

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

26 maart 2025

26 mars 2025

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende de verbetering van de
behandeling van longkanker**

(ingediend door mevrouw Irina De Knop)

PROPOSITION DE RÉOLUTION

**relative à l'amélioration du traitement du
cancer du poumon**

(déposée par Mme Irina De Knop)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
PS	: Parti Socialiste
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Les Engagés	: Les Engagés
Vooruit	: Vooruit
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA	Questions et Réponses écrites
CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toezpraken (met de bijlagen)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Dit voorstel neemt, met een aantal wijzigingen, de tekst over van voorstel DOC 55 2814/001.

Prevalentie van longkanker

Longkanker¹ is na borstkanker en colorectale kanker de meest voorkomende kanker in Europa en België. Jaarlijks sterven bijna 400.000 Europeanen aan longkanker²: het is daarmee de meest dodelijke kanker³. Bij ons krijgen jaarlijks meer dan 9000 Belgen te horen dat ze longkanker hebben⁴ met een incidentie van 84 gevallen per 100.000 inwoners, waardoor België op de vierde plaats staat in Europa. De overleving na vijf jaar bedraagt ongeveer 18 %, waardoor België op Europees niveau eveneens op een vierde plaats staat⁵. Longkanker op zich is daarmee de tweede oorzaak van alle vroegtijdige overlijdens in ons land⁶.

Bij ongeveer negen op de tien longkankerpatiënten wordt de ziekte veroorzaakt door roken⁷. Tussen 2004 en 2018 is de incidentie per 100 000 inwoners gedaald bij de mannen, van 60,6 naar 48,8, maar gestegen bij de vrouwelijke bevolking van 16,4 tot 26,1. De diagnose van longkanker wordt zeer laat gesteld wat de overlevingskansen van de patiënten negatief beïnvloedt. Slechts 18,1 % van de mannen en 22,4 % van de vrouwen krijgt een diagnose van de ziekte in stadium I, tegenover respectievelijk 47,0 % en 47,1 % in gevorderd stadium IV⁸. Er is een verbetering vast te stellen in de vijf jaar overleving in alle leeftijdscategorieën zowel bij mannen als bij vrouwen in de periode 2017-2019 ten opzichte van 2010-2016.

¹ Longkanker is C34 in de internationale code van ziekten (ICD 10).

² World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Globocan Europe 2020 (Global Cancer Statistics: GLOBOCAN: Estimates for Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries).

³ European Journal Of Cancer, 2018.

⁴ European Cancer Information System (ECIS), 2020

⁵ CONCORD Study, The Lancet, 2018

⁶ Sciensano – Health Status Report Belgium, 2019.

⁷ Stichting tegen Kanker, 2018.

⁸ Cancer Fact Sheets, Belgian Cancer Registry, Incidence Year 2018, Brussels 2020 http://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2018/Cancer_Fact_Sheet_LungCancer_2018.pdf.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS

La présente proposition reprend, en le modifiant, le texte de la proposition DOC 55 2814/001.

Prévalence du cancer du poumon

Le cancer du poumon¹ est le cancer le plus fréquent en Europe et en Belgique après le cancer du sein et le cancer colorectal. Chaque année, près de 400.000 Européens meurent du cancer du poumon², ce qui en fait le cancer le plus meurtrier³. Chaque année dans notre pays, plus de 9000 Belges apprennent qu'ils sont atteints d'un cancer du poumon⁴, ce qui représente une incidence de 84 cas par 100.000 habitants et place la Belgique au quatrième rang en Europe. Le taux de survie à cinq ans avoisine les 18 %, ce qui place également la Belgique au quatrième rang au niveau européen⁵. Le cancer du poumon est ainsi en soi la deuxième cause de tous les décès prématurés dans notre pays⁶.

Chez environ neuf patients sur dix atteints du cancer du poumon, la maladie est causée par le tabagisme⁷. Entre 2004 et 2018, l'incidence par 100 000 habitants a diminué chez les hommes, passant de 60,6 à 48,8, mais a augmenté dans la population féminine, passant de 16,4 à 26,1. Le cancer du poumon est diagnostiqué très tardivement, ce qui a une incidence négative sur les chances de survie des patients. Seuls 18,1 % des hommes et 22,4 % des femmes sont diagnostiqués au stade I de la maladie, contre respectivement 47,0 % et 47,1 % au stade avancé, soit le stade IV⁸. On constate une amélioration du taux de survie à cinq ans dans toutes les catégories d'âge, tant chez les hommes que chez les femmes, dans la période de 2017-2019 par rapport à la période de 2010-2016.

¹ Le cancer du poumon est classé C34 dans la classification internationale des maladies (CIM 10).

² World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, Globocan Europe 2020 (Global Cancer Statistics: GLOBOCAN: Estimates for Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries).

³ European Journal Of Cancer, 2018.

⁴ European Cancer Information System (ECIS), 2020

⁵ CONCORD Study, The Lancet, 2018.

⁶ Sciensano – Health Status Report Belgium, 2019.

⁷ Fondation contre le Cancer, 2018.

⁸ Cancer Fact Sheets, Belgian Cancer Registry, Incidence Year 2018, Brussels 2020 http://kankerregister.org/media/docs/CancerFactSheets/2018/Cancer_Fact_Sheet_LungCancer_2018.pdf.

Een goed beleid rond longkanker is cruciaal voor de overleving, de levensverwachting en het psychosociaal welzijn van de bevolking.

Sterktes en zwaktes van het longkankerbeleid in België

België doet het op een aantal punten goed, met name:

1° de longkankerpatiënt heeft snel en gemakkelijk toegang tot kwaliteitsvolle longkankerzorg in vergelijking met andere Europese landen en bovendien zet België in op een gedegen anti-tabaksbeleid;

2° multidisciplinaire teams bieden gecoördineerde zorg aan die de diagnosetijd en de snelheid verbeteren waarmee de behandeling kan worden opgestart en die er tevens voor zorgen dat patiënt de nodige omkadering en opvolging krijgt;

3° de organisaties die de strijd tegen kanker aangaan, worden waar mogelijk betrokken bij de ontwikkeling van klinische richtlijnen inzake longkanker (alhoewel specifieke longkankerpatiëntenverenigingen op dit moment niet aanwezig zijn in België of zich in de opstartfase bevinden);

4° de longkankerpatiënt heeft toegang tot een aantal innovatieve behandelingen die de overleving verbeteren;

5° ons land ontwikkelde een gekoppelde terugbetalingsprocedure voor gepersonaliseerde geneesmiddelen die voor toediening een laboratoriumonderzoek vereisen met de zogenaamde '*companion diagnostics*' of predictieve biomerkers⁹ wat een vlotte en snellere terugbetaling en toegang tot innovatieve therapieën garandeert voor de patiënt. We moeten er evenwel op letten dat het budget mee-evolveert met de groep van patiënten die hiervoor in aanmerking komt.

