

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

9 maart 2026

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**houdende aanbevelingen
in het kader van het federaal Kankerplan**

(ingediend door mevrouw Irina De Knop en
de heer Sandro Di Nunzio)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

9 mars 2026

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**portant des recommandations
dans le cadre du Plan fédéral Cancer**

(déposée par Mme Irina De Knop et
M. Sandro Di Nunzio)

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
Anders.	: Anders.
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-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,

Een op de drie mensen ontwikkelt tijdens zijn leven kanker. Twee op de drie gezinnen worden geconfronteerd met de ziekte. In 2023 werden, er 77.344 nieuwe diagnoses van kanker geregistreerd in België. In 2022 waren er dat nog 72.680.

De gemiddelde incidentie van kanker in België ligt boven het EU-gemiddelde. Net zoals in andere landen van de EU is de incidentie van kanker hoger bij mannen dan bij vrouwen.

DÉVELOPPEMENTS

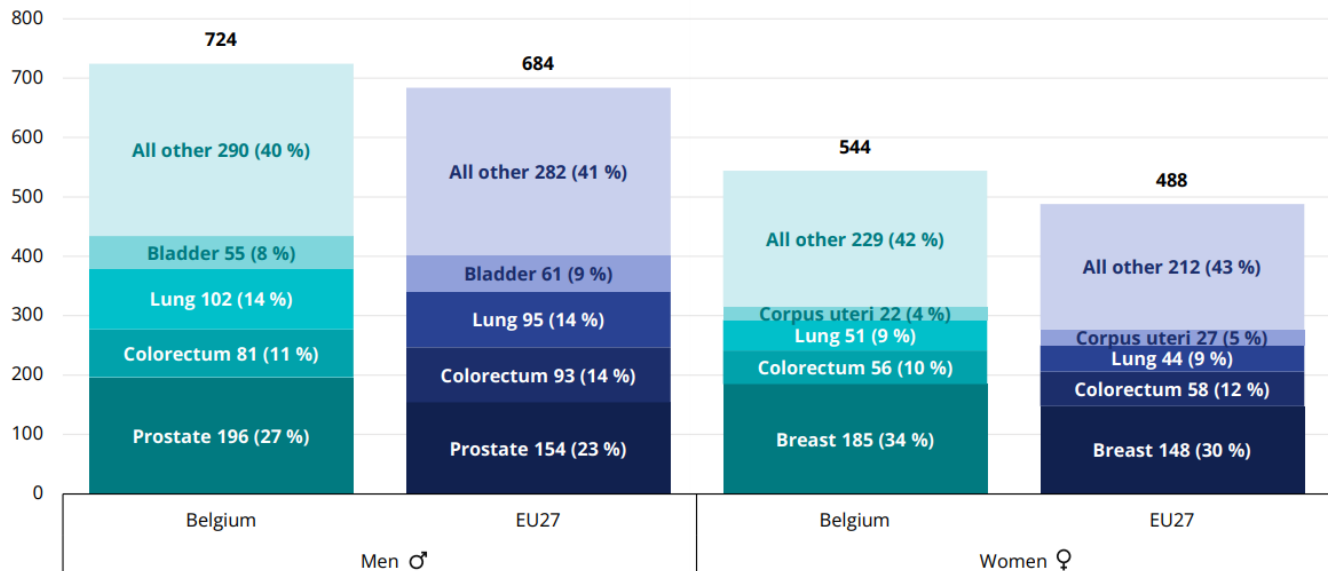
MESDAMES, MESSIEURS,

Une personne sur trois développe un cancer au cours de sa vie, et deux familles sur trois sont touchées par la maladie. En 2023, 77.344 nouveaux diagnostics de cancer ont été enregistrés en Belgique, contre 72.680 en 2022.

L'incidence moyenne du cancer en Belgique est supérieure à la moyenne de l'Union européenne. Comme dans d'autres pays de l'UE, cette maladie touche davantage les hommes que les femmes.

Figure 1. Estimated incidence of cancer in Belgium was above the EU average in 2022, notably among women

Age-standardised incidence rate per 100 000 population, estimates, 2022

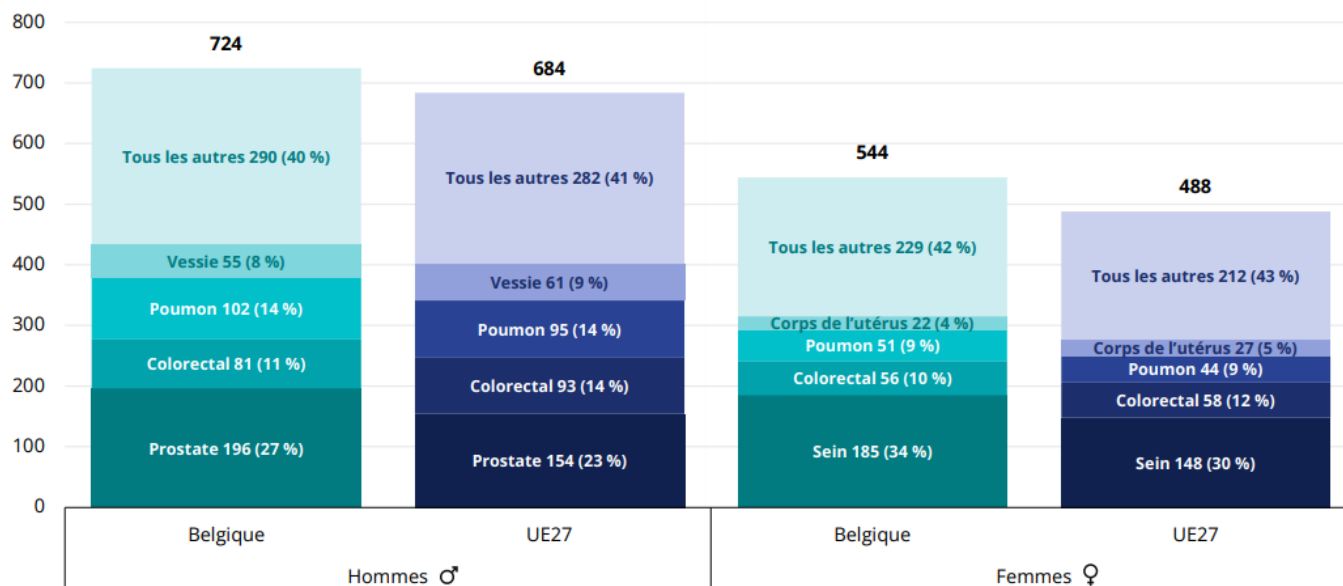


Notes: 2022 figures are estimates based on incidence trends from previous years, and may differ from observed rates in more recent years. Includes all cancer sites except non-melanoma skin cancer. Corpus uteri does not include cancer of the cervix.

