en temps utile à des soins palliatifs de qualité

Depuis 2002, la loi fédérale belge garantit l'accès à des soins multidisciplinaires dans le cadre du droit général aux soins de santé. Depuis 2012,

les autorités belges surveillent des indicateurs clés relatifs à la qualité des soins autour de la fin de vie administrés aux personnes atteintes d'un cancer. Il s'agit notamment de surveiller le taux de personnes atteintes d'un cancer en phase terminale qui reçoivent des soins palliatifs, qui est passé de 53 % en 2015 à 57 % en 2020, avec des variations régionales. Les indicateurs mesurent également la rapidité du début des soins palliatifs, l'agressivité des traitements en fin de vie, tels que la chimiothérapie, et le pourcentage de personnes qui décèdent dans leur lieu de résidence habituel, qui est passé de 23 % en 2008 à près de 29 % en 2020.

En mai 2022, dans le cadre d'une modification de la loi relative à l'assurance maladie obligatoire, des statuts palliatifs ont été définis afin d'assurer des soins palliatifs progressifs. Depuis novembre 2022, la planification entièrement remboursée des soins avancés par le médecin généraliste permet aux patients de discuter gratuitement de plans de soins palliatifs. Cette initiative vise à améliorer l'accès en temps utile aux soins palliatifs, en repérant plus rapidement les patients qui ont besoin de ces soins spécialisés.

Divers projets sont en cours dans les hôpitaux belges afin d'améliorer la survie et de faciliter le retour au travail à la suite d'un diagnostic de cancer

En 2019, le Parlement belge a adopté la loi sur le « droit à l'oubli » afin d'améliorer la qualité de vie et la réinsertion sociale des personnes ayant des antécédents de cancer en réglementant les augmentations des primes d'assurance. En 2022, cette loi a été étendue aux personnes déclarées guéries du cancer depuis huit ans, pour les adultes, ou depuis cinq ans si la personne est âgée de moins de 21 ans. À partir de 2025, le délai standard sera ramené à cinq ans pour tous les patients guéris du cancer. La liste des scénarios de cancer couverts par cette loi s'élargit progressivement et est révisée tous les deux ans par le KCE afin d'y intégrer les nouvelles connaissances scientifiques.

BelNetSup est une initiative en cours visant à intégrer plusieurs projets de survie dans les hôpitaux belges, en collaboration avec le plan interfédéral pour des soins intégrés. Parmi les initiatives visant à soutenir le retour au travail à la suite d'un cancer figure le site web Kankerwerk, financé par l'organisation non gouvernementale Kom Op Tegen Kanker, qui propose des séances d'information pour aider les employeurs et les salariés.

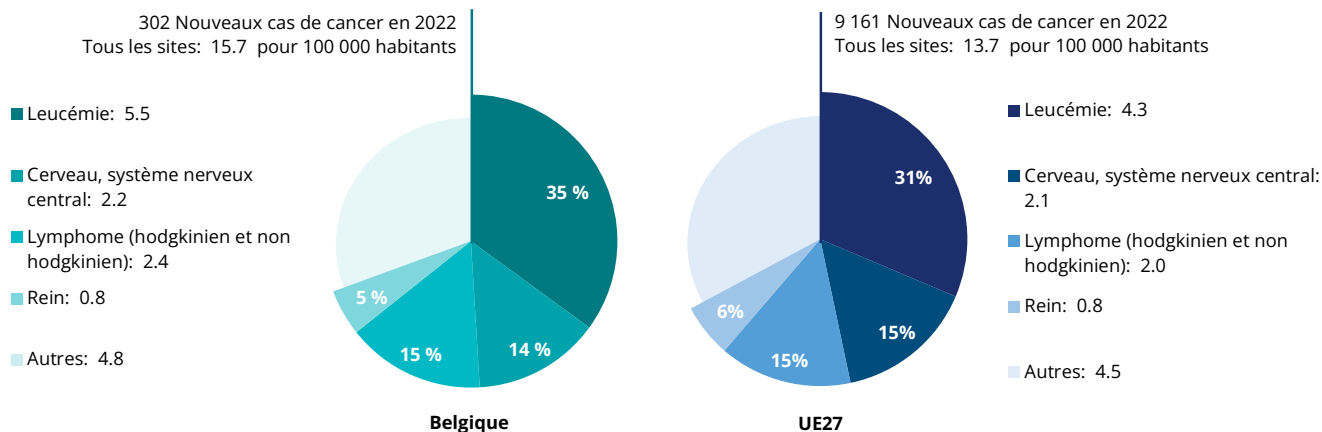
6. Coup de projecteur sur les cancers pédiatriques

