



## **Évaluation du Plan Cancer 2008-2010 :**

### **Identification d'une méthodologie.**

Pr. Dr. Elke Van Hoof  
Dr. Eline Remue  
Dr. Ir Liesbeth Lenaerts  
Ellen De Wandeler  
Benoit Mores  
Jelle Goolaerts

Numéro de dépôt : D/2011/2505/76



## INTRODUCTION

### Objectif

Le présent document décrit la méthodologie utilisée dans le cadre de l'évaluation de l'implémentation du Plan Cancer.

Le travail s'est effectué en plusieurs phases :

1. Identification d'une méthodologie.
2. Examen de la littérature.
3. Analyse de faisabilité des indicateurs identifiés en préparation de l'évaluation du Plan Cancer 2008-2010.
4. Résultats 2011.
5. Évaluation qualitative au moyen de LymeSurvey.
6. Résumé

Tous les rapports sont disponibles sur notre site web <http://www.ecancer.be> ou, sous forme électronique, par e-mail ([BelgiancancerCentre@wiv-isp.be](mailto:BelgiancancerCentre@wiv-isp.be)).

**Auteur :** Elke Van Hoof

Comment référencer le présent document ? VAN HOOFF, E. 2011. Évaluation de l'implémentation du Plan Cancer : identification d'une méthodologie, WIV-ISP, Centre du Cancer, p. 57.

### Copyright statement

La présente œuvre fait l'objet d'une licence conformément à une attribution Creative Commons - Pas d'utilisation commerciale - Pas de modification 2.0 Belgique. Ce qui implique que l'œuvre peut être reproduite, distribuée et communiquée si le nom des auteurs est indiqué (1), l'œuvre n'est pas utilisée à des fins commerciales (2) et l'œuvre n'est pas modifiée (3). Rendez-vous sur <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/be/> afin de voir une copie de la licence.



### Validateurs externes :

Dr.ssa Gemma Gatta et Drs. Camilla Amati (Istituto Nazionale dei Tumori), Dr. Renée Otter (NKP monitor Nederland), Dr. Joseph Borrás (Institut Català d'Oncologia), Prof. Dr. Herman Van Oyen, Françoise Renard (Institut scientifique de Santé publique) et la Fondation Registre du cancer

### Remerciements :

Le Centre du Cancer remercie CRESCENDO (Geert Silversmit & Alain Visscher) ainsi que Renée Otter (NKP monitor Nederland) pour leur apport et leur appui dans la mise au point de cette méthodologie.



## ABRÉVIATIONS

<b>Abréviation</b>		<b>Néerlandais</b>	<b>Français</b>
A1M1	Action 1 Measure 1 in the Belgian Cancer Plan	-	-
BCR	Belgian Cancer Registry	BKR	RCB
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia	-	-
CT	Computer Tomography	-	-
EPAAC	EPAAC - European Partnership for Action Against Cancer	-	-
EU	European Union	EU	UE
FAMHP	Federal Agency for Medicines and Health Products	FAGG	AFMPS
FASFC	Federal Agency for the Safety of the Food Chain	FAVV	AFSCA
FPS	Federal Public Service	FOD	SPF
GD	General Director	DG	DG
GDP	Gross Domestic Product	-	-
GIT	Gastrointestinal Tract	-	-
GMF	Global Medical File	GMD	DMG
GNP	Gross National Product	BNP	PNB
GP	General practitioner	-	-
HCQI	Health Care Quality Indicators	-	-
HIS	Health Interview Survey	-	-
HPV	Human Papilloma Virus	-	-
IARC	International Agency for Research on Cancer	-	-
IMA	Inter Mutualistic Agency	IMA	AIM
INSZ	Identification Numbre Belgian Social Security	-	-
KCE	Belgian Healthcare Knowledge Centre	-	-
LINAC	Linear Accelerator	-	-
MCI	Medical Council for Invalidity	GRI	CMI
MESH	Medical Subject Headings	-	-
MOC	Multidisciplinary Oncological Consult	MOC	COM
MRI	Magnetic Resonance Imaging	-	-
NCCP	National Cancer Control Programme	-	-
NCP	National Cancer Plan	NKP	PCN
NIHDI	National Institute for Health and Disability Insurance	RIZIV	INAMI
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development	OESO	OCDE
OIVO / CRIOC	Centre de Recherche et d'information	OIVO	CRIOC

PET	Positron Emission Tomography	-	-
PUBmed	US National Library of Medicine	-	-
QOL	Quality Of Life	-	-
SD	Standard Deviation	-	-
SES	Social Economic Status	SES	SSE
SIOPE	European Society for Paediatric Oncology	-	-
SIPH	Scientific Institute of Public Health	WIV	ISP
TNM	Tumour, lymph Node, Metastasis	-	CIN
VIGEZ	Vlaams Instituut voor gezondheidspromotie en Ziektepreventie	VIGEZ	-
VLK	Vlaamse Liga tegen Kanker	VLK	VLK
WHO	World Health Organisation	WGO	OMS
WP	Work Package	-	-
WSR	World Standard Population	-	-

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	3
ABRÉVIATIONS .....	5
TABLE DES MATIÈRES.....	7
1. ÉVALUATION DE LA POLITIQUE EN MATIERE DE CANCER.....	8
2. DIRECTIVES POUR UN PLAN CANCER DE QUALITE .....	10
2.1. OMS.....	10
2.2. UE 12	
3. EVALUATION DU PLAN CANCER .....	14
4. ÉVALUATION DE L'IMPACT DE L'IMPLÉMENTATION DU PLAN CANCER 2008-2010 .....	16
4.1. OBJECTIFS.....	16
4.2. PROCEDURE .....	16
4.3. EVALUATION DE L'IMPLEMENTATION DU PLAN CANCER 2008-2010 .....	61

## 1. ÉVALUATION DE LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE CANCER

L'évaluation du Plan Cancer est une mission qui incombe au Centre du Cancer. Notre convention "Note CSS 2008/256corr" conclue entre l'INAMI et l'ISP stipule que *"le point de départ de la mission du Centre du Cancer consiste à jouer un rôle d'encouragement, de coordination et d'appui dans la mission de recherche devant permettre au Centre du Cancer d'identifier les activités de prévention du cancer, le traitement et/ou l'accueil des patients cancéreux ainsi que la recherche scientifique en rapport avec le cancer pour l'ensemble de la Belgique, et ce sur la base de données collectées et traitées, dont peuvent découler des rapports pertinents devant permettre aux autorités de mener une politique rationnelle de lutte contre le cancer basée autant que possible sur des preuves scientifiques et des choix bien réfléchis"*. La mission décrite dans la convention est traduite en 10 objectifs (voir annexe 1). Ainsi, l'objectif 2 se réfère au Plan Cancer : "Évaluation des efforts dans la lutte contre le cancer en Belgique : rassemblement des données nécessaires, analyse et élaboration de conclusions stratégiques".

Pour parvenir à cette évaluation, il convient d'une part de dresser une liste de toute la littérature pertinente concernant l'état de la situation pour ce qui touche aux cinq piliers du Plan Cancer<sup>1</sup> (objectif 5 de la convention). D'autre part, cette évaluation insufflerait idéalement l'élan nécessaire à de nouvelles initiatives (objectif 6).

Sur la base des objectifs précités, on peut déduire que le Centre du Cancer est invité à évaluer la politique du cancer<sup>2</sup> en Belgique. La politique du cancer comporte en effet davantage que le seul Plan Cancer.

Une évaluation doit néanmoins être réalisée dans un environnement méthodologiquement justifié. Il est important de toujours placer les résultats dans leur contexte. Dans ce cadre, on a opté pour s'orienter en premier lieu sur l'évaluation du Plan Cancer.

Le Plan Cancer consiste en 32 actions répartis sur 3 Domaines. Une Action peut comporter plusieurs Mesures. Par exemple, l'Action 1, "*Remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique*", comprend 3 Mesures :

1. Remboursement d'un forfait de 30 euros pour tous les fumeurs pour une première consultation en matière d'aide au sevrage tabagique par un tabacologue.

---

<sup>1</sup> Dans la convention, il est question de 5 piliers du Plan cancer, à savoir : (1) la prévention primaire du cancer par la réduction de l'exposition aux facteurs de risques ; (2) la prévention secondaire par la détection précoce et le traitement du cancer ; (3) le traitement des patients cancéreux ; (4) la réponse aux besoins psychosociaux des patients cancéreux et de leur entourage, en particulier les soins particuliers en rapport avec la fin de vie ; et (5) la recherche scientifique, le développement et l'évaluation de nouvelles méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer. Dans le Plan cancer 2008-2010, il est toutefois fait mention de 3 domaines que sont prévention et détection, soins au patient et recherche et innovation.

<sup>2</sup> On entend par là tous les choix stratégiques ayant un impact sur la lutte contre le cancer.

2. Ensuite, remboursement d'un forfait de 20 euros par séance chez un tabacologue, avec un maximum de 8 consultations. Pour les femmes enceintes, le remboursement sera de 30 euros.
3. Dans le cadre d'un renforcement général des contrôles et en complément des contrôles permanents effectués par l'AFSCA, les services du SPF Santé publique seront chargés d'effectuer des contrôles sur le respect de la législation sur le tabac.

Dans l'évaluation du Plan Cancer, les 32 Actions du Plan Cancer identifiées sont utilisées en tant que structure dans laquelle les différentes mesures sont évaluées.

## 2. DIRECTIVES POUR UN PLAN CANCER DE QUALITE

### 2.1. OMS

Selon l'OMS, un Plan Cancer est "*a well-conceived, well-managed national cancer control programme*" qui impacte positivement l'incidence du cancer et optimise la qualité de vie des patients, quels que soient les moyens dont dispose un pays.

Un programme national de lutte contre le cancer est un programme de santé publique destiné à réduire le nombre de cas de cancer et de décès, et d'améliorer la qualité de vie des patients cancéreux. Cela par la mise en œuvre systématique et équitable de stratégie de prévention basées sur des preuves, de la détection précoce, du diagnostic, du traitement et de la palliation. Cela se passera de la meilleure manière et avec les ressources disponibles.

Un programme national intégral contre le cancer évalue les différentes manières de combattre la maladie. Il met en œuvre celles qui offrent le rapport coût/efficacité le plus optimal et qui sont le plus bénéfique pour la plus grande partie de la population. Il met l'accent sur la prévention des cancers ou sur leur détection précoce, afin qu'ils puissent être soignés, et offrent autant de confort que possible aux patients dont la maladie est à un stade avancé<sup>3</sup>.