Source: European Cancer Information System (ECIS). From <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, accessed on 10 March 2024. © European Union, 2024. The incidence percentage breakdown was re-computed based on age-standardised incidence rates and as such differs from the percentage breakdown of absolute numbers shown on the ECIS website.

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

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



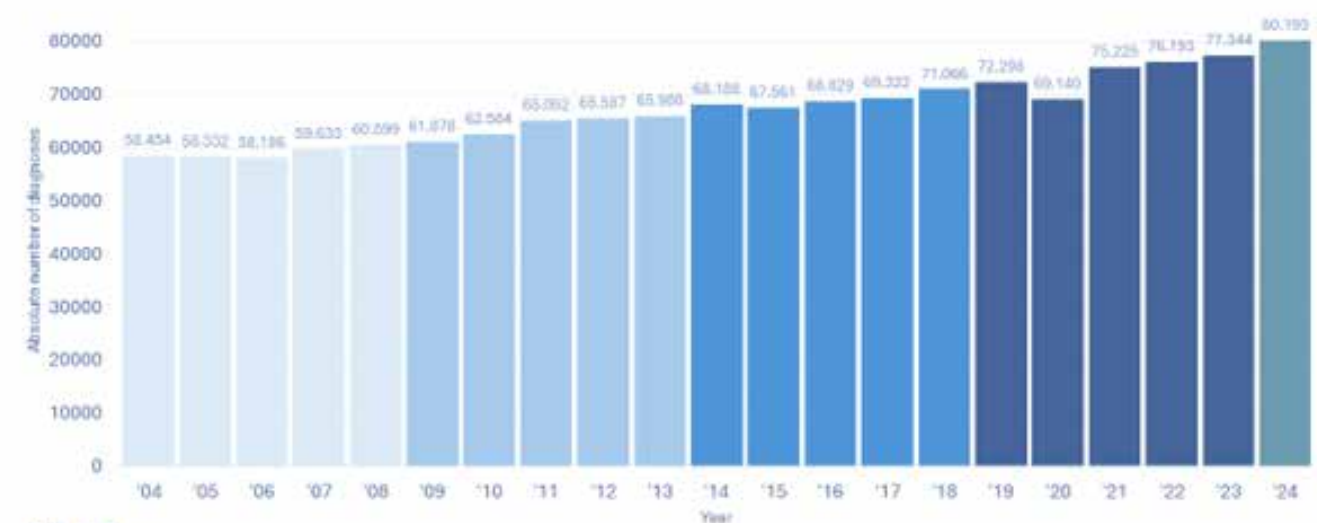
Remarques : Les chiffres de 2022 sont des estimations établies à partir des données d'incidence des années précédentes et peuvent différer des taux observés au cours des années plus récentes. Ils incluent tous les types de cancer, à l'exception du cancer de la peau sans mélanome. Le cancer du corps de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

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

We zien over de jaren heen dat het aantal nieuwe kankers systematisch toeneemt. Het Kankerregister toont dit aan in de volgende grafiek:

Nous constatons, au fil des années, que le nombre de nouveaux cas de cancer augmente systématiquement. Le Registre du Cancer l'illustre dans le graphique suivant:

Increase in number of cancer diagnoses in Belgium over the past 20 years



Data on 2024 are estimates
All cancers except non-melanoma skin cancer

Bron: <https://kankerregister.org/nl/nieuws/belgian-cancer-registry-bcr-publiceert-nieuwe-cijfers-20-jaar-kankerstatistieken-belgie-nu>

Het cijfer voor 2024 is een inschatting.

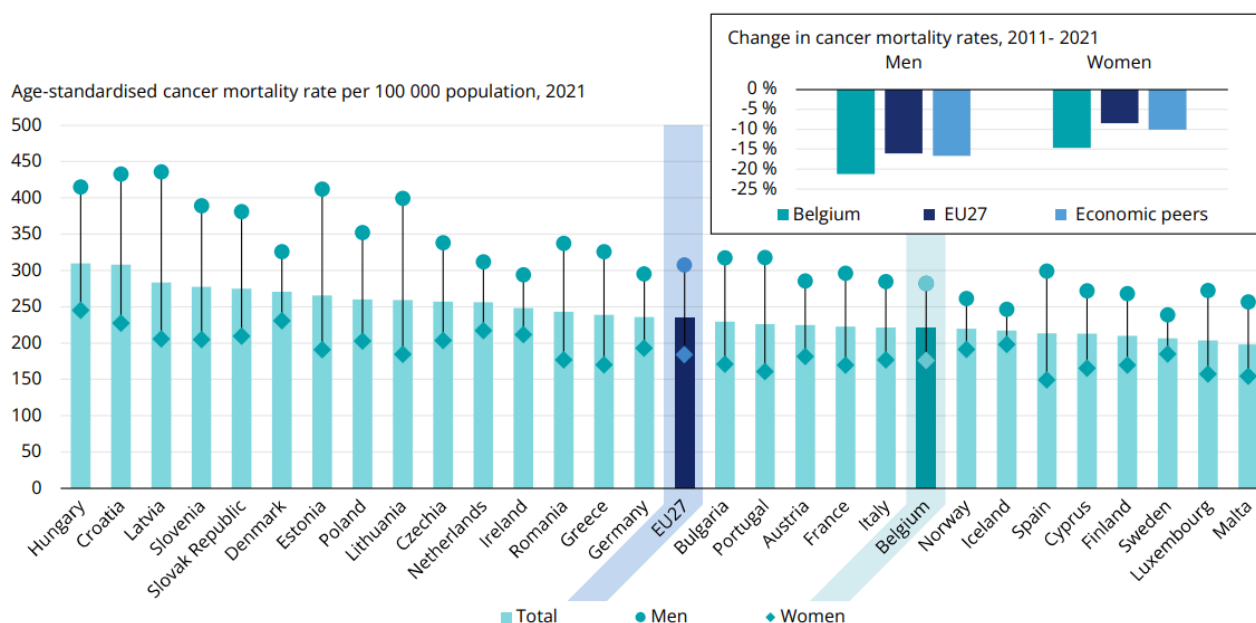
Er is ook goed nieuws. De kankersterfte in België vertoonde een substantiële daling zowel bij mannen als bij vrouwen tijdens de laatste tien jaar en is lager dan het EU-gemiddelde.