Maar ook in ons land zijn er nog heel wat verbeterpunten, met name:

1° onvoldoende investeringen in de preventie in ons land. We moeten nog meer investeren in de sensibilisering rond de schadelijke gevolgen van roken en werken

⁹ RIZIV (2020). Terugbetaling van gepersonaliseerde geneesmiddelen en '*companion diagnostics*': <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen/laboratoria/Paginas/terugbetaling-gepersonaliseerde-geneesmiddelen-companion-diagnostics.aspx>.

La mise en œuvre d'une politique adéquate en matière de cancer du poumon est cruciale pour la survie des patients, ainsi que pour l'espérance de vie et le bien-être psychosocial de la population.

Forces et faiblesses de la politique belge en matière de cancer du poumon

La Belgique obtient de bons résultats dans plusieurs domaines:

1° les patients atteints d'un cancer du poumon ont rapidement et facilement accès à des soins de qualité pour le cancer du poumon par rapport à d'autres pays européens; la Belgique s'est en outre engagée dans une stratégie avancée de lutte contre le tabagisme;

2° les équipes pluridisciplinaires dispensent des soins coordonnés qui, d'une part, améliorent le temps de diagnostic et la rapidité avec laquelle le traitement peut être entamé et, d'autre part, permettent aux patients de bénéficier de l'encadrement et du suivi nécessaires;

3° les organisations chargées de la lutte contre le cancer sont associées, dans la mesure du possible, à l'élaboration des directives cliniques concernant le cancer du poumon (encore qu'il n'existe pas aujourd'hui en Belgique d'association spécifique pour les patients atteints d'un cancer du poumon, ou qu'il existe des associations en phase de lancement);

4° les patients atteints d'un cancer du poumon ont accès à des traitements innovants qui améliorent leurs chances de survie;

5° notre pays a développé une procédure de remboursement couplée pour les médicaments personnalisés dont l'administration nécessite au préalable un examen de laboratoire à l'aide de ce que l'on appelle les "*companion diagnostics*" ou les biomarqueurs prédictifs⁹, ce qui garantit un remboursement plus aisé et plus rapide et l'accès aux thérapies innovantes pour le patient. Il convient toutefois de veiller à ce que le budget évolue parallèlement au groupe de patients pouvant en bénéficier.

Mais notre pays pourrait lui aussi faire encore bien mieux à de nombreux égards:

1° la Belgique investit trop peu dans la prévention. Nous devons encore investir davantage dans la sensibilisation aux effets néfastes du tabagisme et œuvrer

⁹ INAMI (2020). Remboursement de médicaments personnalisés et des "*companion diagnostics*": <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/laboratoires/Pages/remboursement-medicaments-personnalises-companion-diagnostics.aspx>.

aan initiatieven om te komen tot een rookvrije generatie zoals bepaald in het regeerakkoord. Pas na tien jaar rookstop vermindert het overlijden aan longkanker met de helft, om na 15 jaar rookstop geen oversterfte meer te veroorzaken;

2° we detecteren longkankers te laat waardoor de overlevingskansen van de patiënten beperkt zijn. Een vroegtijdige detectie kan de levensverwachting aanzienlijk verhogen;

3° de Belgische patiënt dient vaak lang te wachten op een terugbetaling van innovatieve behandelingen (gemiddeld verstrijken 440 dagen (periode 2016-2019) tussen de goedkeuring door EMA¹⁰ en de terugbetaling voor de Belgische patiënt. Bovendien zijn niet alle innovaties beschikbaar in België – 75 van de 152 innovatieve geneesmiddelen (periode 2016-2019) zijn niet beschikbaar in ons land¹¹;

4° de experts vrezen dat het budget dat jaarlijks wordt uitgetrokken voor de terugbetaling van immunohistochemische en andere diagnostische tests (en voor het registreren van bijbehorende gegevens) niet zal volstaan, rekening houdend met de bijkomende indicaties (en bijbehorende patiëntenaantallen) en de technologische ontwikkelingen die op til zijn;

5° de richtlijn van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (hierna: “KCE”)¹² met betrekking tot longkanker dateert van 2013 en moet dringend geactualiseerd worden rekening houdend met de vooruitgang in de medische beeldvorming, de moleculaire biologie, de radiotherapie, de chirurgie en de beschikbare rekenkracht en farmacologie;

6° we dienen meer aandacht te besteden aan de psychosociale zorg voor longkankerpatiënten. Gezien de multidisciplinaire omkadering van de longkankerpatiënt en de nood aan een levenslange begeleiding van deze patiënt en zijn eventuele mantelzorgers en directe omgeving is er nood aan een specifiek zorgtraject longkanker

à l'émergence d'une génération sans tabac, comme le prévoit l'accord de gouvernement. Le risque de mourir d'un cancer du poumon ne diminue de moitié qu'après dix ans de sevrage tabagique, et le risque de surmortalité disparaît après quinze ans de sevrage tabagique;

2° nous détectons trop tardivement les cancers du poumon, ce qui réduit les chances de survie des patients, alors qu'un dépistage précoce pourrait augmenter considérablement leur espérance de vie;

3° les patients belges doivent souvent attendre longtemps le remboursement des traitements innovants (il s'écoule en moyenne 440 jours (période 2016-2019) entre l'autorisation délivrée par l'EMA¹⁰ et le remboursement en faveur des patients belges). En outre, tous les traitements innovants ne sont pas disponibles en Belgique, 75 des 152 médicaments innovants (période 2016-2019) n'étant pas disponibles dans notre pays¹¹;

4° les experts craignent que le budget qui est prévu chaque année pour le remboursement des tests immunohistochimiques et d'autres tests de dépistage (et pour l'enregistrement des données qui en découlent) ne soit pas suffisant, compte tenu des indications supplémentaires (et du nombre de patients concernés) et des évolutions technologiques qui s'annoncent;

5° la recommandation du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (ci-après: le KCE)¹² relative au cancer du poumon date de 2013 et doit être actualisée d'urgence, compte tenu des avancées réalisées dans le domaine de l'imagerie médicale, de la biologie moléculaire, de la radiothérapie, de la chirurgie, ainsi qu'en matière de puissance de calcul et de pharmacologie disponibles;

6° nous devons accorder davantage d'attention aux soins psychosociaux des patients souffrant d'un cancer du poumon. Compte tenu de l'encadrement multidisciplinaire des patients souffrant d'un cancer du poumon et du besoin d'accompagnement à vie de ces patients, de leurs aidants proches éventuels et de leur entourage

¹⁰ EMA: European Medicines Agency.

¹¹ WAIT indicator-IQVIA data hebben betrekking op aal innovatieve behandelingen, niet specifiek voor longkanker. <https://www.efpia.eu/media/602652/efpia-patient-wait-indicator-final-250521.pdf>.

¹² Wauters I, Robays J, Verleye L, Holdt Henningsen K, Hulstaert F, Berghmans T, De Wever W, Lievens Y, Pauwels P, Stroobants S, Van Houtte P, Van Meerbeeck J, Van Schil P, Weynand B, De Grève J. Kleincellige en Niet-Kleincellige Longkanker: Diagnose, Behandeling en Opvolging - Synthese. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2013. KCE Reports 206As. D/2013/10.273/53 https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_206As_longkanker_synthese.pdf.

¹⁰ EMA: Agence européenne des médicaments.