La promotion de Programmes nationaux de contrôle du cancer (PNCC) est une stratégie clé dans le combat que mène l'OMS contre le cancer dans le monde. L'OMS aide les États membres à bâtir et renforcer des capacités afin de planifier et d'implémenter des programmes efficaces. Dans ce contexte, le développement d'une évaluation de la capacité PNCC systématique est considéré comme étant une nécessité essentielle pour l'identification des lacunes et des atouts, ainsi que pour contrôler l'évolution des plans et des programmes de contrôle du cancer aux niveaux national, régional et mondial. L'évaluation de la capacité PNCC fera partie d'un système de surveillance d'une plus grande capacité pour les maladies non transmissibles, qui est en cours de développement.

Messages clés à destination des personnes impliquées dans la planification et l'implémentation en matière de cancer :

- Une stratégie intégrée et globale de lutte contre le cancer permet une utilisation davantage équilibrée, efficace et équitable de ressources limitées.
- Afin de planifier correctement la lutte contre le cancer, il est nécessaire de comprendre le contexte, de tenir compte des expériences passées et d'être prêt à apprendre en permanence.
- Une lutte contre le cancer qui se fixe des objectifs, qui est réaliste et qui est soigneusement préparée par le biais d'un processus de participation sera vraisemblablement mise en œuvre de manière efficace.
- Dans un environnement de ressources limitées, un plan qui tient compte d'une approche des soins de santé primaires et de l'implémentation graduelle d'un nombre

---

<sup>3</sup> <http://www.who.int/cancer/nccp/en/>

restreint d'interventions abordables et présentant un bon rapport coût/efficacité aura davantage de chances de déboucher sur des actions efficaces<sup>4</sup>.

En 2011, l'OMS a publié un formulaire d'évaluation destiné à soutenir les pays ou les entités fédérées dans l'évaluation d'un Plan Cancer. Cet outil est divisé en 2 formulaires et en 5 sections :

Forme I. Formulaire d'évaluation pour le Plan National pour la Lutte contre le Cancer (NCCP) :

Section 1: "Cancer control plan"

Section 2: "Ongoing cancer services/activities related to the cancer control continuum"

Section 3: "Ongoing cancer services/activities and ressources related to over all cancer control programme management"

Section 4: "Curent barries and straights in cancer control"

Forme II. Auteurs et coauteurs principaux :

Section 5 : "Identification of the country and répondent/s"

Ce formulaire d'évaluation (annexe 2) repose sur une publication antérieure de l'OMS : "Cancer control: knowledge into action. WHO guide for effective programmes".<sup>5</sup>

Pour l'évaluation du Plan Cancer, les 8 questions suivantes du formulaire d'évaluation ont été consignées : (pour garantir la lisibilité, la numérotation de la publication de l'OMS a été maintenue).

*1. Aspect exhaustif du plan (prévention du cancer et continuum de la lutte) : le plan écrit de lutte contre le cancer comporte-t-il des objectifs, des finalités et des interventions prioritaires basées sur des preuves dans les composantes suivantes du continuum du cancer : prévention, détection précoce, diagnostic et traitement, soins palliatifs ? (point 1.5 du formulaire d'évaluation)*

*2. Sections critiques du plan : le plan écrit établi de lutte contre le cancer comporte les sections suivantes : évaluation du problème de cancer et facteurs de risques du cancer, évaluation de l'accomplissement de la lutte contre le cancer, finalités et objectifs mesurables à court, moyen et long terme, plan d'action pour atteindre les objectifs basés sur des preuves, aspect abordable et équité, intégration d'activités aux maladies chroniques existantes et à d'autres programmes qui y sont liés, domaines de recherche prioritaire en appui à l'implémentation du plan, développement d'un système d'information pour le contrôle et l'évaluation des priorités, processus clair et indicateurs de résultat pour le contrôle de l'évaluation et, enfin, le coût du plan d'action et des ressources que nécessitent son implémentation ? (point 1.6 du formulaire d'évaluation)*

*3. Évaluation des services/activités fourni(e)s : une évaluation complète et régulière des services/activités fourni(e)s qui recourent aux indicateurs de processus et de résultats ? (point 3.1.1 du formulaire d'évaluation)*

---

<sup>4</sup> <http://www.who.int/cancer/nccp/planning/en/index.html>

<sup>5</sup> <http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>

4. *Gestion de la lutte contre le cancer : une personne est-elle en charge de la coordination de l'ensemble des activités liées à la lutte contre le cancer au niveau national ? (point 3.5 du formulaire d'évaluation)*

5. *Comité consultatif de lutte contre le cancer (point 3.6 du formulaire d'évaluation)*

6. *Comment classifieriez-vous la disponibilité des ressources suivantes dans la lutte contre le cancer dans votre pays : politiques, ressources financières et humaines, ressources en appui des services liés au cancer au niveau des soins tertiaires, ressources en appui des services liés au cancer au niveau de soins secondaires, ressources en appui des programmes liés à la communauté ainsi que ressources en appui à la recherche destinée à améliorer la lutte contre le cancer ? (point 3.8 du formulaire d'évaluation)*

7. *Directives nationales : le pays possède-t-il des directives nationales basées sur des preuves, qui soient à jour (point 3.9 du formulaire d'évaluation)*

8. *Convention avec déclarations concernant la lutte contre le cancer : sensibilisation générale à la problématique du cancer et solutions envisageables, implication forte et adéquate de la communauté dans la lutte contre celui-ci, stigmates par rapport au cancer qui sont inexistantes ou très limités, soutien politique de l'approche de la santé publique fort ou adéquat à l'approche de la santé publique, leadership de contrôle national/régional fort ou adéquat en matière de cancer, la prise de décision est généralement basée sur les preuves, sur l'équité et sur l'accessibilité, les activités de lutte contre le cancer sont bien coordonnées et intégrées dans le système de santé, utilisation efficace et équilibrée de ressources dans le continuum du cancer, ressources financières en suffisantes en appui aux activités clés, infrastructures de santé adéquates à tous les niveaux de soins et l'accès équitable à des soins de qualité contre le cancer ? (point 4 du formulaire d'évaluation)*

Outre ces points de descriptions issus du formulaire d'évaluation de l'OMS, il convient d'également identifier les points spécifiques à l'initiative afin de pouvoir évaluer l'impact de l'implémentation d'une initiative spécifique sur le terrain.

## **2.2. UE**

L'incidence du cancer augmente parmi les populations vieillissantes et les patients sont de plus en plus informés et assertifs quant à leurs droits et volontés. En même temps, le cancer constitue un groupe de maladies qui pèse lourdement dans le système de soins de santé, exigeant des ressources financières et humaines au travers de multiples services de santé, allant de la prévention primaire aux soins palliatifs en passant par le revalidation. Les gouvernements européens relèvent ces défis avec plus ou moins de succès, cependant il est évident qu'il y a désormais un besoin urgent de mettre sur

ped des stratégies en matière de lutte contre le cancer à l'échelle du système qui soient efficaces et efficaces en termes de coûts pour tout le continent.

Le Partenariat européen pour la lutte contre le cancer (EPAAC) a été créé sous la houlette de la Commission européenne pour combler un vide en matière de collaboration et de partage d'expériences parmi les pays ayant des besoins similaires et des expériences diverses. L'initiative s'étend sur trois années, de 2011 à 2014 et sera basée sur les expériences et l'expertise d'un large éventail de participants, en ce compris des dirigeants politique, des chercheurs universitaires, des professionnels de la santé et des patients. Les activités et les études traiteront des défis majeurs dans le domaine de la lutte contre le cancer en Europe et dans les Etats membres, incluant la recherche, les prestations de services, les ressources humaines et les réponses des systèmes de soins de santé. L'un des objectifs du Partenariat européen pour la lutte contre le cancer est d'apporter un soutien aux Etats membres de l'UE en matière de développement, d'implémentation, d'évaluation et d'amélioration des programmes nationaux de lutte contre le Cancer (PNC).

Dans ce contexte, Work Package 10 (WP10) aborde de manière spécifique les plans nationaux de lutte contre le cancer. Durant une période de trois ans (2011-14), ces stratégies nationales seront analysées par les participants au Work Package et par les Etats membres eux-mêmes et ce corpus consolidé d'informations constituera une base pour rédiger des conclusions tant sur les plans concernant l'effectivité que les recommandations.

Dans le WP10 (relatif aux Plans nationaux de lutte contre le cancer) et le WP 9 (relatif aux informations et aux données), l'on tente d'identifier les indicateurs nécessaires afin d'évaluer l'impact de l'implémentation des plans cancer. Toutefois, le travail n'a pas encore été finalisé<sup>6</sup>.

Le WP10 compare les divers plans cancers et/ou stratégies existants des différents pays européens ainsi que de l'Islande et de la Norvège afin de parvenir à élaborer des recommandations pour un Plan Cancer et/ou des stratégies en matière de cancer efficaces. Outre ces recommandations, le WP10 tente également d'identifier les indicateurs nécessaires qui en découlent et permettent d'assurer un suivi des objectifs spécifiques d'un Plan Cancer et/ou des stratégies en matière de cancer. Le WP9 tente de développer ou d'identifier des indicateurs stratégiques que les différents pays peuvent utiliser pour évaluer leur politique et/ou leur stratégie en matière de cancer ainsi que pour en assurer le suivi. Pour ce faire, on a tout d'abord recours aux indicateurs déjà existants.

Lors de l'identification des aspects spécifiques à l'initiative dans le cadre de l'évaluation du Plan Cancer 2008-2010, l'on a tenu compte des avancées réalisées au sein des WP 10 et WP 9 de l'EPAAC.

---

<sup>6</sup> [www.epaac.eu](http://www.epaac.eu)

### 3. EVALUATION DU PLAN CANCER

Pour l'évaluation du Plan Cancer, 3 subdivisions ont été identifiées dans un premier temps :

1. Réalisation et suivi de l'état des lieux en matière d'implémentation/ opérationnalisation d'une mesure/action bien déterminée ;
2. Evaluation des actions et des mesures du Plan Cancer telles que lancées par le(s) Ministre(s) compétent(s) ;
3. Evaluation de la politique en matière de cancer sur la santé publique et les soins de santé.