Source: <https://kankerregister.org/fr/nouvelles/belgian-cancer-registry-bcr-publie-de-nouveaux-chiffres-20-ans-de-statistiques-sur-le>

Le chiffre pour 2024 reste une estimation.

Il y a toutefois une bonne nouvelle: la mortalité liée au cancer en Belgique a nettement diminué au cours des dix dernières années, tant chez les hommes que chez les femmes, et elle est désormais inférieure à la moyenne européenne.

Figure 3. Cancer mortality in Belgium showed a higher rate of improvement than the country's economic peers in the same period among both men and women

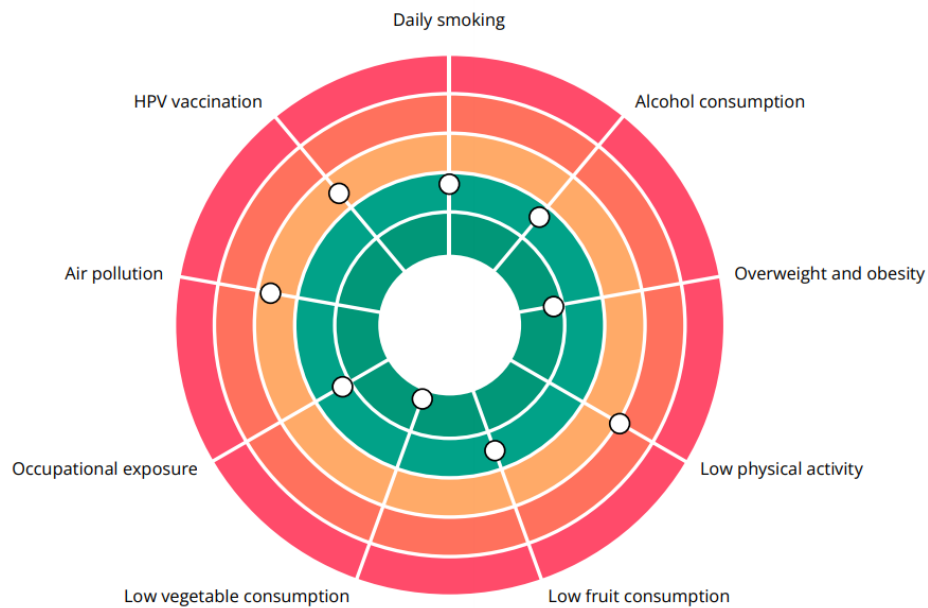


Notes: Economic peers are defined as tercile clusters based on 2022 GDP per capita in purchasing power standard terms. Economic peers for BE are AT, DE, DK, IE, IS, LU, NL, NO and SE.
Source: Eurostat Database.

Als we kijken naar de risicofactoren voor België volgens de *Country Cancer Profile 2025* van de Europese Commissie en de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) zien we dat we in ons land nog heel wat marge voor verbetering hebben in het voorkomen van kanker, in het bijzonder op het vlak van fysieke activiteit, luchtvervuiling en HPV-vaccinatie. Ook voor de andere risico's kunnen we nog vooruitgang boeken. Het zijn grotendeels bevoegdheden op het niveau van de gemeenschappen waarmee het meteen duidelijk is dat voor het bekomen van een goed Kankerplan er nood is aan gezamenlijke acties van zowel de federale overheid als de gemeenschappen.

Si l'on examine les facteurs de risque pour la Belgique, tels que détaillés dans les Profils sur le cancer par pays 2025 de la Commission européenne et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), on constate que notre pays dispose encore d'une large marge de progression en matière de prévention du cancer, en particulier en ce qui concerne l'activité physique, la pollution atmosphérique et la vaccination contre le HPV. Des progrès restent également possibles pour les autres facteurs de risque. Comme il s'agit en grande partie de compétences communautaires, il est évident que la réussite du Plan Cancer passe par des actions conjointes entre l'autorité fédérale et les Communautés.

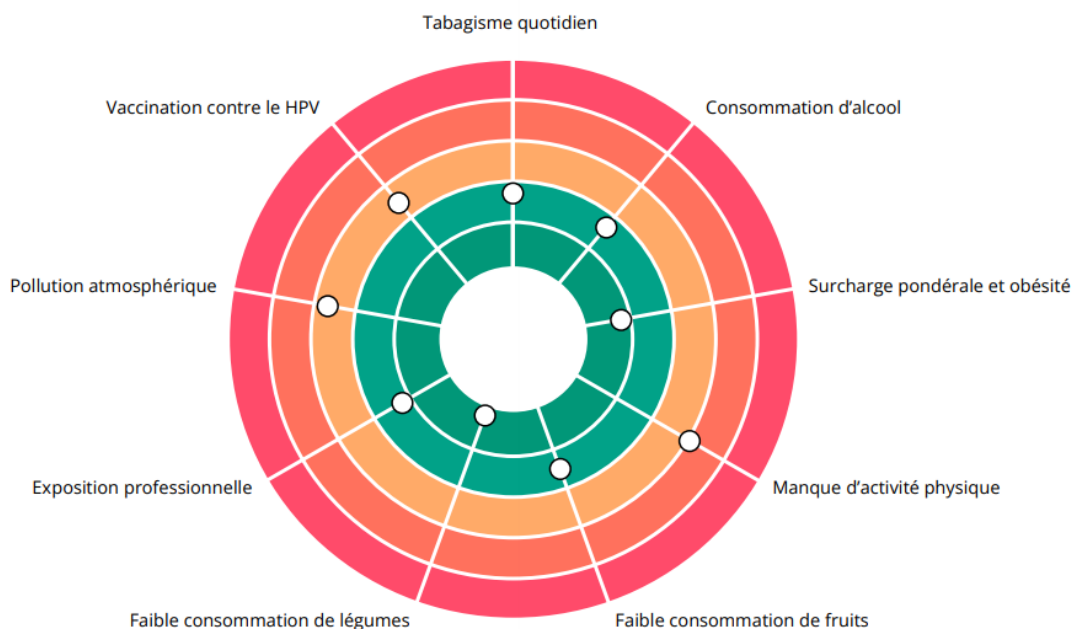
Figure 8. Belgium ranks well on daily smoking, overweight and obesity, alcohol consumption, and dietary risk factors but poorly on physical activity levels



Notes: The closer the dot is to the centre, the better the country performs compared to other EU countries. No country is in the white "target area" as there is room for progress in all countries in all areas. Air pollution is measured as particulate matter with a diameter less than 2.5 micrometres ($PM_{2.5}$).