¹¹ L'indice WAIT d'IQVIA concerne tous les traitements innovants, et pas seulement ceux spécifiques au cancer des poumons <https://www.efpia.eu/media/602652/efpia-patient-wait-indicator-final-250521.pdf>.

¹² Wauters I, Robays J, Verleye L, Holdt Henningsen K, Hulstaert F, Berghmans T, De Wever W, Lievens Y, Pauwels P, Stroobants S, Van Houtte P, Van Meerbeeck J, Van Schil P, Weynand B, De Grève J. Cancer du poumon à petites cellules et non à petites cellules: diagnostic, traitement et suivi – Synthèse. Bonnes pratiques cliniques. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2013. KCE Reports 206As. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_206Bs_cancer_du_poumon_synthese.pdf.

(zoals dit reeds bestaat voor diabetes en chronische nierinsufficiëntie);

7° het gebruik van data voor medisch, wetenschappelijk en beleidsvoorbereidend werk kan aanzienlijk verbeterd worden.

Voorstellen tot verbetering

Primaire preventie

Omdat roken de belangrijkste oorzaak is van kanker blijft het essentieel te blijven inzetten op het sensibiliseren van de bevolking rond de schadelijke gevolgen van roken, het terugdringen van het aantal Belgen dat rookt door middel van rookstopbegeleiding en de ambitie voor een rookvrije generatie. In het Parlement liggen daartoe een aantal voorstellen ter bespreking voor.

Vroegtijdige detectie en screening

We ontdekken longkankers in een te laat stadium. Kankers ontwikkelen zich door een complex samenspel tussen genetische en omgevingsfactoren. In het geval van longkanker weten we echter dat deze in de Westerse wereld in 90 % van de gevallen ontstaat door het roken¹³. Andere oorzaken zijn blootstelling aan luchtverontreiniging en aan andere kankerverwekkende stoffen. De risicogroep is dus goed gedefinieerd. Dat biedt mogelijkheden om op een doelmatige manier de juiste groep te screenen inzake longkanker.

Bij gebrek aan specifieke symptomen voor longkanker helpt screening bij het identificeren van kanker in een vroeger stadium, wat leidt tot een betere behandeling en een beter resultaat. Het verhogen van het aantal vroegtijdige longkankerdiagnoses (Stadium I en II) zorgt ervoor dat:

1° de behandelingsopties breder zijn en de kansen op genezing groter worden (de diagnose in Stadium IA, IB verhoogt de overleving gevoelig: 80 % overleving in Stadium IA en IB versus 10 % overleving in laattijdige stadia (Stadium IV));

2° de mortaliteit aanzienlijk daalt.

We vermelden hier de NELSON-studie, het grootste Europese onderzoek naar longkankerscreening, dat werd

direct, il faudrait élaborer un trajet de soins spécifique au cancer du poumon (comme il en existe déjà pour les patients diabétiques et ceux souffrant d'insuffisance rénale chronique);

7° l'utilisation de données à des fins médicales et scientifiques, ainsi que pour préparer les politiques à mener pourrait être considérablement améliorée.

Propositions d'amélioration

Prévention primaire

Le tabagisme étant la principale cause de cancer, il demeure essentiel de continuer à sensibiliser la population à sa nocivité, de réduire le nombre de fumeurs en Belgique grâce à l'accompagnement du sevrage tabagique et de nourrir l'ambition d'une génération sans tabac. À cette fin, plusieurs propositions ont été déposées au Parlement.

Détection et dépistage précoces

Les cancers du poumon sont dépistés à un stade trop tardif. Ils se développent à la suite d'une interaction complexe de facteurs génétiques et environnementaux. Dans le cas du cancer du poumon, cependant, nous savons que, dans le monde occidental, 90 % des cas sont causés par le tabac¹³. Parmi les autres causes, on peut citer l'exposition à la pollution atmosphérique et à d'autres substances cancérigènes. Le groupe à risque est donc bien défini. Il est par conséquent possible de dépister efficacement le cancer du poumon au sein d'un groupe bien identifié.

En l'absence de symptômes spécifiques propres au cancer du poumon, le dépistage permet d'identifier le cancer à un stade plus précoce, ce qui permet un meilleur traitement et un meilleur résultat. L'augmentation du nombre de diagnostics précoces du cancer du poumon (stades I et II) permet:

1° d'élargir les options de traitement et d'augmenter les chances de guérison (le diagnostic au stade IA ou IB augmente significativement les chances de survie: 80 % de survie aux stades IA et IB contre 10 % aux stades avancés (stade IV));

2° de réduire significativement la mortalité.

Nous nous référons à cet égard à l'étude NELSON, soit à la plus grande étude européenne sur le dépistage

¹³ Stichting tegen Kanker (2018): <https://www.kanker.be/alles-over-kanker/vraag-je-je-af-een-bepaalde-stof-kanker-veroorzaakt-roken-de-belangrijkste>.

¹³ Fondation contre le Cancer (2018): <https://www.cancer.be/les-cancers/facteurs-de-risque/premi-re-cause-vitable-de-cancer-le-tabac>.

uitgevoerd in Nederland en België. De hoofddoelen van dit onderzoek zijn:

1° nagaan of de screening op longkanker door een lage dosis CT-scans bij personen met een hoog risico zal leiden tot een afname van de sterfte door longkanker met 25 % of meer;

2° de impact van de screening op longkanker op de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van het leven en het stoppen met roken in te schatten;

3. de kosteneffectiviteit van de longkankerscreening te schatten.

De resultaten van de NELSON-studie werden recent gepubliceerd¹⁴. In totaal werden 13.195 mannen en 2594 vrouwen die behoorden tot de populatie met verhoogd risico gerandomiseerd tussen de screening met CT scan en geen screening (de controlegroep). In vergelijking met de controlegroep bedroeg het cumulatief overlijdensrisico ten gevolge van longkanker 0,76 voor mannen en 0,67 voor vrouwen. De screening zorgde voor een vroegtijdige opsporing met een mortaliteitsdaling tot gevolg bij de mannen van 26 % en 40 tot 60 % bij de kleinere groep vrouwelijke deelnemers.

Een goede longkankerscreening zal in elk geval met volgende aspecten rekening moeten houden:

1° een nauwgezette identificatie en participatie van de specifieke doelgroep op basis van criteria zoals leeftijd, aantal pakjaren¹⁵, ... Hierin kan de huisarts een belangrijke rol spelen om het rookgedrag van de patiënt correct in te schatten en (eventueel via software) het aantal pakjaren van de patiënt in het globaal medisch dossier (GMD) op te nemen. Het opsporen van risicopatiënten kan ook via de Centra voor Kankeropsporing gebeuren waarbij de patiënten die gescreend worden voor andere types van kanker (borstkanker, colonkanker) gepeild worden naar hun rookgedrag. Tabakologen en tabakstopdiensten kunnen ook risicopatiënten naar de longkankerscreening doorverwijzen;

2° voor de CT-scans zullen lezers moeten worden aangeduid. Extra radiologen die ook de nieuwe screeningstechniek beheersen, zullen daarvoor moeten aangesteld

du cancer du poumon réalisée aux Pays-Bas et en Belgique, cette étude visant principalement à:

1° déterminer si le dépistage du cancer du poumon par tomodensitométrie à faible dose chez les personnes à haut risque entraînera une réduction de la mortalité due au cancer du poumon de 25 % ou plus;

2° estimer l'incidence du dépistage du cancer du poumon sur la qualité de vie liée à la santé et sur le sevrage tabagique;

3° évaluer le rapport coûts-efficacité du dépistage du cancer du poumon.