L'on a établi cette subdivision pour les raisons suivantes :

- La multitude de données potentiellement utilisables à différents niveaux (allant de l'état des lieux, par ex. Le nombre de psychologues financés au sein du Plan Cancer, à l'évaluation de la politique en matière de cancer, par ex. à l'aide de l'amélioration de la qualité ressentie subjectivement par les patients ;
- L'inclusion de différentes sortes d'Actions assorties de chaque finalité spécifique allant d'actions très précises telles que l'Action 8 "revalorisation de la Consultation oncologique multidisciplinaire" à l'Action 21-22 "projets pilotes relatifs à la prise en charge des patients atteints du cancer et de leurs proches" ;
- La nécessité d'évaluer une politique en matière de lutte contre le cancer qui ne sort pas du cadre des actions concrètes étant donné qu'une politique comporte plus d'éléments que les actions reprises dans le Plan Cancer ;
- L'absence de liens causaux entre les Actions du Plan Cancer et les indicateurs (de résultats) tel que connus au jour d'aujourd'hui<sup>7</sup> ;
- La nécessité de tenir un discours cohérent à tous les acteurs présents sur le terrain.

Etant donné que le Plan Cancer a été lancé en mars 2008 et que dans le cadre de l'évaluation de la politique en matière de cancer, il convient d'assurer un suivi du Plan Cancer pendant plusieurs années avant de pouvoir se prononcer quant à ses éventuels effets sur le soins de santé et la santé publique, le travail de délimitation de la mission a été poursuivi.

L'évaluation du Plan Cancer a été décrite comme l'évaluation de l'impact de l'implémentation du Plan Cancer 2008-2010. Pour ce faire, l'on a inclus les deux premiers points des 3 subdivisions identifiées ; à savoir l'élaboration et le suivi de l'Etat de lieux en matière d'implémentation/opérationnalisation d'une mesure/initiative bien déterminée et l'évaluation du Plan Cancer tel que lancées par le(s) Ministre(s) compétent(s) ;

Cette subdivision a été soumise à un groupe de travail qui a été créé<sup>8</sup>. Les personnes suivantes faisaient partie de ce groupe de travail : Saskia Van Den Bogaert (SPF DG1), Raf Mertens (KCE),

---

<sup>7</sup>Tels que la mortalité, l'incidence et les indicateurs de qualité.

Liesbeth Van Eycken (Fondation Registre du cancer), Herman Van Oyen (ISP), Denise Francoise (ISP), Pascal Meeus (INAMI), Denise Walckiers (ISP), Françoise Renard (ISP), Ri De Ridder (INAMI), Vinciane Quoidbach<sup>9</sup> (Cabinet de la ministre Onkelinx), Isabelle Van der Brempt (SPF DG1), Margareta Haelterman (SPF DG1), Elke Van Hoof (Centre du Cancer), Eline Remue (Centre du Cancer), Liesbeth Lenaerts (Centre du Cancer) et Ellen De Wandeler (Centre du Cancer).

Françoise Renard et Denise Walckiers ont été désignées comme personnes de contact pour la concordance de l'évaluation de l'implémentation du Plan Cancer 2008-2010 par rapport au projet qui dresse l'inventaire de la performance du système de soins de santé belge. Ce projet offre un aperçu des efforts actuellement mis en œuvre par la Belgique sur le plan de l'évaluation de la performance des soins de santé. Ces efforts constituent le sujet du rapport de base "Premiers pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé en Belgique" qui a été publié en juillet 2010<sup>10</sup>.

Les objectifs de ce rapport sont les suivants :

- Examiner la manière dont peut être élaboré un système pour l'évaluation de la performance du système de soins de santé
- Étudier son application éventuelle en Belgique par la composition et la détermination d'une première série d'indicateurs.

Le rapport est a été réalisé sous la responsabilité du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), de l'Institut scientifique de santé publique (ISP) et l'institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Les administrations qui ont trait aux affaires sociales et à la Santé publique, indépendamment de leur appartenance régionale, communautaire ou fédérale, sont également impliquées dans le projet.

Dans le cadre du suivi du premier rapport, l'on s'est pour le moment attelé à l'identification des indicateurs nécessaires afin de dresser l'inventaire des performances des 5 domaines : la promotion de la santé, les soins préventifs, les soins curatifs, les soins à long terme et les soins palliatifs.

Le groupe de travail a été principalement sollicité lors de l'identification des indicateurs nécessaires et pertinents pour l'évaluation de la politique en matière de cancer afin de surveiller la charge de travail de tout un chacun. Le groupe de travail s'est également attelé à mettre sur pied une liste de priorités de tous les indicateurs pour lesquels il est ressorti que des données nécessaires au calcul d'indicateurs spécifiques faisaient défaut. Au final, le groupe de travail validera les indicateurs publiés sur le site internet du Centre du Cancer.

---

<sup>8</sup> Lors de la réunion qui a eu lieu le 3 mars 2011, la méthodologie a été présentée et discutée (rapport disponible auprès du Centre du cancer).

<sup>9</sup> Pour le 20/02/2012, il s'agissait de Céline Leto.

<sup>10</sup> Vlayen J, Vanthomme K, Camberlin C, Piérart J, Walckiers D, Kohn L, Vinck I, Denis A, Meeus P, Van Oyen H, Leonard C, Premiers pas vers la mesure de la performance du système de soins de santé en Belgique. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports vol 128A (D/2010/10.273/25)

## 4. ÉVALUATION DE L'IMPACT DE L'IMPLÉMENTATION DU PLAN CANCER 2008-2010

### 4.1. Objectifs

L'évaluation de l'impact de l'implémentation du Plan Cancer 2008-2010 a pour vocation de répondre aux questions suivantes :

1. Les objectifs associés au Plan Cancer ont-ils été atteints ?
2. Les objectifs spécifiques des initiatives ont-ils été atteints ?
3. Dans quelle situation certaines initiatives ont-elles été identifiées ?
4. Quel est l'impact de l'implémentation d'une initiative prise dans le cadre du Plan Cancer ? <sup>11</sup>
5. Quel score a obtenu le Plan Cancer 2008-2010 aux questions sélectionnées dans le formulaire d'évaluation de l'OMS (voir chapitre 2) ?

### 4.2. Procédure

#### 4.2.1 Littérature relative à l'identification des indicateurs déjà existants

Avant de procéder à l'évaluation de l'impact de l'implémentation du Plan Cancer, l'on a réalisé une étude de la littérature (scientifique) en vue d'identifier les indicateurs nécessaires et pertinents. L'on a dressé l'inventaire de l'expertise et des compétences existantes en matière d'indicateurs pour un Plan Cancer. En d'autres termes, il a été examiné quels indicateurs existants et publiés sont disponibles dans la littérature ; en premier lieu, l'on a effectué des recherches en utilisant les termes "Indicateurs", "national cancer control program", "national cancer plan", "cancer plan" et "evaluation", ce qui n'a livré que peu résultats. L'on a donc effectué d'autres recherches à l'aide de nouveaux mots clés.

Des recherches ont été effectuées dans PubMed (jusqu'au 11/2011) en vue d'identifier des indicateurs de qualité publiés et validés pour les soins oncologiques en utilisant le Medical Subject Heading (MeSH) à l'aide des termes "Indicateurs de qualité" et "soins de santé" combinés aux termes "cancer". Seules les publications comportant des abstracts en anglais pour lesquelles un texte intégral libre de droits était disponible ont été incluses et seuls les indicateurs de qualité généraux associés aux soins oncologiques ont été retenus (la révision des indicateurs relatifs aux aspects techniques des soins oncologiques ou aux performances des médecins dépassent le champ d'application de cette étude). Nous avons également réalisé des recherches approfondies sur les sites internet d'organisations professionnelles à la recherche de recommandations et d'autre "littérature grise" (c.-à-d. non publiée dans des revues peer-reviewed) et ajouté les indicateurs pertinents à la liste des indicateurs résultant de l'examen de la littérature.

Le processus de sélection a été réalisé de manière indépendante par 2 chercheurs.

Les résultats de cet examen sont repris dans le document "*Evaluation de l'implémentation du Plan Cancer 2008-2010: Literature review*".

---

<sup>11</sup> Étant donné que l'implémentation des différentes actions a eu lieu à différents moments, pour certaines nous ne pouvons présenter qu'une mesure de base des résultats 2011. Cette mesure de base garantit cependant la poursuite de surveillance.

Cet examen de la littérature présente un aperçu des connaissances et de l'expertise existantes concernant l'identification des indicateurs utilisés dans le cadre de l'évaluation de la lutte contre le cancer. Il était toutefois frappant que cette liste ne présentait peu ou pas d'affinités avec les initiatives et mesures spécifiques prises dans le cadre du Plan Cancer 2008-2010. Cette affinité est cependant nécessaire pour pouvoir évaluer l'impact de l'implémentation d'initiatives spécifiques. Par conséquent, outre l'approche *top-down* basée sur la littérature (scientifique) existante, l'on a également eu recours à une approche *bottom-up* pour laquelle l'on est parti d'une liste d'actions sélectionnées prises dans le Plan Cancer 2008-2010 afin de définir des indications pragmatiques.

#### 4.2.2. Indicateurs pragmatiques

Afin de parvenir à des indicateurs pragmatiques qui sont le reflet de certaines actions du Plan Cancer, des objectifs par Action ont été identifiés au préalable<sup>12</sup>. L'identification des objectifs permet de définir des indicateurs qui serviront de base à dresser l'inventaire des objectifs. L'identification des objectifs a été réalisée par 2 chercheurs et a été soumise à des validateurs externes indépendants.

Le **Tableau 1** présente un aperçu des Actions et des objectifs associés repris dans le Plan Cancer 2008-2010.

REMARQUE : En 2011, des Actions relatives au cancer colorectal ainsi qu'à l'alimentation et au cancer ont été ajoutées.

---

<sup>12</sup> Lors du lancement du Plan cancer 2008-2010, aucun objectif explicite n'a été publié. Néanmoins, il était possible d'explicitier les objectifs visés en se basant sur la description des actions et des mesures.

**Tableau 1 : Aperçu des actions et des objectifs associés au Plan Cancer 2008-2010**

Action	Objectifs
<b>Domaine 1 : prévention et dépistage</b>	
Action 1 : remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique	Réduction du nombre de fumeurs (A1M1, A1M3)
	Réduction de l'incidence des maladies liées au tabagisme (A1M1, A1M2, A1M3)
	Renforcer le respect de la loi (A1M2) <sup>13</sup>
Action 2 : dépistage et accompagnement des personnes avec un risque de prédisposition génétique au cancer <sup>14</sup>	Améliorer l'accès à la meilleure qualité de <u>soins</u> possible en détectant les personnes à risque (A2M1, A2M2, A2M3)
	Améliorer l'accès à la meilleure qualité de <u>soins</u> en détectant et conseillant les personnes à risque
Action 3 : élargir la tranche d'âge de vaccination contre le papillomavirus aux jeunes filles de 12 à 18 ans <sup>15</sup>	Réduction du risque d'infection aux sous-types de PHV (A1M1, A1M2)
	Réduction de l'incidence du cancer de l'utérus <sup>16</sup> (A1M2)
	Réduction de la mortalité liée au cancer de l'utérus
Action 4 : amélioration du dépistage et du diagnostic précoce du cancer du sein.	Amélioration de la détection ou du diagnostic précoce du cancer du sein (A4M1, A4M2)
	Réduction de la mortalité liée <sup>17</sup> au cancer du sein grâce au dépistage précoce (A4M1,

<sup>13</sup> Il est important de vérifier si le SPF Santé publique effectue toujours les enregistrements de la même manière, autrement les enregistrements sont inutiles.