Sources: OECD calculations based on the 2022 EU-SILC Survey for overweight, obesity, physical activity, fruit and vegetable consumption (in adults); Eurofound Survey for occupational exposure; OECD Health Statistics for smoking, alcohol consumption (in adults) and air pollution; and WHO for human papillomavirus (HPV) vaccination (15-year-old girls).

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



Remarques : Plus le point est proche du centre, meilleur est le classement du pays par rapport aux autres pays de l'UE. Aucun pays ne se situe dans la «zone cible» blanche centrale, car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines. La pollution atmosphérique est mesurée sur la base du taux de particules d'un diamètre inférieur à 2,5 micromètres ($PM_{2.5}$).

Sources : Calculs de l'OCDE fondés sur l'enquête EU-SILC de 2022 pour le surpoids, l'obésité, l'activité physique et la consommation de fruits et légumes (chez les adultes), sur l'enquête Eurofound pour l'exposition professionnelle, sur les statistiques de l'OCDE sur la santé pour le tabagisme, la consommation d'alcool (chez les adultes) et la pollution atmosphérique et sur l'OMC pour la vaccination contre le virus des papillomes humains (HPV) (chez les jeunes filles de 15 ans).

Belangrijk om te weten is dat eind 2022, 474.411 mensen leefden met of na kanker ofwel 4 op de 100 Belgen.

Het regeerakkoord voorziet in een nieuw kankerplan: “Samen met de deelstaten stellen we nieuwe actieplannen op om ziektes tijdig op te sporen en te behandelen, waarbij we een comprehensieve aanpak hanteren waarbij ieder zijn bevoegdheid ten volle opneemt om gezamenlijke gezondheidsdoelstellingen te behalen. Er moet o.a een nieuw kankerplan komen, alsook een plan voor cardiovasculaire aandoeningen en een plan voor neurodegeneratieve ziekten. Daarbij wordt het principe van population management maximaal toegepast.”

De noodzaak aan een nieuw kankerplan is duidelijk. Het vorige Nationaal Kankerplan dateert van 2008 en sindsdien is er veel vooruitgang geboekt op het vlak van behandelingen die ook complexer zijn geworden.

Ondertussen startte een RIZIV-werkgroep om het zorgpad oncologie op punt te stellen en startte het kabinet van de minister workshops rond de verschillende fases die de patiënt doorloopt.

In dit voorstel van resolutie willen we vragen dat bij het opstellen van het kankerplan een aantal zaken worden opgenomen:

1. De samenwerking van de deelstaten en de federale overheid op het vlak van preventie, sensibilisering en screening.

Onderzoek toont aan dat 40 % van de kankers vermijdbaar is. De Commissie gezondheidszorgdoelstellingen formuleerde daarover gezondheidszorgdoelstelling 7. “Meer inzetten op sensibilisering, preventie en screening, waarbij samenwerking tussen federale en de gefedereerde entiteiten in duidelijke akkoorden wordt verankerd.” We weten ook uit internationaal onderzoek dat 1 euro die wordt geïnvesteerd in preventie finaal 7 euro aan besparingen in de gezondheidszorg oplevert.

De gemeenschappen zijn bevoegd voor de organisatie van bevolkingsonderzoeken (uitnodigingen, en dergelijke) maar de eigenlijke tests (baarmoederhalsuitstrijkje, mammografie...) worden terugbetaald door de ziekteverzekering (RIZIV). Het is dus essentieel dat er een goede samenwerking is tussen de gemeenschappen en de federale overheid.

Om in deze stappen vooruit te zetten verwijzen we bijvoorbeeld naar het protocolakkoord van 21 maart

Il est important de noter qu'à la fin de l'année 2022, 474.411 personnes, soit 4 Belges sur 100, vivaient avec ou après un cancer.

L'accord de gouvernement prévoit un nouveau Plan Cancer: “En collaboration avec les entités fédérées, nous élaborons de nouveaux plans d'action pour détecter et traiter les maladies à temps. Dans ce cadre, nous appliquons une approche globale qui tient compte de la compétence de chacun pour atteindre des objectifs de santé conjoints. Un nouveau plan cancer doit notamment voir le jour ainsi qu'un plan pour les affections cardiovasculaires et un plan pour les maladies neuro-dégénératives. En l'occurrence, il convient d'appliquer pleinement le principe de “population management”.”

Le besoin d'élaborer un nouveau Plan Cancer est évident. Le dernier remonte à 2008 et, depuis lors, la médecine a énormément progressé et les traitements, bien que plus efficaces, sont aussi devenus beaucoup plus complexes.

En parallèle, un groupe de travail de l'INAMI a été créé pour mettre au point le parcours de soins en oncologie, et le cabinet du ministre a lancé des ateliers consacrés aux différentes étapes parcourues par le patient.

Nous demandons, dans la présente proposition de résolution, qu'une série de points soient pris en compte lors de l'élaboration du Plan Cancer:

1. Coopération entre les entités fédérées et l'autorité fédérale en matière de prévention, de sensibilisation et de dépistage

Il ressort des recherches que 40 % des cancers sont évitables. La Commission pour les objectifs en matière de soins de santé a formulé à cet égard l'objectif de soins de santé n° 7: “L'accent mis davantage sur la sensibilisation, la prévention et le dépistage, en ancrant la coopération entre les entités fédérale et fédérées dans des accords clairs”. Des études internationales ont également prouvé que chaque euro investi dans la prévention permet *in fine* d'économiser 7 euros dans les soins de santé.

Les Communautés sont compétentes pour l'organisation des programmes de dépistage (invitations, etc.), mais les tests en tant que tels (frottis cervico-utérin, mammographie, etc.) sont remboursés par l'assurance soins de santé (INAMI). Une bonne collaboration entre les Communautés et l'autorité fédérale est dès lors essentielle.