Les résultats de l'étude NELSON ont été publiés récemment¹⁴. Au total, 13.195 hommes et 2594 femmes appartenant à la population présentant un risque accru ont été randomisés. Dans un groupe, un dépistage a été réalisé au moyen d'un CT-scan et dans l'autre groupe (groupe contrôle), aucun dépistage n'a eu lieu. Par rapport au groupe contrôle, le risque cumulé de décès à la suite d'un cancer du poumon s'élevait à 0,76 pour les hommes et à 0,67 pour les femmes. Le dépistage a permis une détection précoce qui a permis de réduire la mortalité de 26 % chez les hommes et de 40 à 60 % dans le plus petit groupe de femmes participant à cette étude.

Tout dépistage de qualité du cancer du poumon devra tenir compte des éléments suivants:

1° identification et participation rigoureuses du groupe cible spécifique sur la base de critères tels que l'âge, le nombre de paquets-années¹⁵, etc. Le médecin généraliste peut jouer un rôle important dans l'évaluation correcte du tabagisme du patient et en ce qui concerne l'enregistrement (éventuellement à l'aide d'un logiciel) dans le dossier médical global (DMG) du nombre de paquets-années du patient. Les Centres de dépistage du cancer peuvent également détecter les patients à risque en interrogeant les patients chez qui d'autres cancers sont dépistés (cancer du sein, cancer du côlon) au sujet de leur tabagisme. Les tabacologues et les services tabacstop peuvent également renvoyer les patients à risque vers le dépistage du cancer du poumon.

2° des lecteurs devront être désignés pour les CT-scans. Des radiologues supplémentaires maîtrisant également la nouvelle technique de dépistage devront

¹⁴ De Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med* 2020; 382(6):503-513

¹⁵ Een pakjaar is de meeteenheid voor het gebruik van tabak van een persoon gedurende een lange periode. Dit gebruik wordt berekend door het aantal opgerookte sigarettenpakjes per dag te vermenigvuldigen met het aantal jaren tijdens dewelke de persoon rookte.

¹⁴ De Koning HJ et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med* 2020; 382(6):503-513

¹⁵ Le paquet-année est une unité de mesure de la consommation de tabac d'une personne durant une période prolongée. Cette consommation est obtenue en multipliant le nombre de paquets de cigarettes fumés par jour par le nombre d'années au cours desquelles la personne a fumé.

worden. Er moeten ook nieuwe richtlijnen komen voor een uniforme beoordeling, opvolging en aanpak van de CT-bevindingen;

3° de draagbaarheid van het gezondheidssysteem, met andere woorden een evaluatie van de kosten en baten, om de gerichte screening uit te voeren en om de diagnose te laten volgen door een tijdige behandeling en opvolging. Een aantal kosteneffectiviteitsstudies zijn lopende of gepland.

Uit het literatuuronderzoek van het KCE¹⁶ blijkt dat longkankerscreening de sterfte door longkanker en de algemene sterfte bij de gescreenden daadwerkelijk verlaagt, met respectievelijk 21 % en 5 %. Uit zijn analyse toegepast op België blijkt dat wanneer duizend hoogrisicopersonen aan drie screeningsronden deelnemen, er tien jaar later drie levens gered zijn dankzij de screening.

Daarnaast wijst het KCE op een aantal nadelen:

1° de onnodige alarmering bij een aantal gescreenden wegens een vals-positief resultaat waarop dan onderzoeken gebeuren en zelfs chirurgische ingrepen met mogelijke complicaties;

2° de diagnose en behandeling van tumoren die zonder screening niet of heel traag zouden zijn geëvolueerd en geen gevaar hadden gevormd voor de betrokkene;

3° het opmerken van gezondheidsproblemen aan andere organen (zoals hart, slokdarm, enz.), zijnde incidentele bevindingen die aanleiding geven tot soms bijkomende, soms invasieve onderzoeken, waarvan soms achteraf blijkt dat deze niet nodig waren. Het is momenteel onduidelijk of deze incidentele bevindingen uiteindelijk een voor- of nadeel opleveren voor de deelnemers.

Een aantal, vaak snel evoluerende kankers zullen ook opduiken tussen twee screenings in (zogenaamde intervalkankers). Een screening mag dus geen vals gevoel van veiligheid geven.

¹⁶ Desimpel Fabian, Luyten Janis, Camberlin Cécile, Primus-de Jong Céilia, Verleye Leen, Neyt Mattias. Longkankerscreening bij personen met een hoog risico. Health Technology Assessment (HTA). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2024. KCE Reports 379AS. DOI: 10.57598/R379AS.

être désignés à cet effet. De nouvelles directives devront également être rédigées pour une évaluation, un suivi et une approche uniformes des constatations établies à partir du CT-scan;

3° la soutenabilité du système de santé. Il s'agira, en d'autres termes, d'évaluer les coûts et les bénéfices du dépistage ciblé et pour que le diagnostic soit suivi d'un traitement et d'un suivi en temps utile. Plusieurs études concernant le rapport coûts/efficacité sont en cours ou sont prévues.

Il ressort de l'analyse de la littérature effectuée par le KCE¹⁶ que le dépistage du cancer du poumon réduit effectivement la mortalité par cancer du poumon et la mortalité globale chez les personnes dépistées, à raison respectivement de 21 % et 5 %. L'analyse du KCE appliquée à la Belgique montre que si 1000 personnes à haut risque participent à trois tours de dépistage, ce dépistage aura permis après 10 ans de sauver trois vies.

Le KCE souligne en revanche l'existence d'une série d'inconvénients:

1° le stress inutile et les examens supplémentaires infligés aux personnes chez qui le résultat initial du dépistage était erroné (faux positif); ces faux positifs peuvent même donner lieu à des interventions chirurgicales susceptibles d'engendrer des complications;

2° le diagnostic et le traitement de tumeurs qui, en l'absence de dépistage, auraient évolué très lentement voire pas du tout et n'auraient pas constitué un danger pour l'intéressé;

3° la découverte fortuite de problèmes de santé touchant d'autres organes (comme le cœur, l'œsophage, etc.) pouvant déboucher sur la réalisation d'exams complémentaires parfois invasifs, qui s'avèrent quelquefois inutiles a posteriori. Il est actuellement difficile de déterminer si ces découvertes fortuites ont un impact positif ou négatif pour les participants au dépistage.

Certains cancers évoluant rapidement se manifestent par ailleurs entre deux dépistages (cancers de l'intervalle). Il faut donc prendre garde à ce qu'un dépistage ne crée pas un faux sentiment de sécurité.