<sup>14</sup> Limité aux cancers avec un risque/prédisposition génétique et/ou un lien connu.

<sup>15</sup> Recommandation pour le dépistage => pas de dépistage sans un système d'enregistrement valide qui facilite la surveillance.

<sup>16</sup> Résultats dans Arbyn et al. (2010) Analysis of individual health insurance data pertaining to pap smears, colposcopies, biopsies and surgery to the uterine cervix (2002-2006).

	A4M2, A4M3)
Action 5 : programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus	Amélioration de la détection ou diagnostic précoce du cancer de l'utérus (A5M1)
	Réduction de l'incidence du cancer de l'utérus
	Réduction de la mortalité liée au cancer de l'utérus (A5M1, A5M2)

---

<sup>17</sup> L'influence sur la mortalité ne peut être observée qu'après 15 années.

Action	Objectifs
Action 6 : consultation de prévention des risques de santé	Sensibiliser davantage les médecins généralistes à la relation existant entre les facteurs de risque et le cancer (A6M1)
	Sensibiliser davantage la population générale à la relation existant entre les facteurs de risque et le cancer (A6M1)
Dépistage colorectal	Réduire la mortalité liée au cancer colorectal
	Réduire l'incidence liée au cancer colorectal
	Amélioration de la détection ou diagnostic précoce du cancer colorectal
<b>Domain 2 : soins, traitements et soutien aux patients</b>	
Action 7 : soutien spécifique au moment de l'annonce du diagnostic du cancer au patient	Assurer une communication multidisciplinaire et axée sur le patient (A7M1, A7M2)
Action 8 : revalorisation de la Consultation oncologique multidisciplinaire (COM)	Assurer le meilleur traitement possible (A8M1, A8M2, A8 action complémentaire)
	Faciliter la collaboration
Action 9 : mise en place de trajets de soins pour les patients cancéreux <sup>18</sup>	Assurer des soins de la meilleure qualité possible
Action 10 : soutien psychosocial dans le cadre des programmes de soins oncologiques <sup>19</sup>	Assurer le meilleur soutien psychosocial possible pour le cancer (A10M1, A10M2)
Action 11 : financement d'un data manager dans le cadre des	Garantir des données de haute de qualité au sein du Registre du cancer belge

<sup>18</sup> Vérifier si le KCE dispose d'une étude relative aux moments et aux lieux où les patientes atteintes du cancer du sein se font faire une reconstruction mammaire => Collaboration ?

Recommandations ?

<sup>19</sup> Enregistrement national pour les psychologues.

programmes de soins oncologiques	
Action 12 : définition et financement d'un programme de soins oncologiques pédiatriques	Garantir des soins de la meilleure qualité possible pour les cancers pédiatriques <sup>20</sup>
	Assurer une participation à des essais cliniques
Action 13 : prise en charge des tumeurs rares	Garantir des soins de la meilleure qualité possible
Action 14 : reconnaissance du titre d'infirmière en oncologie	Rendre la fonction plus attractive
<b>Action</b>	<b>Objectifs</b>
Action 15 : amélioration de la couverture des traitements anticancéreux par l'assurance obligatoire soins de santé	Assurer l'accessibilité/l'accessibilité financière de soins <sup>21</sup>
Action 16 : soutenir la radiothérapie et l'imagerie médicale oncologiques	Garantir des soins de la meilleure qualité possible
	Assurer la sécurité des patients
Action 17 : soutien structurel aux banques et aux unités de thérapie cellulaire pour les cellules souches hématopoïétiques (qui produisent des cellules sanguines) et de sang de cordons ombilicaux	Assurer l'accessibilité de la thérapie
	Faciliter la recherche
Action 18 : amélioration du remboursement de certains coûts	Assurer l'accessibilité/l'accessibilité financière de soins

<sup>20</sup> Recommandations SIOPE.

<sup>21</sup> Une manière de dresser l'inventaire du temps nécessaire pour un remboursement serait d'interroger les hôpitaux quant au temps nécessaire pour obtenir un remboursement pour certains médicaments. (+ Question afin donner une perspective : combien dénombre-t-on de patients,?).

annexes aux traitements anticancéreux	
Remboursement des frais de transport des patients atteints du cancer	Assurer l'accessibilité/l'accessibilité financière de soins
Action 19 : revalidation fonctionnelle du patient cancéreux en état de rémission	Assurer la meilleure qualité possible après un traitement primaire du cancer
	Réduire le nombre d'effets secondaires ressentis subjectivement
Action 20 : fixer les conditions de reconnaissance d'un handicap post-traitement du cancer	Minimiser les tracasseries administratives pour le patient et ses proches
Action 21 : soutien aux parents d'enfants avec un cancer	<i>Cf. A22</i>
Action 22 : accès à un soutien psychologique ou à la participation à des groupes d'entraide	Assurer des soins psychosociaux de la meilleure qualité possible
	Améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches
	Faciliter la recherche psychosociale oncologique
Action 23 : financement structurel des filières de soins pédiatriques "soins continus enfants"	Garantir des soins de la meilleure qualité possible
Action 24 : soutien à des projets-pilotes d'oncogériatrie clinique	Assurer des soins de la meilleure qualité possible en oncogériatrie
	Faciliter la recherche dans le domaine de l'oncogériatrie
<b>Action</b>	<b>Objectifs</b>
Action 25 : améliorer l'offre de soins palliatifs pour les patients cancéreux	Assurer des soins de la meilleure qualité possible
Action 26 : actions à mener en concertation avec les ministres	Apporter un soutien au prestataire de soins

compétents au niveau fédéral	
	Faciliter la réinsertion sur le marché du travail
Amélioration de la nutrition des patients cancéreux	Assurer des soins de la meilleure qualité possible
	Réduire l'incidence de la cachexie (malnutrition)
<b>Domaine 3 : recherche, technologies innovantes et évaluation</b>	
Action 27 : création d'une tumorothèque	Faciliter la recherche
	Optimiser l'efficacité du traitement
Action 28 : financement structurel de la coordination de la recherche translationnelle dans les hôpitaux	Faciliter la recherche translationnelle
	Assurer l'accessibilité à des options de traitements innovants
Action 29 : soutien à la recherche translationnelle	Faciliter la recherche translationnelle
	Assurer l'accessibilité à des options de traitements innovants
Action 30 : utilisation de l'hadronthérapie en Belgique	Assurer l'accessibilité à des options de traitements innovants
Action 31 : renforcer la Fondation Registre du Cancer	Garantir des données de haute qualité
	Garantir l'accessibilité des données
Action 32 : mise en place d'un Centre de Référence Cancer	Apporter un soutien à la politique en matière de soins oncologiques <sup>22</sup>

<sup>22</sup> Grâce à une stratégie nationale de lutte contre le cancer.

Après l'identification des objectifs, l'on s'est attelé à l'élaboration d'indicateurs pragmatiques. Par "indicateurs pragmatiques", l'on fait référence aux indicateurs qui à ce moment ne sont pas nécessairement repris dans les indicateurs "evidence-based" tels que l'incidence, la mortalité et certains indicateurs de qualité. Par conséquent, l'on peut également parler d'indicateurs dérivés. Les indicateurs reflètent cependant l'Action et les objectifs associés et permettent par conséquent d'évaluer l'impact de l'implémentation d'une Action bien déterminée.

Les critères de sélection pour les indicateurs pragmatiques sont les suivants :

- Représentation de l'Action prise dans le Plan Cancer ;
- Représentation de l'objectif associé à une Action bien déterminée du Plan Cancer ;
- Restitution du contexte où une certaine Action a été prise ;
- Mesure de référence des indicateurs pour l'implémentation d'une Action bien déterminée<sup>23</sup>.

En outre, la liste finale visait à parvenir à un équilibre entre les indicateurs déjà admis tels que la mortalité et l'incidence et ces nouveaux indicateurs pragmatiques.

L'exercice a été réalisé par trois experts ; deux experts au sein du Centre du Cancer et un expert externe afin de minimiser le biais entre les évaluateurs. Tous les experts ont dressé la liste des indicateurs nécessaires en se basant sur les Actions et les objectifs. Ensuite, les listes ont été mises en parallèle et comparées. En cas de discordance, l'on a procédé à une concertation et un avis supplémentaire a éventuellement été demandé.

Les indicateurs pragmatiques principaux et les indicateurs existants ont été classifiés d'une part en indicateurs directement liés à une Action spécifique et d'autre part, en indicateurs qui ne sont pas directement liés à une initiative déterminée. Le **tableau 3** présente un aperçu de la liste finale des indicateurs sur la base de l'aperçu de la littérature et la procédure bottom-up pragmatique.

Après avoir procédé à la classification, il a été examiné quels indicateurs ont pu être répertoriés. En d'autres termes, l'on a examiné les données disponibles. Sur la base de cette analyse, certains indicateurs ont été supprimés de la liste étant donné que pour le moment il n'y a pas de données pertinentes pour ce faire. Ces indicateurs sont barrés dans le **tableau 3**.

Cette deuxième classification a été soumise à titre de révision et de contrôle à un nombre d'experts (inter)nationaux en la matière. Les experts ont effectué leurs choix en s'appuyant sur les éléments suivants :

1. Expérience scientifique en matière d'indicateurs ;
2. Expérience clinique dans le domaine du cancer ;
3. Expérience dans le domaine de la politique en matière de cancer ;
4. Expérience en matière d'initiatives relatives à des indicateurs

---

<sup>23</sup> Ici il peut aussi être question d'une première mesure après l'implémentation. Cet aspect sera toujours clairement spécifié.

Les experts suivants ont évalué la liste finale des indicateurs (pragmatiques) :

- Larry Von Karsa (IARC),
- Gemma Gatta et Camilla Amati (Istituto Nazionale dei Tumori),
- Renée Otter (NKP monitor Nederland),
- Joseph Borrás (Catalan Institute of Oncology)
- Le groupe de travail "indicateurs" mis sur pied par le Centre du Cancer<sup>24</sup>
- Une harmonisation avec les experts présents de l'ISP a été réalisée.