Selon l'ECIS, on estime que 302 enfants et adolescents âgés de moins de 15 ans ont reçu un diagnostic de cancer en Belgique en 2022. La Belgique affichait un taux d'incidence de 15,7 pour 100 000 enfants âgés de 0 à 14 ans, alors que la moyenne de l'UE-27 était de 13,7 (Graphique 20). En Belgique, les taux d'incidence chez les garçons sont plus élevés que ceux des filles, comme c'est le cas dans la plupart des autres pays de l'UE. Les types de cancer les plus fréquents sont la leucémie, avec 5,5 cas pour 100 000 enfants (35 %), le lymphome,

avec 2,4 cas pour 100 000 enfants (16 %), les cancers du cerveau et du système nerveux central, avec 2,2 cas pour 100 000 enfants (14 %), et le cancer du rein, avec 0,8 cas pour 100 000 enfants (5 %). Si la Belgique enregistre des taux d'incidence du cancer chez l'enfant supérieurs à la moyenne de l'UE, le pays affiche une mortalité par cancer plus faible, avec un taux de mortalité moyen sur 3 ans de 1,8 enfant pour 100 000 enfants, contre 2,1 au niveau de l'UE, selon Eurostat.

Graphique 20. Les taux d'incidence du cancer chez l'enfant sont plus élevés en Belgique qu'au niveau de l'UE

Taux d'incidence standardisés par âge pour 100 000 habitants (âgés de 0 à 14 ans), estimations, 2022



Remarques : Les estimations de 2022 sont établies à partir des données d'incidence des années précédentes et peuvent différer des taux observés au cours des années plus récentes. Elles incluent tous les types de cancer, à l'exception du cancer de la peau sans mélanome.

Source : Système européen d'information sur le cancer (ECIS) pour l'incidence du cancer. Graphique extrait de la page <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultée le 10 mars 2024. © Union européenne, 2024.

Le projet OCEAN («Organisation of Care & Research for Children with Cancer in Europe») de la Société européenne de l'oncologie pédiatrique (SIOPE) a recensé sept institutions traitant les enfants et les jeunes atteints de cancer en Belgique. Quatre d'entre elles se trouvent en Flandre, deux en Wallonie et une à Bruxelles (SIOPE, 2024). Ces institutions comprennent des hôpitaux pédiatriques (universitaires et généraux) et des hôpitaux dotés d'unités pédiatriques. Des modifications ont été apportées à la législation afin de concentrer les traitements du cancer destinés aux enfants âgés de 0 à 15 ans, dans le but de mettre en place trois centres de référence en onco-hématologie pédiatrique en Belgique d'ici à 2027. Ces centres répondront à des normes de surveillance, d'infrastructure et d'activité afin de fournir des soins complexes des cancers pédiatriques. Ils seront les seuls habilités à administrer des traitements spécifiques, y compris, éventuellement, des soins à domicile, et seront reliés à des centres satellites que les entités fédérées désigneront en fonction de leur conformité

à certaines normes spécifiques afin de prodiguer des soins à proximité du domicile. Les adolescents et les jeunes adultes âgés de 16 à 35 ans chez qui un cancer a été diagnostiqué sont traités depuis décembre 2023 dans six centres de référence désignés, qui répondent à des critères définis et qui ont signé une convention avec l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

Les enfants atteints d'un cancer en Belgique ont accès aux 13 infrastructures et modalités de traitement existants, dont la brachythérapie, la greffe de cellules souches, la radiothérapie par protons et photons et une clinique de soins de survie. Sur les 436 essais cliniques impliquant des enfants et des adolescents atteints d'un cancer en Europe qui ont été menés entre 2010 et 2022, 84 (soit 19 %) l'ont été en Belgique. En outre, en 2018, 85 % des 68 médicaments jugés essentiels pour le traitement du cancer chez les patients âgés de 0 à 18 ans étaient disponibles en Belgique, contre 76 % en moyenne dans l'UE (Vassal et al., 2021).

Références

De Angelis, R., et al. (2024), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCARE-6): a population-based study, *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0

de Koning, HJ, et al. (2020), Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial, *New England Journal of Medicine*, 382(6):503-13. doi:10.1056/NEJMoa1911793.

De Wolf, F., Landtmeters B (2023a), Accessibilité financière aux examens RMN et CT-scan ambulatoires. Bruxelles, Agence Intermutualiste.

De Wolf, F., Landtmeters B (2023b), Accessibilité financière aux radiothérapies, Pet-scan et scintigraphie ambulatoires. Bruxelles, Agence Intermutualiste.

Desimpel, F., et al. (2024), Lung cancer screening in a high-risk population. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé. doi:10.57598/R379C.

Gerken, S., et al. (2024), Performance of the Belgian health system: Rapport 2024. Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé. doi:10.57598/R376C.

Grammens, T., et Cornelissen, L. (2021), Couverture vaccinale. Bruxelles, Sciensano, https://www.sciensano.be/sites/default/files/vaccine_coverage_2020-21_fr_final.pdf.

Neyt, M., et al. (2021), Benefits and costs of innovative oncology drugs in Belgium (2004-2017). Bruxelles, Centre fédéral d'expertise des soins de santé. doi:10.57598/R343C.

Ocak, S., et al. (2021), Lung cancer in Belgium, *Journal of Thoracic Oncology*, 16(10):1610-21. doi:10.1016/j.jtho.2021.07.022.