¹⁶ Desimpel Fabian, Luyten Janis, Camberlin Cécile, Primus-de Jong Céilia, Verleye Leen, Neyt Mattias. Dépistage du cancer du poumon chez les personnes à haut risque. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE). 2024. Rapports du KCE 379AS. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-04/KCE379BS_depistage_cancer_poumons_personnes_haut_risque.pdf

Op langere termijn is er ook een beperkt risico op kanker door de schadelijke stralen van de herhaaldelijke CT-scans, ook bij een lage dosis.

Deze voor- en nadelen zijn dus allemaal van belang en dienen zorgvuldig ten opzichte van elkaar afgewogen te worden.

Het KCE berekende dat longkankerscreening in ons land zou resulteren in een incrementele kosteneffectiviteitsratio van 18.530 euro per gewonnen levensjaar aangepast voor de levenskwaliteit. Een aantal elementen hebben een belangrijke impact op deze uitkomst, zoals het aantal overdiagnoses, de vertrouwelijke prijskortingen op bepaalde kankertherapieën, de kosten voor het bereiken en uitnodigen van de doelgroep en het aantal deelnemers aan de screening.

Longkankerscreening kan dus kosteneffectief zijn als de bereidheid tot betalen van de overheid zich bevindt boven de 20.000 euro per gewonnen levensjaar aangepast voor de levenskwaliteit.

Het zijn de Gemeenschappen die bevoegd zijn voor bevolkingsonderzoeken. Om een gericht screeningsprogramma en het financieringsmechanisme dat daarmee gepaard gaat, uit te werken, is het dus nodig dat de federale overheid in overleg gaat met de Gemeenschappen.

Behandeling

De laatste jaren zijn de kankertherapieën enorm geëvolueerd met de opkomst van *targeted* therapieën en immunotherapieën die een significante impact hebben op de overleving van de longkankerpatiënten.

De Belgische klinische richtlijnen inzake longkankerzorg dateren van 2013 en zijn dringend aan een actualisatie toe. Daarbij moet worden gebruikgemaakt van de laatste basiswetenschappelijke klinische en psychosociale inzichten. Er moet, met andere woorden, rekening worden gehouden met de vooruitgang die in de diverse disciplines is gerealiseerd.

De recent geactualiseerde richtlijnen inzake longkankerzorg van ESMO en ASCO¹⁷ kunnen daarbij als leidraad dienen en moeten door de Belgische wetenschappelijke verenigingen zoals de *Belgian Respiratory Society* (BeRS) en de *Belgian Society of Medical Oncology* (BSMO), in overleg met de betrokken patiëntenorganisaties, naar de Belgische context worden vertaald.

¹⁷ ESMO: European Society for Medical Oncology / ASCO: American Society of Clinical Oncology.

À plus long terme, il existe aussi un risque limité de contracter un cancer à la suite de l'exposition répétée aux rayonnements nuisibles des CT-scans, même à faible dose.

Il faut donc soupeser soigneusement ces avantages et ces inconvénients, qui ont tous de l'importance.

Le KCE a calculé que le dépistage du cancer du poumon dans notre pays donnerait lieu à un rapport coût-efficacité différentiel de 18.530 euros par année de vie gagnée ajustée pour la qualité de vie. Certains éléments ont un impact important sur ce résultat, comme le nombre de surdiagnostics, les ristournes confidentielles sur certains traitements oncologiques, les coûts afférents à l'invitation du groupe-cible et le nombre de participants au dépistage.

Le rapport coût-efficacité du dépistage du cancer du poumon peut donc être favorable si les autorités sont disposées à payer plus de 20.000 euros par année de vie gagnée ajustée pour la qualité de vie.

Les Communautés étant compétentes pour les dépistages de la population, il convient que l'autorité fédérale se concerte avec les Communautés pour élaborer un programme de dépistage ciblé et le mécanisme de financement y afférent.

Traitement

Ces dernières années, les thérapies contre le cancer ont connu une évolution considérable grâce à l'arrivée des thérapies ciblées et des immunothérapies, qui ont un impact significatif à l'égard de la survie des patients atteints d'un cancer du poumon.

Étant donné que les directives cliniques belges relatives au traitement du cancer du poumon datent de 2013, il est urgent de les actualiser et il convient, pour cela, de se fonder sur les connaissances cliniques et psychosociales les plus récentes. En d'autres termes, il convient de tenir compte des progrès réalisés dans les différentes disciplines.

Les directives récemment actualisées des associations ESMO et ASCO¹⁷ relatives au traitement du cancer du poumon pourront servir de fil conducteur à cette occasion et devront être transposées dans le contexte belge par les associations scientifiques belges comme la *Belgian Respiratory Society* (BeRS) et la *Belgian Society of Medical Oncology* (BSMO) en concertation avec les associations de patients concernées.

¹⁷ ESMO: European Society for Medical Oncology / ASCO: American Society of Clinical Oncology.

Deze vooruitgang kan kanker de komende jaren laten evolueren van de voornaamste vroegtijdige doodsoorzaak, naar een chronische en zelfs te genezen ziekte. De verwachtingen van de patiënten evolueren parallel met die technologische evoluties; gezondheidszorgbeoefenaars zien steeds meer de noodzaak en de voordelen van multidisciplinair samenwerken waardoor het systeem zich door de jaren heen anders is gaan organiseren.

De longkankerbehandeling is geëvolueerd naar steeds meer gepersonaliseerde therapieën waarvoor immuno-histochemische en andere diagnostische testen nodig zijn. Rekening houdend met de bijkomende indicaties in gepersonaliseerde therapieën (en de bijhorende patiëntaantallen) en de technologische ontwikkelingen die op til zijn, zal een verhoging van het budget nodig zijn voor de terugbetaling van dergelijke testen (en voor het registreren van de bijbehorende gegevens). Vandaag worden deze testen terugbetaald voor longkankers in gemetastaseerde stadia. In de praktijk staat deze regel in de weg van een snelle en efficiënte behandeling van de patiënt die moet wachten op de bevestiging van het kankerstadium voor de diagnostische test kan worden uitgevoerd. Sommige laboratoria slagen er vandaag in om de testen te financieren voor niet-gemetastaseerde longkankers maar andere weigeren de test uit te voeren bij gebrek aan terugbetaling. Met de evolutie naar meer diagnoses en behandelingsmogelijkheden in vroegere ziektestadia zal het toepassingsveld en de terugbetaling van diagnostische testen uitgebreid moeten worden zodat de longkankerpatiënten een snelle en efficiënte behandeling krijgen.

Psychosociale ondersteuning

Er moet meer aandacht komen voor de psychosociale begeleiding van longkankerpatiënten. Psychosociale steun aan de patiënten in het kader van de Oncologische Zorgprogramma's (OZP) is voorzien, maar is vaak onvoldoende. De psychosociale steun moet toelaten om de patiënten niet alleen met het longkankerstigma te leren omgaan ("ik ben een roker—dus ik ben schuldig") maar moet bovendien aandacht besteden aan de psychologische belasting van de behandeling zelf. Een behandeling die jammer genoeg niet altijd resulteert in genezing. Van langetermijn longkankeroverlevenden is bekend dat zij versus andere kankerpatiënten de laagste levenskwaliteit laten optekenen. Zij halen vaak vermoeidheid, kortademigheid, pijn en emotionele stress aan. Het is dus heel belangrijk om de psychosociale copingmechanismen van deze patiënten op te volgen en te begeleiden.