La liste a été optimisée sur la base de leurs remarques et suggestions.

---

<sup>24</sup> Françoise Renard (ISP) a endossé cette tâche.

**Tableau 3 : énumération des indicateurs sur la base de l'aperçu de la littérature et de la procédure bottom-up pragmatique**

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
<b>Axe 1 : prévention et dépistage</b>			
Action 1 : remboursement des consultations d'aide au sevrage tabagique	Faire baisser le nombre de fumeurs (A1M1, A1M3)	<del>Évolution du % de fumeurs ayant cessé de fumer au cours des 2 dernières années après avoir consulté un tabacologue</del> Évolution du nombre de consultations chez le tabacologue en vue d'arrêter de fumer (adolescents-adultes-femmes enceintes) <del>Proportion du recours au remboursement des consultations chez le tabacologue par rapport à d'autres produits/méthodes/aides<sup>25</sup> afin d'arrêter de fumer</del>	Prévalence des fumeurs, évolution de la prévalence du tabagisme des femmes enceintes <del>Proportion de personnes décédant de cancers liés au tabagisme<sup>26</sup> par rapport à la proportion de personnes décédant de maladies liées à la fumée</del> Proportion de personnes décédant de cancers liés à la fumée Exposition à la fumée <16 ans Incidence du cancer du poumon <del>Nombre de fumeurs dans les écoles<sup>27</sup></del>
	Renforcer le respect de la loi (A1M2)	Nombre total de contrôles du respect de la législation sur le tabac, notamment la vente aux mineurs (- 16 ans), l'interdiction de publicité et l'interdiction de fumer. Proportion des infractions à la législation sur le tabac	

<sup>25</sup> Y compris les produits disponibles dans le commerce de détail.

<sup>26</sup> Proportion de la population souffrant de maladies liées à la fumée ? (une différenciation entre le cancer et les autres maladies est-elle possible ?)

<sup>27</sup> Indicateur de substitution du comportement tabagique chez les enfants.

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
Action 2 : dépistage et accompagnement des personnes à risque de prédisposition génétique au cancer	Améliorer l'accès aux meilleurs <u>soins</u> dans la détection des personnes à risques (A2M1, A2M2, A2M3)	<del>Nombre de tests génétiques envoyés à l'étranger</del> <del>Nombre de remboursements de tests génétiques effectués dans le pays</del> <del>Remboursement des frais de transports, budget moyen par test</del> <del>Proportion des coûts pour les tests génétiques envoyés à l'étranger par rapport aux personnes envoyées à l'étranger pour y subir des tests génétiques</del> <del>Nombre de patients &gt;50 ans =&gt; vérifier si on leur a demandé de faire l'objet de tests génétiques</del>	Incidence des cancers avec risques familiaux/génétiques <sup>28</sup> Proportion de cancers ayant des antécédents génétiques Proportion de familles prédisposées au cancer <del>Coût des maladies génétiques / des tests génétiques</del>
	Améliorer l'accès aux meilleurs soins possibles dans la <u>détection</u> et les conseils aux personnes à risques	<del>Proportion de patients traités dans les différents programmes de soins oncologiques<sup>29</sup> =&gt; disponibilité des conseils génétiques (proportion de cas de cancer auxquels orientés)</del> <del>Disponibilité de directives</del>	Satisfaction des patients % de la population de patients traités selon les procédures standardisées (médecins généralistes et spécialistes)

<sup>28</sup> Proportion du nombre de cancers (et leur incidence) afin de soutenir l'action (en d'autres termes, pourquoi est-il importante d'entreprendre une action supplémentaire ?).

<sup>29</sup> Étant donné que les cancers présentant des risques génétiques ou les familles fortement prédisposés au cancer pourraient nécessiter une attention spéciale, on pourrait prétendre que seuls les centres hautement spécialisés devraient être capables de traiter ces patients. Par conséquent, il pourrait être intéressant d'étudier la diffusion de cette population cancéreuse spécifique.

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
Action 3 : élargir la tranche d'âge de vaccination contre le papillomavirus pour les jeunes filles aux jeunes filles de 12 à 18 ans <sup>30</sup>	Réduire l'infection par les sous-catégories de papillomavirus (A1M1, A1M2)	Couverture de la vaccination chez les jeunes filles âgées entre 12 et 18 ans <del>Proportion de la vaccination complète</del> Nombre total de vaccins fournis par la pharmacie et âge	Utilisation de préservatifs Âge moyen lors du premier rapport sexuel <del>suivi à long terme des personnes vaccinées</del> <del>(concernant le nombre de vaccinations et la tranche d'âge, nombre de grossesses, âge lors du premier rapport sexuel, nombre de partenaires sexuels, utilisation de préservatifs, tabagisme, consommation d'alcool, exposition (passive) à la fumée...</del>
	Réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus (A1M2)	Proportion de carcinomes invasif du col de l'utérus chez les femmes, évolution Proportion de tests sanguins positifs au papillomavirus provenant des laboratoires de pathologie Incidence du cancer du col de l'utérus	<del>Participation au programme de vaccination</del> <del>Proportion de vaccination complète chez les femmes participant au programme de dépistage</del> Survie relative de 5 ans au cancer du col de l'utérus
	Réduire la mortalité due au cancer du col de l'utérus	Survie relative de 5 ans au cancer du col de l'utérus	

<sup>30</sup> Recommandation pour le dépistage => pas de dépistage sans un système d'enregistrement valable qui facilite le contrôle

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
Action 4 : amélioration du dépistage et du diagnostic précoce du cancer du sein	Améliorer la détection ou le diagnostic précoce du cancer du sein (A4M1, A4M2)	Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, évolution Proportion de dépistages par rapport aux mammographies opportunistes Stade du diagnostic : ventilation des tumeurs du sein par stade TNM et groupes d'âge + évolution	<del>Rapport coût/efficacité des programmes de détection du cancer du sein<sup>31</sup></del> <del>Différences existantes dans les critères de qualité entre le dépistage par rapport aux mammographies opportunistes</del> <del>Évolution du cancer du sein à &lt;50 ans et association avec les tests génétiques<sup>32</sup></del>
	Réduire la mortalité <sup>33</sup> du cancer du sein par une détection précoce (A4M1, A4M2, A4M3)	Tendances en matière d'incidence du cancer du sein	Taux de mortalité du cancer du sein (population dépistée par rapport à la population non dépistée Survie relative de 5 ans au cancer du sein, par stade et groupes d'âge <del>Proportion de rémissions de 5 ans pour les patients atteints de cancer du sein</del>

<sup>31</sup> Défini comme étant le bénéfice potentiel (en coûts de prestations techniques) à gagner si toutes les personnes identifiées comme étant la population cible participait à un programme de dépistage, conformément aux directives européennes pour chacun des programmes de dépistage.

<sup>32</sup> Une augmentation claire et soudaine devrait apparaître au moment où les tests génétiques seront instaurés pour les femmes de moins de 50 ans.

<sup>33</sup> L'influence sur la mortalité n'apparaît qu'après 15 ans.

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
Action 5 : programme systématique de dépistage du cancer du col de l'utérus	Améliorer la détection ou le diagnostic précoce du cancer du col de l'utérus (A5M1)	<p><del>Taux de participation au dépistage organisé du col de l'utérus</del></p> <p>Taux de participation au dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus</p> <p><del>Suivi après résultat PAPIIIb lors du dépistage du cancer du col de l'utérus (orientation)</del></p> <p><del>Proportion de la population cible effectivement dépistée dans l'intervalle recommandé</del></p> <p><del>Évolution de la proportion de femmes participantes par rapport à la population cible (division selon le SSE)<sup>34</sup></del></p> <p>Stade au diagnostic : ventilation des tumeurs du sein par stade TNM et groupes d'âge + évolution</p> <p>Tendances dans l'incidence</p>	<p><del>Rapport coût/efficacité des programmes de dépistage</del></p> <p>Situation actuelle du dépistage du cancer du col de l'utérus<sup>35</sup></p>
	Réduire l'incidence du	Cf. Action 3	Cf. Action 3

<sup>34</sup> Accessibilité et équité

<sup>35</sup> Arbyn et al., 2009: résultats de 1996-2000. La couverture du dépistage des cancers du col de l'utérus a été définie comme étant la proportion de la population cible (femmes de 25-64 ans) dont un frottis cervical a été prélevé au cours des 3 dernières années. La couverture du dépistage des cancers du col de l'utérus représentait 59 % au niveau national pour le groupe cible des 25-64 ans au cours de la période 1998-2000. Les différences entre les 3 régions étaient limitées. Les variations oscillaient entre 39-71 %. La couverture était de 64 % pour les 25-29 ans, de 67 % pour les 30-39 ans et de 56 % pour les 50-53 ans. L'intervalle de dépistage type était d'un an. La couverture n'atteignait que 59 % mais le nombre de frottis était suffisant pour couvrir plus de 100 % de la population cible. La réduction structurelle de l'usage massif et l'extension de la couverture est garantie => l'article peut servir de contexte dans lequel l'action est prise +Arbyn et al. (2010).

	cancer du col de l'utérus		
	Réduire la mortalité du cancer du col de l'utérus (A5M1, A5M2)		Survie relative de 5 ans au cancer du col de l'utérus, par stade et groupes d'âge

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
Action 6 : consultation de prévention des risques de santé	Améliorer la sensibilisation concernant la relation entre les facteurs de risques et le cancer parmi les médecins généralistes (A6M1)	<del>Proportion de la population cible utilisant le GMD+</del> <del>Variation dans l'utilisation par les médecins de ce module<sup>36</sup></del>	
	Améliorer la sensibilisation concernant la relation entre les facteurs de risques et le cancer la population générale (A6M1)	<del>Niveau de sensibilisation parmi la population cible</del> Nombre de personnes qui ont consulté pour prévenir des risques liés à la santé	Proportion de personnes déclarant ne pas fumer Nombre de personnes déclarant ne pas consommer de cannabis Proportion de personnes déclarant ne pas avoir consommé d'autres drogues durant les 12 derniers mois Proportion de personnes déclarant une surconsommation d'alcool Proportion de personnes considérées comme affichant une consommation problématique d'alcool Proportion de personnes présentant un risque de santé en raison d'un manque d'activité physique Proportion de personnes déclarant manger au moins deux portions de fruits par jour

<sup>36</sup> Avec ajustement des risques additionnels pour l'âge, les comorbidités...