Pour avancer dans ces étapes, nous renvoyons par exemple au protocole d'accord du 21 mars 2016 entre

2016 tussen de federale overheid en de deelstaten over de samenwerking op het vlak van preventie. De leidraad hierbij was de gezondheidswinst voor de burgers en de efficiëntiewinst voor alle overheden samen. Dit betekent dat, rekening houdend met de bevoegdheden, wordt nagegaan wat het meest geschikte organisatie- en financieringsmodel is, rekening houdend met de menselijke en budgettaire middelen van elke overheid, en de wetenschappelijke evidentie. In dit protocolakkoord kwamen alle elementen van het preventiebeleid aan bod: voeding, levensstijl, tabak, alcohol, drugs, psychofarmaca, gokverslaving, mondzorg, suïcidepreventie, vaccinatie, infectieziekten en bevolkingsonderzoeken.

Zo moeten we streven naar een grotere deelname aan de bevolkingsonderzoeken. Op Europees niveau werden doelstellingen vooropgesteld met betrekking tot de deelname aan de bevolkingsonderzoeken: 65 % van de doelgroep voor het bevolkingsonderzoek dikdarmkanker, 75 % van de doelgroep voor het bevolkingsonderzoek borstkanker en 70 % van de doelgroep voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.

Daarnaast is het ook nodig na te gaan welke risicogestratificeerde screenings van bijkomende kankers kunnen leiden tot minder kosten en meer gewonnen levensjaren bij de bevolking. Dit zou moeten gebeuren voor prostaatkanker, longkanker en huidkanker.

Maar ook de federale overheid kan via eigen wetgeving bijdragen aan de preventie van kankers. Daarbij denken we zeer concreet aan de opname van de UV-straling in de arbeidswetgeving (Codex Werk) gelet op de hoge incidentie van huidkanker.

2. De integratie van nazorg in de gestandaardiseerde zorgtrajecten.

Kankerpatiënten worden tijdens hun behandeling gevat in een georganiseerd en gepland behandelingstraject waarbij artsen in samenspraak met de patiënten bepalen waar, op welk moment ze welke behandeling moeten krijgen. Dat neemt niet weg dat de patiënt zowel tijdens en na de behandeling nood heeft aan ondersteuning op vele andere vlakken: emotioneel, op het vlak van re-integratie op de arbeidsmarkt, enzovoort. Nazorg moet een essentieel onderdeel uitmaken van het geïntegreerd en gestandaardiseerd zorgtraject.

Onco-revalidatie

Het is wetenschappelijk bewezen dat fysieke activiteit en lichaamsbeweging zowel vanaf de diagnose, tijdens

l'autorité fédérale et les entités fédérées en matière de prévention. Le principe directeur de ce protocole était la réalisation de gains de santé pour les citoyens et de gains d'efficience pour l'ensemble des autorités. Cela signifie qu'on examine, dans le respect des compétences de chacun, quel est le modèle d'organisation et de financement le plus approprié, en tenant compte des ressources humaines et budgétaires de chacune des entités, et des preuves scientifiques. Ce protocole d'accord abordait l'ensemble des éléments de la politique de prévention: alimentation, mode de vie, tabac, alcool, drogues, psychotropes, addiction au jeu, santé bucco-dentaire, prévention du suicide, vaccination, maladies infectieuses et programmes de dépistage.

Il convient notamment d'accroître la participation aux programmes de dépistage. Des objectifs en la matière ont été fixés au niveau européen: 65 % du groupe cible pour le dépistage du cancer colorectal, 75 % du groupe cible pour le dépistage du cancer du sein et 70 % du groupe cible pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

Il s'indique par ailleurs d'examiner pour quels autres cancers un dépistage stratifié selon le risque peut entraîner une diminution des coûts pour les pouvoirs publics et une augmentation de l'espérance de vie pour la population. Il conviendrait de l'envisager pour le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer de la peau.

L'autorité fédérale peut toutefois également contribuer à la prévention des cancers au travers d'une législation propre. Concrètement, nous pensons à cet égard à l'intégration des rayonnements UV dans la législation sur le travail (Code du bien-être au travail), compte tenu de l'incidence élevée du cancer de la peau.

2. Intégration des soins de suite dans les trajets de soins standardisés

Pendant leur traitement, les patients atteints d'un cancer suivent un trajet de soins organisé et planifié, dans le cadre duquel des médecins déterminent, en concertation avec eux, à quel moment ils doivent recevoir tel ou tel type de traitement. Les patients ont toutefois besoin d'un soutien dans de nombreux autres domaines, que ce soit pendant ou après leur traitement: un soutien émotionnel, une aide en vue de la réintégration sur le marché du travail, etc. Les soins de suite doivent faire partie intégrante du trajet de soins intégré et standardisé.

Revalidation oncologique

Il est scientifiquement prouvé que l'activité physique, que ce soit à partir du diagnostic, pendant le traitement

de behandeling als erna leidt tot een beter herstel en een betere levenskwaliteit. Daarnaast zorgt oncorevalidatie ook tot een vermindering van recidives, overlijdens en het ontstaan van nieuwe kankers. Die begeleiding bij de fysieke revalidatie moet structureel worden georganiseerd zowel intramuraal in het ziekenhuis als extramuraal door de kinesist en later door andere bewegingsprofessionals. Die zorg wordt best modulair aangeboden zodat men kan komen tot een zo gepersonaliseerd mogelijke begeleiding. Het is daarbij essentieel dat zorgprofessionals de nodige opleiding hebben genoten omdat ze moeten kunnen omgaan met een risicogroep die vaak fysieke, cognitieve of psychosociale beperkingen heeft. Het is duidelijk dat investeren in oncorevalidatie een terugverdieneffect heeft voor zowel de patiënt als de ziekteverzekering.

Inloophuizen voor kankerpatiënten

Nazorg gaat over meer dan fysiek welzijn. Het gaat ook over emotionele ondersteuning, nood aan geestelijke gezondheidszorg, nood aan begeleiding bij de re-integratie op het werk of naar een nieuwe job, enzovoort. Ondertussen leven 500.000 mensen met kanker of na een kankerbehandeling.