Au cours des années à venir, grâce aux progrès enregistrés, le cancer pourrait cesser d'être la principale cause de décès précoce pour devenir une maladie chronique, voire curable. Les attentes des patients évoluent parallèlement aux progrès technologiques. Les professionnels de la santé étant de plus en plus conscients de la nécessité et des avantages de la coopération multidisciplinaire, une réorganisation du système s'est mise en place au fil du temps.

Le traitement du cancer du poumon a évolué et il s'appuie aujourd'hui sur des thérapies de plus en plus personnalisées qui nécessitent des tests immunohisto-chimiques et d'autres tests diagnostiques. Compte tenu des indications supplémentaires en faveur de thérapies personnalisées (et de la hausse subséquente du nombre de patients), ainsi que des progrès technologiques annoncés, une augmentation du budget sera nécessaire pour le remboursement des tests précités (ainsi que pour l'enregistrement des données y afférentes). Actuellement, ces tests sont remboursés pour les cancers du poumon métastasés. En pratique, cette règle entrave cependant tout traitement rapide et efficace du patient, qui doit en effet attendre la confirmation du stade d'avancement de son cancer pour que le test diagnostique puisse être réalisé. Certains laboratoires parviennent aujourd'hui à financer les tests pour les cancers du poumon non métastasés mais d'autres refusent de réaliser ces tests en l'absence de remboursement. Compte tenu du nombre croissant de diagnostics et de possibilités de traitement à un stade précoce, il conviendra d'étendre le champ d'application et le remboursement des tests diagnostiques afin que les patients atteints d'un cancer du poumon puissent recevoir un traitement rapide et efficace.

Soutien psychosocial

Il convient d'être plus attentif à l'accompagnement psychosocial des patients atteints d'un cancer du poumon. Le soutien psychosocial des patients est prévu dans le cadre des programmes de soins oncologiques (PSO), mais il est souvent insuffisant. Le soutien psychosocial doit non seulement permettre aux patients d'apprendre à vivre avec la stigmatisation du cancer du poumon ("je suis fumeur, donc je suis coupable"), mais également être attentif à la charge psychosociale du traitement, qui n'aboutit malheureusement pas toujours à la guérison. On sait que, parmi les personnes ayant survécu au cancer durant une longue période, les patients guéris d'un cancer du poumon sont ceux qui ont la moins bonne qualité de vie. Il évoquent en effet souvent la fatigue, l'essoufflement, des douleurs et un stress émotionnel. Il est donc essentiel de suivre et d'accompagner les mécanismes d'adaptation de ces patients.

Op korte termijn moeten de longkankeroverlevenden ook psychosociale zorg krijgen met de focus op de posttraumatische symptomen zodat ze zich niet gaan chronificeren¹⁸ (bijvoorbeeld de angst dat de ziekte zou kunnen terugkeren). Er moet ook aandacht worden besteed aan de medische-lichamelijke gevolgen en de gevolgen op het geheugen en de concentratie. Wij denken dat hier een rol is weggelegd voor de oncologische verpleegkundige. Zij maakt deel uit van het multidisciplinair oncologisch overleg en kent dus de medische situatie van de patiënt. Hij of zij kent de patiënt ook goed en kan dus inschatten waarmee de patiënt worstelt. De oncologische verpleegkundige zou de eerste psychologische ondersteuning kunnen bieden en indien nodig gericht kunnen doorverwijzen.

Bovendien moeten de overlevenden ook erkend blijven na de genezing. De patiënt zit op dat moment immers met de emotionele en lichamelijke gevolgen van het doormaken van de ziekte en de behandeling. Er is nog steeds nood aan bescherming tegen jobverlies. Als de patiënten terug aan het werk gaan, moeten ze voldoende tijd hebben gehad om te recupereren. De werkhervatting mag derhalve niet te vroeg gebeuren. Daarbovenop hebben de patiënten vaak nog steeds problemen met verzekeringen, meer bepaald de schuldsaldoverzekering.

In het kader van het kankerplan werd een financiering voor psychologen en sociaal werkers uitgewerkt. De vraag is of er niet beter wordt ingezet op de (onco)verpleegkundige als eerste psychosociale begeleider. Deze verpleegkundige maakt reeds deel uit van het multidisciplinair oncologisch consult (hierna: "MOC") en kan, na het volgen van een specifieke opleiding, de noden het best inschatten. Zij kan dan eventueel beslissen om andere zorgverstrekkers, zoals psychologen en sociale werkers, te betrekken bij het opvolgen van de patiënt. Er is dus een grote nood aan richtlijnen over de rol van het psychosociaal support in de multidisciplinaire longkankerzorg. Dit zou er eveneens toe kunnen leiden dat deze zorg in alle ziekenhuizen op dezelfde manier wordt ingevuld.

Daarbij dienen er dus acties ondernomen te worden:

1° specifieke modules moeten in de opleiding van (onco)verpleegkundigen / psychologen worden voorzien opdat zij nog beter met de specifieke problematiek van (long)kankerpatiënten overweg zouden kunnen;

2° de psychosociale omkadering en steun moeten in de aangepaste richtlijn worden meegenomen.

¹⁸ Chronification: When acute pain does not regress despite healing / disappearance of the initial nociceptive stimulus.

À court terme, les patients ayant survécu au cancer du poumon doivent également recevoir des soins psychosociaux axés sur les symptômes posttraumatiques pour éviter leur chronicisation¹⁸ (par exemple la crainte que la maladie revienne). Il convient également d'être attentif aux conséquences médico-corporelles et aux effets sur la mémoire et la concentration. Nous estimons que l'infirmier en oncologie a un rôle à jouer à cet égard. Il participe à la concertation oncologique multidisciplinaire et connaît donc la situation médicale du patient. Il connaît également le patient lui-même et peut donc savoir ce qui le chiffonne. L'infirmier en oncologie pourrait offrir le premier accompagnement psychologique et orienter le patient de manière ciblée en cas de besoin.

Les patients ayant survécu à un cancer doivent par ailleurs conserver ce statut après leur guérison. Le patient est en effet alors confronté aux conséquences émotionnelles et physiques de la maladie et du traitement. Il convient toujours de les protéger contre une perte d'emploi. Avant de reprendre le travail, les patients doivent avoir eu suffisamment de temps de récupération. La reprise du travail ne doit dès lors pas avoir lieu trop tôt. En outre, les patients ont encore souvent des problèmes en matière d'assurances, en particulier en ce qui concerne l'assurance solde restant dû.

Dans le cadre du plan cancer, un financement des psychologues et des travailleurs sociaux a été élaboré. La question se pose de savoir s'il ne serait pas préférable de confier aux infirmiers (en oncologie) le rôle de premier auxiliaire psychosocial. Cet infirmier fait déjà partie de la consultation oncologique multidisciplinaire (ci-après: "COM") et, après avoir suivi une formation spécifique, c'est lui qui sera le plus à même d'évaluer les besoins. Il pourra alors éventuellement décider d'associer d'autres prestataires de soins, tels que des psychologues et des travailleurs sociaux, au suivi du patient. Il y a donc un grand besoin de directives concernant le rôle du soutien psychosocial dans le traitement multidisciplinaire du cancer du poumon. Ces directives pourraient également permettre d'uniformiser ces soins dans tous les hôpitaux.