			Proportion de personnes déclarant manger au moins 200 grammes de légumes par jour
--	--	--	---

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
Action 34 : dépistage colorectal	Réduire la mortalité du cancer colorectal		Mortalité parmi les <del>populations dépistées et non dépistées</del> Ventilation des stades du cancer suivant le mode de diagnostic Survie relative de 5 ans au cancer colorectal
	Améliorer la détection ou diagnostic précoce du cancer colorectal	<del>Taux de participation au dépistage organisé pour le cancer colorectal</del> Incidence du cancer colorectal Stade du diagnostic : ventilation des tumeurs du sein par stade TNM et groupes d'âge + évolution Évolution de l'incidence du cancer colorectal, différencié par le code postal <sup>37</sup>	<del>Rapport coût/efficacité des programmes de détection</del>

<sup>37</sup> Par conséquent, nous ne montrons aucune différence entre les régions ayant instauré un programme de dépistage et les autres régions (porter l'attention sur la région avec un pilote en Flandre).

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
<b>Axe 2 : soins, traitements et soutien aux patients</b>			
Action 7: soutien spécifique au moment de l'annonce du diagnostic du cancer au patient	Permettre une communication multidisciplinaire et orientée vers le patient (A7M1, A7M2)	<del>Satisfaction des patients dans sa communication avec le dispensateur de soins</del> Nombre de consultations de longue durée chez le spécialiste Nombre de consultations de longue durée chez le médecin généraliste Proportion d'infirmières et de médecins formés à communiquer en recourant à A7M2 dans les programmes de soins oncologiques	
Action 8 : revalorisation de la COM	Garantir le meilleur traitement possible (A8M1, A8M2, action supplémentaire A8)	<del>Proportion de COM divisées parmi les programmes de soins oncologiques<sup>38</sup></del> Proportion de cancers discutés en COM par groupe de tumeur et stade de TNM Stade au diagnostic par TNM <del>Score de l'OMS dans le rapportage COM (score de performance du patient au moment du diagnostic)</del>	Survie relative de 5 ans au (4 cancers les plus fréquents)

<sup>38</sup> Quels types de patients et quand sont-ils discutés (avant ou après les interventions chirurgicales ?) + quels types de cancers -> cela permettrait de comprendre la variabilité et il serait alors possible de vérifier l'organisation de l'hôpital + différencier les différents types de programmes de soins oncologiques (soins de base par rapport aux soins oncologiques).

		<p><del>% de la population de patients traités selon les procédures standard (médecin généraliste + spécialistes)</del></p> <p><del>Enregistrement professionnel des complications</del></p> <p><del>Moment de l'orientation (du généraliste vers le spécialiste)</del></p> <p><del>Temps compris entre le diagnostic et le premier traitement</del></p> <p><del>Temps compris entre la première visite du médecin généraliste/spécialiste et le diagnostic</del></p> <p><del>Nombre moyen de COM par patient</del></p> <p><del>Évolution de la cohérence dans les options de traitement, mesurées par la mise à disposition d'un traitement optimal (combinaison de chirurgie, de radiothérapie et de chimiothérapie si le patient est diagnostiqué tôt à un stade localisé)<sup>39</sup></del></p> <p><del>Proportion de cas ayant fait l'objet d'une COM en essais cliniques</del></p> <p><del>Proportion de cas ayant orientés vers des services psychologiques</del></p> <p><del>Variation dans l'organisation de la COM pour</del></p>	
--	--	--	--

<sup>39</sup> Indicateur pour la concordance avec les directives cliniques.

		chaque programme de soins oncologiques (manuel des programmes de soins oncologiques) <del>QoL</del>	
	Faciliter la collaboration	<del>Nombre d'orientations COM</del> <del>Temps compris entre le diagnostic et le premier traitement</del> <del>Offre d'un traitement optimal (combinaison de chirurgie, de radiothérapie et de chimiothérapie)</del> Composition de la COM : proportion de la présence par discipline	

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
Action 9: mise en place de trajets de soins pour les patients cancéreux	Assurer les meilleurs soins possibles	<p>Disponibilité des directives</p> <p>Satisfaction des patients</p> <p>Enregistrement professionnel des complications</p> <p>Stade au diagnostic : cas avec test métastatique</p> <p>Score de l'OMS dans le rapport de la COM (score de performance du patient au moment du diagnostic)</p> <p>Temps compris entre le diagnostic et le premier traitement</p> <p>Nombre de coordinateurs de soins</p> <p>Proportion de COM où un médecin généraliste est présent</p> <p>Modèles des orientations (manuel des programmes de soins oncologiques)</p> <p>Nombre d'oncologues médicaux pour 100.000 personnes</p>	<p><del>Offre d'un traitement optimal (combinaison de chirurgie, de radiothérapie et de chimiothérapie si le patient est diagnostiqué tôt à un stade localisé)</del></p> <p>Nombre de programmes de soins oncologiques par cas de cancer</p> <p><del>Temps compris entre le diagnostic et la première rémission (4 cancers les plus fréquents)</del></p> <p>Mesures volumes-résultats<sup>40</sup></p> <p>Nombre de programmes de soins oncologiques nécessitant un feed-back du RCB</p>

<sup>40</sup> Comme discuté dans les rapports du KCE

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
Action 10 : soutien infirmier et psychosocial aux patients dans le cadre des programmes de soins oncologiques	Garantir le meilleur soutien psychosocial possible dans le cadre du cancer (A10M1, A10M2)	<p>Nombre d'infirmières, de psychologues et d'assistants sociaux dans les différents programmes de soins oncologiques.</p> <p>Nombre d'onco-psychologues pour 100 000 personnes</p> <p>Nombre de travailleurs onco-sociaux<sup>41</sup> pour 100 000 personnes</p> <p><del>Présence et utilisation de directives</del></p> <p><del>Présence et utilisation d'une signalisation des besoins (disponibilité et utilisation d'outils destinés à évaluer les besoins en aide psychosociale spécialisée)</del></p> <p><del>% de la population de patients traités selon les directives</del></p> <p><del>Satisfaction des patients</del></p> <p><del>Qualité de vie</del></p> <p>Proportion de psychologues formés par rapport aux psychologues travaillant dans le domaine du cancer</p> <p>Variation dans l'organisation de soins psychosociaux dans les programmes de soins oncologiques</p>	

<sup>41</sup> Définition = travailleur social occupé dans un programme reconnu de soins oncologiques.

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
Action 11 : financement d'un data manager dans le cadre des programmes de soins oncologiques	Garantir des données de grande qualité dans le Registre belge du cancer	Présence d'un système de qualité au sein du RCB (évolution en proportion des données devant être "nettoyées") Nombre de gestionnaires de données ayant suivi une formation de base organisée par le RCB, par programme de soins oncologiques Nombre de gestionnaires de données financés par le SPF <sup>42</sup> , par programme de soins oncologiques Proportion de tumeurs enregistrées via le réseau clinique par rapport au réseau pathologique	
Action 12 : définition et financement d'un programme de soins oncologiques pédiatriques	Assurer les meilleurs soins possibles pour les cancers pédiatriques <sup>43</sup>	<del>Disponibilité de directives</del> <del>Satisfaction des patients</del> <del>Enregistrement professionnel des complications</del> Stade au diagnostic : répartitions de stades TNM ou de tumeurs pédiatriques <del>Temps compris entre le diagnostic et le</del>	Incidence des cancers pédiatriques, par ICC-3 Survie relative de 5 ans : 4 cancers pédiatriques les plus fréquents Nombre de cas de cancers pédiatriques pour centres de cancers pédiatrique <del>Volume du résultat</del> <sup>44</sup>

<sup>42</sup> Service public fédéral.

<sup>43</sup> Directives SIOPE.

<sup>44</sup> Comme discuté dans le rapport du KCE.

		<p><del>premier traitement</del></p> <p><del>Temps compris entre la première visite (médecin généraliste/spécialiste) et le diagnostic</del></p> <p><del>Temps compris entre le diagnostic et la première rémission</del></p> <p><del>Oncologues pédiatriques par nouveaux cas pédiatriques par an</del></p> <p><del>Score de l'OMS dans le rapport COM (score de performance du patient au moment du diagnostic)</del></p> <p><del>Présence et recours à la signalisation des besoins</del></p> <p><del>Présence et utilisation d'une signalisation des besoins (disponibilité et utilisation d'outils pour évaluer le besoin de soutien psychosocial spécialisé)</del></p> <p><del>Modèle d'orientation (manuels de programmes de soins oncologiques)</del></p>	
	Garantir la participation aux essais cliniques	<p><del>Nombre de patients en essais cliniques par rapport à la population totale des patients<sup>45</sup></del></p>	

<sup>45</sup> Via siope.

Action	Objectifs	Indicateurs (associé à l'Action)	Indicateurs (non associé au Plan Cancer, mesure de base et analyse des besoins)
Action 13 : traitement des tumeurs rares	Garantir les meilleurs soins possibles	<p>Disponibilité de directives</p> <p>Satisfaction des patients</p> <p><del>% de la population de patients traités selon les procédures standardisées (médecins généralistes et spécialistes)</del></p> <p><del>Enregistrement professionnel des complications</del></p> <p>% de patients traités selon des directives spécifiques (rapport COM)</p> <p>Stade du diagnostic : classification TNM des tumeurs rares</p> <p><del>Score OMS dans le rapport COM (score de performance du patient au moment du diagnostic)</del></p> <p><del>Base de diagnostics pour les cancers rares</del></p> <p><del>Temps compris entre le diagnostic et le premier traitement</del></p> <p><del>Temps compris entre la première visite (médecin généraliste/spécialiste) et le diagnostic</del></p> <p><del>Temps compris entre le diagnostic et la</del></p>	<p>Importance des cancers rares en Belgique</p> <p>Survie relative de 5 ans des cancers liés</p> <p><del>Étendue des cancers rares dans les programmes de soins oncologiques<sup>46</sup></del></p> <p><del>Volume du résultat</del></p>

<sup>46</sup> Voir également rapport du KCE report 149A.

		première rémission Modèles d'orientation (manuels de programmes de soins oncologiques)	
--	--	--	--

Action	Objectifs	Indicateurs (associés à l'Action)	Indicateurs (non associés au Plan Cancer ; mesure de base et analyse des besoins)
Action 14 : reconnaissance du titre d'infirmière en oncologie	Rendre la fonction plus attractive	<p>(Évolution de la) proportion de spécialisations pour le titre d'infirmier en soins oncologiques par rapport aux infirmières travaillant en oncologie</p> <p>Proportion d'infirmières spécialisées par rapport au nombre de patients cancéreux (Evolution du) nombre d'infirmières en oncologie pour les nouveaux cas de cancer chaque année</p> <p><del>(Proportion de patients réorientés vers un conseil en matière de soins infirmiers au moment du traitement primaire</del></p> <p>Evolution du roulement en oncologie Nombre d'infirmiers spécialisés en oncologie dans les soins ambulatoires par rapport aux soins résidents</p>	
Action 15 : amélioration de la couverture des traitements anticancéreux	Garantir l'accessibilité/l'accessibilité financière des soins	<del>Amélioration de l'accès aux "nouveaux médicaments" en Belgique par rapport à d'autres pays</del>	<del>Dépenses publiques pour les médicaments anticancéreux</del> <del>Dépenses nationales totales pour la santé</del>

<p>par l'assurance obligatoire soins de santé</p>		<p>Application clinique<sup>47</sup> de nouveaux médicaments innovants anticancéreux tels que le Herceptin (trastuzumab), Avastin (bevacizumab), Aromasin (exemestane), Femara (letrozole), Arimidex (anastrozole), Evista (raloxifene), Erbitux (cetuximab), Eloxatin (oxaliplatine), Camptosar (irinotecan) et le Xeloda (capecitabine)</p>	<p>Médication non conventionnelle Coûts Indirects Coefficient de Gini/Rapport des cotes concernant le sse/ gradient social Recours au Fonds de solidarité (INAMI) versus SSE Coûts des soins oncologiques</p>
---	--	---	---

<sup>47</sup> Questionnaire sur les systèmes de cancers rares HCQI de l'OCDE.