In ons land bestaan meer dan 30 Inloophuizen voor kankerpatiënten. Die functioneren dankzij vrijwilligers en met de financiering van de Stichting tegen Kanker en Kom op tegen Kanker. In Brussel, Wallonië en Duitstalig België is voorzien in een vorm van regionale overheids-subsidie. Een inloophuis is een publiekelijk, vrij toegankelijke ruimte voor een kankerpatiënt om tegemoet te komen aan de behoeften van deze doelgroep. Er is altijd voorzien in een samenwerking met een oncologiedienst voor de integratie in het verzorgingspad. Hun aanbod is zeer divers: lotgenotencontact, infosessies, psychologische ondersteuning, bewegingsgerelateerde activiteiten, activiteiten rond de terugkeer naar het werk, onco-esthetische zorg, enzovoort.

Inloophuizen of gelijkaardige initiatieven bestaan ook in Nederland. Daar bestaan een 80-tal Centra voor leven met en na kanker onder de koepel IPSO (Instellingen PsychoSociale Oncologie). In Parijs bestaat iets gelijkaardig, het Instituut Rafaël, en in het Verenigd Koninkrijk bestaan *Maggie's Centres* die nauw samenwerken met de *National Health Service*.

In Nederland publiceerde het adviesbureau Sinzer in 2018 een effectenonderzoek van de Nederlandse

ou après celui-ci, améliore la récupération et la qualité de vie. En outre, la revalidation oncologique entraîne une diminution des récives, des décès et de l'apparition de nouveaux cancers. Cet accompagnement dans la revalidation physique doit être organisé structurellement en milieu hospitalier et en dehors, par le kinésithérapeute et ensuite par d'autres éducateurs sportifs. Ces soins devraient idéalement être proposés sous forme modulaire, afin d'offrir un encadrement le plus personnalisé possible. À cet égard, il est essentiel que les professionnels de la santé aient été formés pour pouvoir prendre en charge un public à risque présentant régulièrement des limitations physiques, cognitives ou psychosociales. Investir dans la revalidation oncologique entraîne clairement un effet retour tant pour le patient que pour l'assurance maladie.

Maisons de ressourcement pour les patients atteints de cancer

Les soins de suite ne concernent pas seulement le bien-être physique. Ce suivi inclut également un soutien émotionnel, des soins de santé mentale, un accompagnement en vue de la réinsertion professionnelle ou dans la recherche d'un nouvel emploi, etc. Aujourd'hui, 500.000 personnes sont atteintes d'un cancer ou ont été traitées.

Notre pays compte plus de 30 maisons de ressourcement pour les patients atteints d'un cancer. Celles-ci fonctionnent grâce à l'aide de bénévoles et au financement de la Fondation contre le Cancer et de *Kom op tegen Kanker*. À Bruxelles, en Wallonie et dans la Communauté germanophone, une forme de subvention régionale est prévue. Une maison de ressourcement est un espace public auquel les patients atteints d'un cancer peuvent accéder librement pour obtenir un soutien. Une coopération avec un service d'oncologie est toujours prévue en vue de l'intégration dans le trajet de soins. L'offre de ces maisons de ressourcement est très variée: contact avec les pairs, séances d'information, soutien psychologique, activités physiques, activités en lien avec le retour au travail, soins onco-esthétiques, etc.

Des initiatives similaires aux maisons de ressourcement existent également aux Pays-Bas. Ce pays compte près de 80 *Centra voor leven met en na kanker*, regroupés sous la coupole IPSO (*Instellingen PsychoSociale Oncologie*). Un dispositif comparable existe à Paris avec l'Institut Rafaël, ainsi qu'au Royaume-Uni avec les *Maggie's Centres*, qui coopèrent étroitement avec le *National Health Service*.

Aux Pays-Bas, le cabinet de conseil Sinzer a publié en 2018 une étude d'impact relative aux maisons de

inloophuizen. Dat effectenonderzoek was positief. Bezoekers ervaren verbeteringen op zes domeinen:

- a) lichaamsfuncties: 54 % voelt zich energiever;
- b) kwaliteit van leven: 77 % zegt dat het inloophuis hieraan bijdraagt;
- c) mentaal welbevinden: 71 % kan beter ontspannen;
- d) sociaal-maatschappelijke participatie: 54 % voelt zich minder alleen;
- e) zingeving: 23 % vindt opnieuw betekenis in het leven;
- f) dagelijks functioneren: 84 % ervaart verbetering.

Er werd ook een verminderd zorggebruik vastgesteld: 10 % bezoekt minder de huisarts, 8 % heeft minder contact met praktijkondersteuners en 12 % wordt beter doorverwezen naar een passende hulp.

De bezoekers hervatten sneller het werk.

Dit alles leidde tot een jaarlijkse toegevoegde waarde van gemiddeld 7,8 miljoen euro.

In België ontbreekt tot nu toe een evidencebased onderzoek. Nochtans zijn inloophuizen daarvoor vragende partij. Zij ervaren nu de nood aan een wettelijk kader, een vorm van subsidiëring en een standaardisering van het basisaanbod.

Daarnaast is er ook een flankerend beleid nodig om dit allemaal mogelijk te maken.

Er bestaat een blijvend nood aan meer wetenschappelijk onderzoek want nog heel wat kankers kennen geen definitieve genezing. In overleg met de gemeenschappen moet worden onderzocht hoe er meer ondersteuning kan komen voor fundamenteel, translationeel¹ en klinisch

ressourcement néerlandaises, dont les conclusions se sont révélées positives. Les personnes qui ont recours à ces maisons ressentent des améliorations dans six domaines:

- a) fonctions corporelles: 54 % des patients se sentent plus énergiques;
- b) qualité de vie: 77 % des patients indiquent que la maison de ressourcement y contribue;
- c) bien-être mental: 71 % des patients déclarent mieux parvenir à se détendre;
- d) participation sociale: 54 % des patients se sentent moins seuls;
- e) quête de sens: 23 % des patients disent retrouver du sens dans leur vie;
- f) fonctionnement quotidien: 84 % des patients ressentent une amélioration.

Une réduction du recours aux soins a également été constatée: 10 % des patients consultent moins souvent leur médecin généraliste, 8 % des patients ont moins de contacts avec les assistants de pratique et 12 % des patients sont réorientés plus efficacement vers une aide appropriée.

Les personnes qui ont recours aux maisons de ressourcement reprennent plus rapidement le travail.