Santé publique (2023a), HWF Statistiques Annuelles 2022 (statistiques détaillées), disponible à l'adresse suivante: <https://5199.f2w.fedict.be/fr/documents/hwf-statistiques-annuelles-2022-statistiques-detaillees>.

Sciensano (2021), Déterminants de santé: activité physique. Bruxelles, Sciensano, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/activite-physique>.

Sciensano (2023a), Déterminants de santé: consommation de tabac. Bruxelles, Sciensano, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-de-tabac>.

Sciensano (2023b), Déterminants de santé: consommation d'alcool. Bruxelles, Sciensano, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/consommation-d-alcool>.

Sciensano (2024a), Inventaire belge du cancer: <https://www.sciensano.be/fr/projets/inventaire-belge-du-cancer-belgian-cancer-inventory>; consulté le 27 septembre 2024.

Sciensano (2024b), BE EBCP – Groupe miroir belge sur le plan européen pour vaincre le cancer: <https://www.sciensano.be/fr/projets/groupe-miroir-belge-sur-le-plan-europeen-pour-vaincre-le-cancer>.

Sciensano (2024c), Enquête de santé: <https://www.sciensano.be/fr/projets/enquete-de-sante>.

Sciensano (2024d), Déterminants de santé: qualité de l'air. Bruxelles, Sciensano, <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/qualite-de-lair>.

SIOPE (2024), Childhood cancer country profile: Belgium. Bruxelles, SIOP Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectbelgium.pdf>.

Vassal, G. et al. (2021), « Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe », *Annals of Oncology*, Vol. 32/4, p. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Liste des abréviations des pays

Allemagne	DE	Danemark	DK	Hongrie	HU	Luxembourg	LU	Roumanie	RO
Autriche	AT	Espagne	ES	Irlande	IE	Malte	MT	République slovaque	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		

Profils sur le cancer par pays 2025

Le registre européen des inégalités face au cancer est une initiative phare du plan européen pour vaincre le cancer. Il fournit des données solides et fiables sur la prévention et les soins oncologiques afin de distinguer les tendances, les disparités et les inégalités entre les États membres et entre les régions. Ce registre contient un site web et un outil de données élaborés 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 réalisés tous les deux ans en alternance et un rapport global sur les inégalités face au cancer en Europe.

Les « profils sur le cancer par pays » recensent les forces, les faiblesses et les domaines d'action spécifiques de chacun des 27 États membres de l'Union européenne (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 européen pour vaincre le cancer. Le registre européen des inégalités face au cancer soutient également l'initiative phare 1 du plan d'action « zéro pollution ».

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 de travail thématique 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 succincte:

- de la charge de morbidité du cancer au niveau national;
- des facteurs de risque du cancer, en ciblant particulièrement les facteurs de risque comportementaux et environnementaux;
- les programmes de détection précoce;
- la performance du système de soins oncologiques, avec une attention particulière à l'accessibilité, à la qualité des soins, aux coûts et à la qualité de vie.

Veillez citer la présente publication comme suit:

OCDE/Commission Européenne (2025), Profils sur le cancer par pays : Belgique 2025, Profils des pays de l'UE sur le cancer, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/1c43e9f8-fr>.

Initialement publié en anglais sous le titre: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: Belgium 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/744aaaba-en>.

En cas de divergence, seul le texte de la version anglaise doit être considéré comme valable.

© OECD/European Union 2025 pour cette édition française.



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Cette œuvre est mise à disposition sous la licence Creative Commons Attribution 4.0 International. En utilisant cette œuvre, vous acceptez d'être lié par les termes de cette licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Attribution – Vous devez citer l'œuvre.

Traductions – Vous devez citer l'œuvre originale, identifier les modifications apportées à l'original et ajouter le texte suivant : *En cas de divergence entre l'œuvre originale et la traduction, seul le texte de l'œuvre originale sera considéré comme valide.*

Adaptations – Vous devez citer l'œuvre originale et ajouter le texte suivant : *Il s'agit d'une adaptation d'une œuvre originale de l'OCDE et de l'Union Européenne. Les opinions exprimées et les arguments utilisés dans cette adaptation ne doivent pas être rapportés comme représentant les vues officielles de l'OCDE ou de ses pays Membres ou de l'Union Européenne.*

Contenu provenant de tiers – La licence ne s'applique pas au contenu provenant de tiers qui pourrait être incorporé dans l'œuvre. Si vous utilisez un tel contenu, il relève de votre responsabilité d'obtenir l'autorisation auprès du tiers et vous serez tenu responsable en cas d'allégation de violation.

Vous ne devez pas utiliser le logo de l'OCDE ou de la Commission Européenne, l'identité visuelle ou l'image de couverture sans autorisation expresse ni suggérer que l'OCDE ou la Commission Européenne approuve votre utilisation de l'œuvre.

Tout litige découlant de cette licence sera réglé par arbitrage conformément au Règlement d'arbitrage de la Cour permanente d'arbitrage (CPA) de 2012. Le siège de l'arbitrage sera Paris (France). Le nombre d'arbitres sera d'un.