Action	Objectifs	Indicateurs (associés à l'Action)	Indicateurs (non associés au Plan Cancer ; mesure de base et analyse des besoins)
Action 16 : soutenir la radiothérapie et l'imagerie médicale oncologique	Assurer des soins de la meilleure qualité possible	<del>Nombre de centres de radiothérapie pour 100 000 patients cancéreux<sup>48</sup></del> <del>Niveau de participation dans les centres par rapport aux résultats<sup>49</sup></del> Nombre de radiothérapeutes par patient atteint du cancer <del>Proportion de patients se rendant dans les centres de radiothérapie</del> Existence d'une législation mis à jour <del>Evolution du nombre d'incidents</del> <del>Proportion d'incidents à travers les centres de radiothérapie</del> Nombre de labels de qualité	<del>Nombre de dispositifs de radiothérapie pour 100 000 personnes<sup>50</sup></del> Unités de scanners de tomodensitométrie (CT) pour 100 000 personnes Unités de scanners de tomodensitométrie (TDM) par PIB Tomographie par émission de positron (PET) scanners pour 100 000 personnes scanners MRI pour 100 000 personnes Nombre d'accélérateurs linéaires pour 100 000 personnes Nombre de traitements par accélérateur linéaire par année Traitements par brachythérapie par année
	Assurer la sécurité des patients	Evolution du nombre d'incidents Proportion of incidents à travers les centres de radiothérapie Nombre de labels de qualité	

<sup>48</sup> Actuellement, il y a 25 services de radiothérapie validés (cf. Programmation du 9 juillet 2000).

<sup>49</sup> Avec la correction des risques nécessaire.

<sup>50</sup> Il n'y a pas de corrélation systématique entre la densité des dispositifs de radiothérapie et la densité des ressources technologiques en matière de diagnostic.

Action 17 : soutien structurel aux banques et aux unités de thérapie cellulaire pour les cellules souches hématopoïétiques et de sang de cordons	Assurer l'accessibilité de la thérapie	<p>Nombre de transplantations de et vers des patients cancéreux belges</p> <p>Nombre de donneurs de cellules souches dans le registre belge</p> <p><del>Temps écoulé entre le diagnostic et le début de la première thérapie</del></p>	<p><del>Quels cancers, variations entre les programmes de soins oncologiques ?</del></p> <p><del>Probabilité de survie pour les cancers spécifiques</del></p>
	Faciliter la recherche	Evolution dans la recherche associée à ce domaine	

Action	Objectifs	Indicateurs (associés à l'Action)	Indicateurs (non associés au Plan Cancer ; mesure de base et analyse des besoins)
Action 18 : amélioration du remboursement de certains coûts annexes aux traitements anticancéreux	Garantir l'accessibilité/l'accessibilité financière des soins	<del>Nombre de patients bénéficiant de cette mesure par rapport au nombre total de patients</del>	Dépenses nationales totales affectées à la santé Coûts indirects par rapport aux frais de transports remboursés
Remboursement des frais de transport des patients atteints du cancer	Garantir l'accessibilité/l'accessibilité financière des soins	<del>Coûts indirects par rapport aux frais de transports remboursés</del> Nombre de patients bénéficiant de cet avantage par rapport au nombre total de patients	
Action 19 : revalidation fonctionnelle du patient cancéreux en état de rémission	Assurer la meilleure qualité de vie possible après le traitement primaire du cancer		<del>Proportion de patients participant à une revalidation oncologique par rapport à la population cible</del> Montant du financement par revalidation oncologique par patient <del>Proportion de personnes qui se sont vues diagnostiquer un cancer qui reprennent le travail</del> Qualité de vie Prévalence qualifiée <sup>54</sup> Nombre de programmes de revalidation
	Réduire le nombre d'effets secondaires ressentis subjectivement	<del>Nombre de patients qui rapportent de symptômes de fatigue chronique</del>	

<sup>54</sup> Patients guéris par rapport à la proportion de patients qui décèdent dans l'année par rapport aux personnes qui décèdent après une période d'une année.

Action 20 : fixer les conditions de reconnaissance d'un handicap post-traitement du cancer	Réduire les tracasseries administratives pour le patient et sa famille	<del>Temps écoulé entre l'application et la de reconnaissance d'un handicap lié au cancer</del> <del>Nombre de patients cancéreux avec un handicap par rapport à ceux sans handicap</del>	<del>Pourcentage de reprises du travail</del> <del>Proportion d'incapacités</del>
--	--	--	--

Action	Objectifs	Indicateurs (associés à l'Action)	Indicateurs (non associés au Plan Cancer ; mesure de base et analyse des besoins)
Action 21 : soutien aux parents d'enfants avec un cancer	Cf. A22		
Action 22 : accès à un soutien psychologique ou à la participation à des groupes d'entraide	Assurer des soins psychosociaux de la meilleure qualité possible	<del>Satisfaction du patient</del> <del>Présence et utilisation d'une signalisation des besoins (en vue d'évaluer des soins individuels)</del> <del>Nombre de trajets de soins avec des projets en cours</del>	
	Faciliter la recherche psychosociale oncologique	Nombre de chercheurs dans le domaine de la recherche psychosociale chaque année Nombre de publications dans le top 10 des revues psychosociales (oncologiques) chaque année Budget total dépensé dans la recherche psychosociale dans le Plan Cancer	
Action 23 : financement structurel des filières de soins pédiatriques "soins continus enfants"	Assurer des soins de la meilleure qualité possible	Disponibilité de recommandations <del>Satisfaction du parent</del> <del>Satisfaction du patient</del> <del>Enregistrement des complications par les professionnels</del>	(modèle mixte sur le plan statistique => besoin) Probabilité de survie relative sur 5 ans <del>Proportion d'enfants cancéreux qui décèdent à domicile par rapport à ceux qui décèdent à l'hôpital</del>

		<p>Nombre de patients pédiatriques en soins à domicile par rapport au nombre d'hospitalisations</p> <p>Proportion du recours à des équipes de liaison en pédiatrie par rapport au total de population cible des patients</p>	
--	--	--	--

Action	Objectifs	Indicateurs (associés à l'Action)	Indicateurs (non associés au Plan Cancer ; mesure de base et analyse des besoins)
Action 24 : soutien à des projets pilotes d'oncogériatrie clinique	Garantir les soins les plus efficaces possible en oncogériatrie	<del>Pourcentage de patients vulnérables par rapport à la population cible<sup>52</sup></del> <del>Pourcentage de patients vulnérables par rapport à la population cible</del> <del>Présence et utilisation d'une signalisation des besoins et évaluation de ces besoins chaque année</del>	<del>Pourcentage de cachexie</del> <del>% de patients qui perdent leur indépendance suite à un traitement du cancer (et qui n'auraient pas du)</del> <del>Prévalence qualifiée<sup>53</sup></del> Incidence des cancers gériatriques Stade lors du diagnostic : répartition des tumeurs des patients âgés de plus de 70 ans par stade TNM Probabilité de survie relative sur 5 ans Nombre d'oncogéiatres pour 100 000 personnes
	Faciliter la recherche dans le domaine de l'oncogériatrie	Pourcentage de patients participant à des essais cliniques par rapport au nombre total de patients ciblés Nombre de publications dans le top 10 des revues (sur l'oncogériatrie) chaque année Pourcentage de la recherche consacrée à l'oncogériatrie dans le Plan Cancer	

<sup>52</sup> Pourcentage des évaluations (cga).

<sup>53</sup> Patients guéris par rapport à la proportion de patients qui décèdent dans l'année par rapport aux personnes qui décèdent après une période d'une année.

Action	Objectifs	Indicateurs (associés à l'Action)	Indicateurs (non associés au Plan Cancer ; mesure de base et analyse des besoins)
Action 25 : améliorer l'offre de soins palliatifs pour les patients cancéreux	Assurer des soins palliatifs de la meilleure qualité possible	<del>Nombre d'unités de morphine par patient cancéreux</del> <del>Nombre d'unités de morphine commandées par spécialiste</del> <del>Proportion de patients cancéreux qui décèdent à leur domicile par rapport à ceux qui décèdent à l'hôpital par rapport à ceux qui décèdent autre part</del> <del>Durée moyenne du statut palliatif avant de mourir</del> <del>Nombre de patients avec un statut palliatif</del> <del>Nombre moyen de consultations à l'hôpital du patient au cours des 2 semaines qui précèdent le décès</del> <del>Recours aux soins à domicile au cours des 6 derniers mois de vie du patient</del> <del>Nombre moyen de consultations chez le MG au cours des 2 dernières semaines de vie du patient</del> <del>Accessibilité des médicaments de soutien</del>	Prévalence qualifiée <sup>55</sup>

<sup>55</sup> Patients guéris par rapport à la proportion de patients qui décèdent dans l'année par rapport aux personnes qui décèdent après une période d'une année.

		<p>aux patients mourant<sup>54</sup></p> <p><del>Proportion de professionnels qui ont suivi une formation spécialisée</del></p> <p><del>Proportion de volontaires qui ont suivi une formation spécialisée</del></p> <p>Existence d'une politique en matière de soins palliatifs</p>	
--	--	---	--

---

<sup>54</sup> Europall.