Des mesures doivent donc être prises à cet égard:

1° des modules spécifiques devraient être prévus dans la formation des infirmiers (en oncologie)/psychologues afin qu'ils puissent encore mieux faire face aux problèmes spécifiques des patients atteints de cancer (du poumon);

2° l'encadrement et le soutien psychosociaux devraient être inclus dans la directive adaptée.

¹⁸ Chronicisation: Quand la douleur aigue ne régresse pas malgré la guérison/ disparition du stimulus nociceptif initial.

Data

Het Kankerregister heeft een cruciale rol in de beschrijving van de incidentie, de trends, de overleving, de prevalentie, de predictie,... van kanker in België en in de monitoring van de implementatie en de naleving van *guidelines* in het ziekenhuis, de proces- en outcome-indicatoren.

Gelet op het feit dat meer en betere data en een betere toegankelijkheid van deze data voor onderzoekers kan leiden tot meer inzichten in de behandeling van longkanker, is het belangrijk om het Kankerregister en het breder data-ecosysteem verder te ontwikkelen. Zo zouden wij bijvoorbeeld meer kunnen leren over de correlatie tussen het aantal uitgevoerde interventies en de overlevingskansen van patiënten met longkanker. Dat kan onder andere helpen bij het beantwoorden van de vraag of het zinvol zou zijn de behandeling van specifieke gevallen van longkanker te centraliseren in een beperkt aantal gespecialiseerde ziekenhuizen zoals eerder al gebeurde voor de behandeling van slokdarmkanker en pancreaskanker.

Om meer en betere data te verzamelen is er nood aan een hogere registratiebereidheid en -vaardigheid maar ook aan meer structurering en standaardisering.

Het gebruik van *real world data* heeft een grote impact op de kwaliteit van de zorg. Het Kankerregister zou meer klinische data zoals deze uit de medische beeldvorming of klinische biologie kunnen bevatten. Het detailniveau zou ook verhoogd kunnen worden om tot een betere evidencebased longkankerzorgoptimalisatie te komen. Zo laat het ontbreken van data betreffende het type longkankerchirurgie niet toe om de zorg verder te verfijnen.

Niet gestructureerde gegevens zoals de MOC-verslagen zouden in het Kankerregister moeten worden opgenomen. Dit zou via een software kunnen. Nieuwe technieken zoals *artificial intelligence* en *machine learning* kunnen hier ook bij helpen.

Er worden nog geen “*Patient Reported Outcome Measures*” (PROMs) geregistreerd die nodig zijn om naar een patiëntgerichte longkankerzorg te evolueren. Op dat vlak kunnen de nieuwe technologieën ook een belangrijke rol spelen via de digitale follow-up van patiënten die zelf via een app in realtime hun gezondheidstoestand kunnen rapporteren. Uit pilootprojecten blijkt dat digitale transmurale zorgpaden voor longkankerpatiënten zowel

Données

Le Registre du cancer joue un rôle crucial dans la description de l'incidence, des tendances, de la survie, de la prévalence, de la prédiction, etc. du cancer en Belgique et dans le suivi de la mise en œuvre et du respect des directives dans les hôpitaux, des indicateurs de processus et de résultat.

Étant donné que des données plus nombreuses et de meilleure qualité et un meilleur accès à ces données pour les chercheurs peuvent ouvrir de nouvelles perspectives dans le traitement du cancer du poumon, il est important de poursuivre le développement du Registre du cancer et de l'écosystème de données au sens large. Par exemple, nous pourrions en savoir plus sur la corrélation entre le nombre d'interventions effectuées et le taux de survie des patients atteints de cancer du poumon. Cela pourrait aider à répondre à la question de savoir s'il serait utile de centraliser le traitement de cas spécifiques de cancer du poumon dans un nombre limité d'hôpitaux spécialisés, comme cela a déjà été fait pour le traitement du cancer de l'œsophage et du pancréas.

Afin de collecter des données plus nombreuses et de meilleure qualité, il est nécessaire d'accroître la volonté et la capacité d'enregistrement, mais aussi de mieux structurer et standardiser les données.

L'utilisation de données du monde réel a un impact important sur la qualité des soins. Le Registre du cancer pourrait reprendre davantage de données cliniques issues par exemple de l'imagerie médicale ou de la biologie clinique. Le niveau de détail pourrait également être augmenté afin de parvenir à une meilleure optimisation des soins du cancer du poumon fondée sur des données probantes. Ainsi, lorsqu'on ne dispose pas de données quant au type de chirurgie du cancer du poumon pratiquée, il est impossible d'affiner les soins.

Des données non structurées telles que les rapports des COM devraient être intégrées dans le Registre du cancer. Cela pourrait se faire par le biais d'un logiciel. De nouvelles techniques telles que l'intelligence artificielle et l'apprentissage machine pourraient également s'avérer utiles en la matière.

Les “*Patient Reported Outcome Measures*” (PROM) nécessaires pour évoluer vers des soins du cancer du poumon centrés sur le patient ne font pas encore l'objet d'un enregistrement. Les nouvelles technologies peuvent également jouer un rôle important dans ce domaine par le biais du suivi numérique des patients, qui peuvent signaler eux-mêmes leur état de santé en temps réel grâce à une application. Des projets pilotes montrent que les trajets

de kwaliteit en de efficiëntie van de zorg als de overleving van de patiënt significant verhogen¹⁹.

De koppeling van gegevens tussen de verschillende databases zoals het Kankerregister, healthdata.be, de Permanente Steekproef, facturatiegegevens, et cetera, blijft moeilijk voor iedereen die begaan is met de longkankerzorg (de betrokken patiënten, het behandelende team, de onderzoeksinstellingen, de beleidsmakers, de innovatieve industrie). De toegang tot deze gegevens blijft een heikel punt en dit ondanks het bestaan van snelle procedures op basis van grondig uitgewerkte protocollen die het goede wetenschappelijke gebruik en de privacy van de burger-patiënt garanderen. De creatie in België van een *Health Data Authority* om een duidelijke governance rond de toegang tot en het gebruik van gezondheidsdata te bewerkstelligen, zal hierin een belangrijke rol spelen.

Irina De Knop (Open Vld)

de soins transmuraux numériques organisés pour les patients atteints de cancer du poumon augmentent de manière significative la qualité et l'efficacité des soins et le taux de survie des patients¹⁹.

Il est encore difficile aujourd'hui pour les différentes personnes concernées par les soins du cancer du poumon (patients, équipe traitante, institutions de recherche, décideurs politiques, industrie innovante) de relier les données contenues dans les différentes banques de données telles que le Registre du cancer, healthdata.be, l'Échantillon permanent, les données de facturation, etc. L'accès à ces données reste problématique malgré l'existence de procédures rapides basées sur des protocoles élaborés en détail qui garantissent la bonne utilisation scientifique et le respect de la vie privée du citoyen-patient. La création en Belgique d'une *Health Data Authority* chargée d'établir des règles claires en matière d'accès aux données de santé et d'utilisation de ces données jouera un rôle important en la matière.