L'ensemble de ces éléments a généré une valeur ajoutée annuelle moyenne de 7,8 millions d'euros.

En Belgique, aucune étude fondée sur des données probantes n'a encore été réalisée à ce sujet. Les maisons de ressourcement sont pourtant demandeuses. Elles expriment actuellement le besoin d'un cadre légal, d'une forme de subventionnement et d'une standardisation de l'offre de base.

En outre, une politique d'accompagnement est également nécessaire pour permettre la mise en œuvre de tous ces objectifs.

Il demeure nécessaire de consolider la recherche scientifique, car beaucoup de cancers ne peuvent pas encore être guéris définitivement. En concertation avec les Communautés, il convient d'examiner comment renforcer le soutien à la recherche fondamentale, translationnelle¹

¹ Medisch translationeel onderzoek is onderzoek dat nieuwe wetenschappelijke kennis zo snel mogelijk vertaalt in toepassingen in de patiëntenzorg.

¹ La recherche médicale translationnelle consiste à traduire au plus vite les nouvelles connaissances scientifiques en applications dans les soins aux patients.

kankeronderzoek en preventie-onderzoek in samenwerking tussen de overheid en de industrie.

Voor meer onderzoek is een betere interoperabiliteit van gezondheidsdata met respect voor de privacy nodig zodat onderzoekers en farmaceutische bedrijven snel toegang krijgen tot data voor hun onderzoek. Daarbij benadrukken we ook het belang van het verzamelen van *real world data* om de focus niet te beperken tot overlevingscijfers, maar ook oog te hebben voor de levenskwaliteit van de patiënt. Ook in terugbetalingsdossiers van kankergeneesmiddelen zouden *real world data* een plaats moeten krijgen.

3. Centralisatie van behandelingen of ingrepen waarbij uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat er een rechtstreeks verband is tussen de overlevingskans en het aantal patiënten dat een ziekenhuis voor een bepaalde aandoening.

Maggie De Block centraliseerde al sinds 1 juli 2019 de behandelingen van pancreaskanker en slokdarmkanker met het oog op het verbeteren van de overlevingskansen van de patiënt. Ondertussen is uit een evaluatie van de *Belgian Cancer Registry* (BCR) over een periode van vier jaar gebleken dat het gemiddelde sterftecijfer na een behandeling in de geconventioneerde centra voor beide kankers na 90 dagen daalde.

Recent Belgisch onderzoek, de EFFECT-studie onder leiding van prof. dr. Frédéric Amant (UZ Leuven), toont aan dat patiënten met baarmoederkanker een significant betere overlevingskans hebben wanneer zij worden behandeld in ziekenhuizen met voldoende ervaring en expertise. De studie analyseerde 4178 patiënten die tussen 2012 en 2016 werden behandeld in 60 Belgische ziekenhuizen en werd gefinancierd door Kom op tegen Kanker en het *Anticancer Fund*.

Uit de resultaten blijkt dat ziekenhuizen met een hoger jaarlijks patiëntvolume beter scoren op kwaliteitsindicatoren en een duidelijk hogere vijfjaarsoverleving realiseren. Voor patiënten behandeld in laagvolumeziekenhuizen lag de gecorrigeerde vijfjaarsoverleving gemiddeld 7 % lager dan in hoogvolumeziekenhuizen (65,6 % tegenover 72,7 %). Het verschil is vooral uitgesproken bij patiënten met een hoog risico. De studie bevestigt daarmee dat de expertise zich opbouwt door ervaring en multidisciplinaire samenwerking, en dat versnippering van complexe kankerzorg een negatieve impact heeft op de uitkomsten.

et clinique sur le cancer et le soutien à la recherche sur la prévention, dans le cadre d'une collaboration entre les pouvoirs publics et l'industrie.

En vue d'accroître la recherche, il est nécessaire d'améliorer l'interopérabilité des données de santé dans le respect de la vie privée, afin que les chercheurs et les entreprises pharmaceutiques y aient accès rapidement pour effectuer leurs travaux. Nous soulignons également à cet égard l'importance de collecter des données en vie réelle (*real world data*) afin de ne pas se concentrer uniquement sur les taux de survie, mais de prendre également en compte la qualité de vie du patient. Les données en vie réelle devraient également avoir leur place dans les dossiers de remboursement des médicaments anticancéreux.

3. Centralisation des traitements ou interventions pour lesquels des études scientifiques ont démontré un lien direct entre le taux de survie et le nombre de patients hospitalisés pour une affection donnée.

Maggie De Block a centralisé depuis le 1^{er} juillet 2019 les traitements du cancer du pancréas et de l'œsophage afin d'améliorer les chances de survie des patients. Entre-temps, une évaluation du *Belgian Cancer Registry* (BCR) sur une période de quatre ans a montré que le taux de mortalité moyen après un traitement dans les centres conventionnés pour ces deux cancers avait diminué après 90 jours.

Une étude belge récente, l'étude EFFECT menée par le professeur Frédéric Amant (UZ Leuven), montre que les patientes atteintes d'un cancer de l'utérus ont un taux de survie nettement meilleur lorsqu'elles sont traitées dans des hôpitaux disposant d'une expérience et d'une expertise suffisantes. L'étude a analysé 4178 patientes traitées entre 2012 et 2016 dans 60 hôpitaux belges et a été financée par *Kom op tegen Kanker* et l'*Anticancer Fund*.

Les résultats montrent que les hôpitaux traitant un volume annuel plus élevé de patients obtiennent de meilleurs scores sur les indicateurs de qualité et enregistrent un taux de survie à cinq ans nettement plus élevé. Pour les patients traités dans des hôpitaux à faible volume, le taux de survie à cinq ans corrigé était en moyenne inférieur de 7 % à celui des hôpitaux à volume élevé (65,6 % contre 72,7 %). La différence est particulièrement marquée chez les patients à haut risque. L'étude confirme ainsi que l'expertise s'acquiert par l'expérience et la collaboration multidisciplinaire, et que la fragmentation des soins complexes contre le cancer a un impact négatif sur les résultats.

Dit betekent dat we de overlevingskansen van kankerpatiënten nog kunnen verbeteren door de zorg voor complexe kankerchirurgie te verbeteren.

Irina De Knop (Anders.)
Sandro Di Nunzio (Anders.)