Action	Objectifs	Indicateurs (associés à l'Action)	Indicateurs (non associés au Plan Cancer ; mesure de base et analyse des besoins)
Action 26 : actions à mener en concertation avec les ministres compétents au niveau fédéral	Apporter un soutien au prestataire de soins		<del>Pourcentage d'arrêt maladie du prestataire de soins familial</del>
	Faciliter la réinsertion sur le marché du travail	<del>Pourcentage de reprise du travail</del> <del>Proportion d'incapacité</del> <del>Proportion d'invalidité</del>	
Amélioration de la nutrition des patients cancéreux	Garantir des soins de la meilleure qualité possible	<del>Existence et usage de recommandations</del> <del>Existence et usage de signalisation des besoins</del> <del>(disponibilité et usage d'outils en vue d'évaluer les besoins d'aide psychosociale spécialisée)</del> <del>% de la population de patients traités conformément aux recommandations</del> <del>Satisfaction du patient</del> <del>Qualité de vie</del> <del>(Evolution du) nombre de nutritionnistes au travers des programmes de soins oncologiques</del>	
	Réduire l'incidence de la cachexie	<del>Evolution de l'incidence de la cachexie</del>	<del>Pourcentage d'insuffisance pondérale</del> <del>Pourcentage de cachexie</del>

Action	Objectifs	Indicateurs (associés à l'Action)	Indicateurs (non associés au Plan Cancer ; mesure de base et analyse des besoins)
<b>Domaine 3 : recherche, technologies innovantes et évaluation</b>			
Action 27 : création d'une tumorothèque	Faciliter la recherche	Utilisation de tumorothèques et dans quels buts ? Descriptif concernant les progrès en matière de tumorothèques <del>Nombre de publications dans le top 10 des revues chaque année</del>  <del>Nombre de doctorants travaillant dans la recherche liée aux tumorothèques</del>	
Action 28 : financement structurel de la coordination de la recherche translationnelle dans les hôpitaux	Faciliter la recherche translationnelle	Nombre de chercheurs dans la recherche translationnelle oncologique chaque année Nombre de publications belges <sup>56</sup> dans le top 10 des revues fondamentales chaque année Nombre de publications belges dans le top 10 des revues spécialisées en oncologie clinique chaque année <del>Nombre de doctorants travaillant dans la recherche translationnelle oncologique</del>	<del>Pourcentage du PNB affecté à la recherche dans le domaine du cancer par rapport à la recherche translationnelle chaque année</del>

<sup>56</sup> Par "Publications belges" il est fait référence à toutes les publications internationales mentionnant des chercheurs belges comme (co-)auteurs.

	Garantir l'accessibilité à des options de traitements innovants	Proportion de patients cancéreux participant à des essais cliniques	
--	---	---	--

Action	Objectifs	Indicateurs (associés à l'Action)	Indicateurs (non associés au Plan Cancer ; mesure de base et analyse des besoins)
Action 29 : soutien à la recherche translationnelle	Faciliter la recherche translationnelle	<p>Nombre de chercheurs dans la recherche oncologique chaque année</p> <p>Nombre de publications belges dans le top 10 des revues fondamentales chaque année</p> <p>Nombre de publications belges dans le top 10 des revues spécialisées en oncologie chaque année</p> <p>Dépenses totales affectées à la recherche en matière de cancer dans le Plan Cancer</p>	<del>Pourcentage du PNB affecté à la recherche dans le domaine du cancer par rapport à la recherche translationnelle chaque année</del>
	Garantir l'accessibilité à des options de traitements innovants	Proportion de patients cancéreux participant à des essais cliniques	
Action 30 : utilisation de l'hadronthérapie en Belgique	Garantir l'accessibilité à des options de traitements innovants	<del>Nombre de remboursements faisant appel au fonds de solidarité (INAMI) à l'étranger</del> <del>Nombre de patients traités par hadron (par tumeur)</del>	
Action 31 : renforcer la Fondation Registre du Cancer	Garantir des données de haute qualité	Dépenses totales pour les registres basés sur la population	Données BCR en ligne
	Garantir l'accessibilité des	Nombre de demandes de recherche chaque	

	données	année Nombre de fichiers de données rendus publics auprès des chercheurs Nombre de citations de recherches par rapport au Registre du cancer belge	
--	---------	--	--

Action	Objectifs	Indicateurs (associés à l'Action)	Indicateurs (non associés au Plan Cancer ; mesure de base et analyse des besoins)
Action 32 : mise en place d'un Centre de Référence Cancer	Assurer un soutien à la politique en matière de soins oncologiques <sup>57</sup>	<p>Introduction d'un plan national de lutte contre le cancer (NCCP)<sup>58</sup></p> <p>Définition d'objectifs spécifiques au cancer,</p> <p>Dégager des fonds supplémentaires pour parvenir à ces objectifs</p> <p>Attribuer la supervision de l'implémentation à la personne et/ou l'organisation responsable</p> <p>Mettre en place des mécanismes d'assurance qualité pour les soins oncologiques</p> <p>Coordonner les soins et développer des réseaux pour les prestations de services,</p> <p>Identifier les dates et les étapes,</p> <p>Surveiller la progression,</p> <p>designer une personne responsable si les objectifs ne sont pas rencontrés</p> <p>+ évaluation des critères de l'OMS</p>	

<sup>57</sup> Au moyen d'une stratégie nationale en matière de cancer.

<sup>58</sup> Emploi de définitions de l'OCDE "governance of cancer care".

#### *4.2.3. Analyse de faisabilité*

Après l'identification des indicateurs (voir tableau 3), une analyse de faisabilité a été réalisée. Cette analyse a examiné la définition (nominator/dénominateur), la mesure, les dimensions et les sous-groupes pertinents ainsi que les données disponibles. Sur la base de ces informations, il a été déterminé si un indicateur était prêt à être utilisé ou non. Les indicateurs qui ne sont pas prêts à être utilisés en raison de l'absence de données servant à calculer ces indicateurs ont déjà été barrés dans le tableau 3. L'analyse de faisabilité vous offrira toutefois un aperçu de là où se trouvent de potentiels autres problèmes. Un aperçu des résultats de cette analyse de faisabilité est repris dans un document séparé intitulé : "*Evaluation de l'implémentation du Plan Cancer 2008-2010 : analyse de faisabilité des indicateurs identifiés lors de la préparation de l'évaluation du Plan Cancer 2008-2010*".

#### *4.2.4. Harmonisation avec les responsables des données*

Lors de la dernière phase, l'on a pris contact avec les responsables et les sources pour des données bien déterminées. Des accords ont notamment été établis au sein du groupe de travail "Etat d'avancement". En même temps, une collaboration a débuté avec la Fondation Registre du cancer.

### **4.3 Evaluation de l'implémentation du Plan Cancer 2008-2010**

Sur la base de l'analyse de faisabilité et de la poursuite de l'élaboration concrète avec les responsables, a été établie une liste de données pour des données déterminées qui est reprise dans le rapport final "résultats 2011".

Certaines données pour certains indicateurs n'ont pu encore être collectées. L'objectif étant de sélectionner chaque année un nombre de sujets afin de pouvoir poursuivre l'élaboration. La liste des sujets potentiels destinée à une évaluation ultérieure sera soumise aux membres du Comité d'accompagnement du Centre du Cancer.

Les résultats des calculs basés sur les indicateurs de l'évaluation de l'implémentation peuvent être consultés dans le document : "*Evaluation de l'implémentation du Plan Cancer 2010 : résultats 2011*".

Les résultats sont résumés dans le document "*Evaluation de l'impact de l'implémentation du Plan Cancer 2008-2010*".

## ANNEXE 1 : les 10 objectifs tels que décrits dans la convention établie entre l'ISP et l'INAMI

---

Le Centre du Cancer poursuit 10 objectifs généraux, tels que définis dans la convention de base conclue entre l'INAMI et l'ISP (2008-2010) :

1. Délimitation précise de la mission du Centre du Cancer d'un commun accord avec tous les partenaires impliqués dans la lutte contre le cancer afin d'éviter tout chevauchement ;
2. Evaluation des efforts mis en œuvre dans le cadre de la lutte contre le cancer en Belgique : collecte des données nécessaires, analyse et établissement de conclusions à orientation politique ;
3. Coordination du soutien scientifique de la politique fédérale en matière de cancer et appui scientifique de la conférence interministérielle ;
4. Soutien des différentes autorités concernées par le Plan Cancer ; encadrement des différentes actions du Plan Cancer et collaboration avec les différents acteurs. Chacun des partenaires réalise en outre sa part de travail du Plan Cancer ;
5. Suivi de l'état de la science en examinant la littérature professionnelle relative aux cinq piliers du Plan Cancer ;
6. Donner les impulsions nécessaires pour l'élaboration de nouvelles initiatives sur la base des données scientifiques ;
7. Observance et transfert de directives, recommandations et d'initiatives européennes et internationales ;
8. Contribution à la coordination, l'évaluation, l'optimisation de programmes, de structures et de trajets de soins dans le domaine du cancer en portant une attention spécifique à la première ligne ainsi qu'à son rôle (ex. médecin généraliste, soutien psychosocial) ;
9. Inventaire de la recherche académique, translationnelle et évaluative en oncologie ; stimulation et relance d'initiatives de recherche ; soutien en cas d'application aux fonds de recherche ;
10. Elaboration d'une proposition qui pourra aboutir à des plans cancer futurs avec les partenaires impliqués dans la lutte contre le cancer.

**WHO-IAEA**  
National Cancer Control  
Programmes  
Core Capacity Self-Assessment  
Tool  
(NCCP core self-assessment tool)  
NCCP core self-assessment tool  
<http://www.who.int/cancer/modules/en/index.html>

**WHO Library Cataloguing-in-Publication Data**

National cancer control programmes : core capacity self-assessment tool : (NCCP core self-assessment tool)

1.Neoplasms - prevention and control. 2.National health programs - organization and administration. 3.Self-evaluation programs. 4.Planning techniques. 5.Health policy. 6.Questionnaires. I.World Health Organization. II.International Atomic Energy Agency. III.Title:NCCP core self assessment tool.

ISBN 978 92 4 150238 2 (NLM classification: QZ 200)

© **World Health Organization 2011**

All rights reserved. Publications of the World Health Organization are available on the WHO web site ([www.who.int](http://www.who.int)) or can be purchased from WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Requests for permission to reproduce or translate WHO publications – whether for sale or for noncommercial distribution – should be addressed to WHO Press through the WHO web site ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).