¹⁹ Demedts I, et al., Clinical implementation of value based healthcare: Impact on outcomes for lung cancer patients, Lung Cancer, Volume 162, 2021, Pages 90-95, <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2021.10.010>.

¹⁹ Demedts I, et al., Clinical implementation of value based healthcare: Impact on outcomes for lung cancer patients, Lung Cancer, Volume 162, 2021, Pages 90-95, <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2021.10.010>.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op het feit dat longkanker na borstkanker en colorectale kanker de meest voorkomende kanker in Europa en België is;

B. gelet op het feit dat de diagnose van longkanker zeer laat gesteld wordt wat de overlevingskansen van de patiënten negatief beïnvloedt en waardoor slechts 18,1 % van de mannen en 22,4 % van de vrouwen een diagnose van de ziekte krijgt in stadium I, tegenover respectievelijk 47,0 % en 47,1 % in het gevorderd stadium IV;

C. gelet op de enorme evolutie van de behandeling van longkanker met de opkomst van de recente *targeted* therapieën en immunotherapieën waardoor de Belgische klinische richtlijnen inzake longkankerzorg die dateren van 2013 toe zijn aan actualisatie;

D. gelet op het belang van data en een betere toegankelijkheid voor het bekomen van nieuwe inzichten;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. van de longkankerzorg een nationale prioriteit te maken;

2. de Belgische richtlijnen inzake longkanker te actualiseren op basis van de meest recente basiswetenschappelijke klinische inzichten;

3. de Belgische richtlijnen inzake longkanker aan te vullen met een richtlijn over de uiterst belangrijke rol van het psychosociaal support waarbij bijzondere aandacht wordt besteed aan de psychosociale aspecten zoals het longkankerstigma, de behandeling zelf tot en met de palliatieve begeleiding van de patiënt en zijn zorgomgeving en binnen het multidisciplinaire longkankerteam de oncologische verpleegkundige te belasten met de eerste psychosociale ondersteuning en de gerichte doorverwijzing bij geestelijke gezondheidsproblemen alsmede daartoe specifieke modules inzake psychosociale begeleiding op te nemen in het opleidingsprogramma van het postgraduaat voor het behalen van de beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de oncologie;

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent en Europe et en Belgique après le cancer du sein et le cancer colorectal;

B. considérant que le cancer du poumon est diagnostiqué à un stade très tardif, ce qui a un impact négatif sur les chances de survie des patients, et que seuls 18,1 % des hommes et 22,4 % des femmes sont diagnostiqués au stade I de la maladie, contre respectivement 47,0 % et 47,1 % au stade avancé IV;

C. vu l'évolution considérable enregistrée dans le traitement du cancer du poumon grâce à l'apparition récente des thérapies ciblées et des immunothérapies et considérant qu'il est donc nécessaire de mettre à jour les directives cliniques belges sur le traitement du cancer du poumon, qui datent de 2013;

D. vu l'importance des données et considérant qu'il est essentiel d'améliorer leur accessibilité pour acquérir de nouvelles perspectives;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. d'élever les soins relatifs au cancer du poumon au rang de priorité nationale;

2. d'actualiser les directives belges relatives au traitement du cancer du poumon sur la base des connaissances cliniques les plus récentes;

3. de compléter les directives belges relatives au traitement du cancer du poumon par une directive sur le rôle crucial du soutien psychosocial en accordant une attention particulière à la dimension psychosociale, par exemple à la stigmatisation du cancer du poumon, au traitement proprement dit jusqu'à l'accompagnement palliatif du patient et à son environnement de soin, et de charger l'infirmier en oncologie, au sein de l'équipe pluridisciplinaire chargée du cancer du poumon, d'apporter le premier soutien psychosocial et d'orienter le patient en cas de problèmes de santé mentale, et d'intégrer à cet effet des modules spécifiques d'accompagnement psychosocial dans le programme de formation post-graduat requis pour l'obtention du titre professionnel d'infirmier spécialisé en oncologie;

4. te bekijken hoe de geactualiseerde Belgische richtlijn de basis kan vormen voor het opstellen van een geïntegreerd zorgtraject longkanker;

5. voor de verschillende actiepunten in deze richtlijn de indicatoren en het zorgtraject te bepalen, het nodige budget vast te leggen en de resultaten van het beleid op te volgen aan de hand van deze indicatoren;

6. de Belgische longkankerpatiënt een snelle en brede toegang te verlenen tot innovatieve levensreddende behandelingen en toepassingen en daartoe de gekoppelde terugbetalingsprocedure van gepersonaliseerde geneesmiddelen en de hiervoor bestemde testen uit te breiden om de wetenschappelijke evolutie te volgen en een snelle en efficiënte behandeling aan te bieden aan longkankerpatiënten alsmede voldoende middelen te voorzien om deze tests terug te betalen;

7. een werkgroep van experts te mandateren teneinde na te gaan hoe het Kankerregister verder kan evolueren om aldus zijn leidersrol te bestendigen en een voortrekkersrol te blijven spelen in het beantwoorden van de huidige en toekomstige datagelinkte longkankernoden;

8. de deelstaten, al dan niet in samenwerking met het federale beleidsniveau, aan te zetten tot het opzetten van een gericht bevolkingsonderzoek met als doel longkanker in een vroeg stadium gericht te detecteren;

9. verder werk te maken van een tabaksvrije generatie zoals bepaald in het regeerakkoord.

18 maart 2025

Irina De Knop (Open Vld)

4. d'examiner comment la directive belge actualisée peut servir de base pour élaborer un trajet de soins intégrés du cancer du poumon;

5. de définir, pour les différents points d'action de cette directive, les indicateurs et le trajet de soins, ainsi que le budget nécessaire, et de suivre les résultats de la politique mise en œuvre à l'aide de ces indicateurs;

6. d'accorder aux patients atteints d'un cancer du poumon en Belgique un accès rapide et étendu à des applications et à des traitements salvateurs innovants et d'étendre à cette fin la procédure de remboursement y afférente des médicaments personnalisés et des tests prévus à cet effet afin de suivre l'évolution scientifique et d'offrir un traitement rapide et efficace à ces patients cancéreux, ainsi que de prévoir des moyens suffisants pour que ces tests soient remboursés;

7. de charger un groupe de travail composé d'experts d'examiner comment le Registre du cancer peut évoluer afin de pérenniser et de conserver son rôle de premier plan et son rôle de pionnier en vue de répondre aux besoins actuels et futurs en ce qui concerne le cancer du poumon sous l'angle des données numériques;

8. d'encourager les entités fédérées à mettre en place, éventuellement en collaboration avec le niveau fédéral, un dépistage ciblé dans le but de dépister le cancer du poumon à un stade précoce dans la population;

9. de poursuivre les efforts pour parvenir à une génération sans tabac, comme le prévoit l'accord de gouvernement.

18 mars 2025