Cela signifie que nous pouvons encore améliorer les chances de survie des patients atteints de cancer en améliorant les soins pour la chirurgie complexe du cancer.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op het stijgend aantal nieuwe kankers;

B. gelet op de ambitie geformuleerd in het federaal regeerakkoord om een nieuw kankerplan op te stellen;

C. gelet op de aanbevelingen van de Belgische kankerbarometer van de Stichting tegen Kanker;

D. gelet op het Europees kankerbestrijdingsplan (*Europe's Beating Cancer Plan*);

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. in het door haar op te stellen kankerplan minstens volgende onderdelen op te nemen:

1.1. het engagement om een nieuw protocolakkoord tussen de federale overheid en de deelstaten te sluiten over de te nemen maatregelen inzake preventie zowel op het vlak van levensstijl, rookstopcampagnes en rookstopbegeleiding, gezonde voeding en beweging, te zorgen voor de vaccinatie tegen kankerverwekkende virussen zoals HPV en bevolkingsonderzoeken te organiseren waarbij bijzondere aandacht wordt besteed aan het bereiken van kwetsbare groepen die een lage gezondheidswijsheid (*health literacy*) hebben waarbij extra inspanningen worden geleverd om de participatie aan de bevolkingsonderzoeken te verhogen en te onderzoeken hoe de gestratificeerde screenings van risicogroepen voor wat betreft huidkanker, longkanker en prostaatkanker het best kan worden georganiseerd;

1.2. in het geïntegreerd zorgtraject aandacht te besteden aan een nazorgtraject met volgende elementen:

1.2.1. een voldoende aanbod inzake oncorevalidatie zowel intramuraal als extramuraal tot minimaal zes maanden na de behandeling en dit op basis van een consensus rond wat fysieke oncologische revalidatie moet inhouden inclusief kwaliteitscriteria en terugbetaling met een beschrijving van de taken van de ziekenhuizen en de extramurale zorgverleners;

1.2.2. een effectiviteitsonderzoek van de inloophuizen voor kankerpatiënten en het engagement om op basis van de resultaten te evolueren naar een gefundeerde cofinanciering vanuit de overheid om zo de inloophuizen te verduurzamen.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. vu le nombre croissant de nouveaux cas de cancer;

B. vu l'ambition formulée dans l'accord de gouvernement fédéral d'élaborer un nouveau Plan Cancer;

C. vu les recommandations du baromètre belge du cancer de la Fondation contre le Cancer;

D. vu le Plan européen pour vaincre le cancer (*Europe's Beating Cancer Plan*);

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. d'intégrer au moins les éléments suivants dans le Plan Cancer qu'il élaborera:

1.1. l'engagement de conclure un nouveau protocole d'accord entre l'autorité fédérale et les entités fédérées sur les mesures de prévention à prendre sur le plan du mode de vie, des campagnes antitabac et de l'accompagnement au sevrage tabagique, de l'alimentation saine et de l'activité physique; de veiller à la vaccination contre les virus cancérogènes tels que le papillomavirus humain (HPV); d'organiser des programmes de dépistage en portant une attention particulière aux groupes vulnérables qui ont une faible littéracie en santé (*health literacy*) et en déployant des efforts supplémentaires pour accroître la participation à ces programmes; et d'examiner comment organiser au mieux les dépistages stratifiés des groupes à risques en ce qui concerne le cancer de la peau, le cancer du poumon et le cancer de la prostate;

1.2. dans le cadre du trajet de soins intégré, de porter une attention particulière à un trajet de soins de suite, qui reprendra les éléments suivants:

1.2.1. une offre suffisante en matière de revalidation oncologique, aussi bien en milieu hospitalier qu'en dehors, jusqu'à au moins six mois après le traitement, sur la base d'un consensus concernant les éléments que doit comprendre la revalidation physique oncologique, en y intégrant des critères de qualité et la question du remboursement, avec une description des tâches des hôpitaux et des prestataires de soins ambulatoires;

1.2.2. une étude d'efficacité des maisons de ressourcement pour les patients atteints d'un cancer et l'engagement d'évoluer, en se basant sur les résultats, vers un cofinancement fondé, émanant des pouvoirs publics, afin de pérenniser les maisons de ressourcement;

1.2.3. op regelmatige basis tijdens en vooral na de behandeling een bevraging van de noden van de patiënt te organiseren en de nodige afspraken met zorgverleners te maken om aan die noden tegemoet te komen zowel in de medische, reguliere of informele sector;

1.2.4. voor de behandeling van zeldzame kankers verder te gaan op het vlak van centralisatie van de diagnose en behandeling om de overlevingskansen van de patiënten te verbeteren waarbij reguliere onderzoeken en behandelingen kunnen gebeuren in perifere ziekenhuizen;

3. in overleg met de gemeenschappen te onderzoeken hoe er meer ondersteuning kan komen voor fundamenteel, translationeel en klinisch kankeronderzoek en preventie-onderzoek in samenwerking tussen de overheid en de industrie;

4. werk te maken van een betere interoperabiliteit van gezondheidsdata met respect voor de privacy;

5. werk te maken van de inzet van *real world data* om de focus niet te beperken tot overlevingscijfers, maar ook oog te hebben voor de levenskwaliteit van de patiënt.

5 februari 2026

Irina De Knop (Anders.)
Sandro Di Nunzio (Anders.)

1.2.3. l'organisation, à intervalles réguliers pendant le traitement et surtout après celui-ci, d'une enquête sur les besoins du patient et la conclusion des accords nécessaires avec les prestataires de soins pour répondre à ces besoins, à la fois dans le secteur médical, dans le secteur régulier et dans le secteur informel;

1.2.4. pour le traitement des cancers rares, la poursuite de la centralisation du diagnostic et du traitement, afin d'améliorer les chances de survie des patients, les examens et traitements réguliers pouvant être effectués dans des hôpitaux périphériques;

2. d'examiner, en concertation avec les Communautés, comment renforcer le soutien à la recherche fondamentale, translationnelle et clinique sur le cancer et le soutien à la recherche sur la prévention, dans le cadre d'une collaboration entre les pouvoirs publics et l'industrie;

3. d'œuvrer à une meilleure interoperabilité des données de santé dans le respect de la vie privée;

4. de s'atteler à la collecte des données en vie réelle afin de ne pas se concentrer uniquement sur les taux de survie, mais de prendre également en compte la qualité de vie du patient.

5 février 2026