Innovation in Cancer Care Pays:

Pour l'avenir des patients et de la société

Compte rendu de la table ronde au Parlement fédéral – 4 décembre 2025

Le jeudi 4 décembre 2025, All.Can Belgium a organisé une table ronde au Parlement fédéral sur le rôle de l'innovation dans les soins oncologiques en Belgique. L'événement a été ouvert et présidé par la députée fédérale *Kathleen Depoorter* (N-VA), pharmacienne et vice-présidente de la Commission Santé et Égalité des chances. Hanne Decoutere a assuré la modération et animé les échanges avec des experts, des patients et des décideurs politiques.

Dans la continuité du rapport « Cancer Care: The Future is Now » publié en 2024, cette réunion s'inscrivait dans la même ambition : montrer comment l'innovation fait déjà aujourd'hui une différence pour les patients et la société, identifier les changements structurels nécessaires pour maintenir ces progrès accessibles et abordables, et préciser le rôle de chacun des acteurs concernés — décideurs politiques, prestataires de soins, chercheurs, industrie et patients. La journée était structurée autour de trois axes principaux : les faits et tendances du cancer en Belgique, l'impact concret de l'innovation dans le diagnostic, le traitement, les données et la réintégration, ainsi qu'un débat politique sur l'accès, le financement, les inégalités et le futur plan cancer.

Le cancer en Belgique : charge croissante, meilleurs résultats

Bart Van Gool, senior data manager au Registre belge du cancer, a présenté des chiffres récents illustrant l'évolution de la charge du cancer en Belgique. En 2023, près de 80 000 nouveaux diagnostics de cancer ont été enregistrés, contre 58 000 en 2004, soit une augmentation d'environ un tiers. Cette hausse s'explique en grande partie par la croissance démographique de 1,3 million d'habitants et par le vieillissement de la population. Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent environ un quart de la population, mais sont responsables des trois quarts de l'ensemble des diagnostics de cancer. Le risque individuel augmente donc moins fortement que ne le suggèrent les chiffres absolus. Chez les hommes, ce risque a même légèrement diminué sur une période de vingt ans ; chez les femmes, on observe une légère augmentation, notamment en raison d'une hausse des cancers liés au tabagisme.

Les tendances varient fortement selon le type de cancer. Pour le cancer de la peau, par exemple, le risque a fortement augmenté, tandis que le cancer colorectal diminue nettement dans le contexte du dépistage populationnel. Parallèlement, le risque de mourir d'un cancer diminue, tant chez les hommes que chez les femmes. La survie à cinq ans s'améliore pour presque tous les types tumoraux. Pour les cancers ayant traditionnellement un pronostic favorable, comme le cancer du sein et de la prostate, des progrès supplémentaires ont été réalisés, et même pour le cancer du poumon — toujours associé à un pronostic défavorable — les avancées sont perceptibles.

Le message de Bart Van Gool était clair : la charge du cancer pour la société augmente, mais les résultats s'améliorent. Ce n'est pas un hasard, mais la conséquence directe de l'innovation dans la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement — et en même temps un argument pour continuer à investir dans ces domaines.

La révolution thérapeutique en oncologie

Ce lien entre innovation et résultats a été approfondi par le Prof. Dr *Ahmad Awada*, oncologue médical, chef du service d'oncologie et directeur de l'Institut du cancer du Chirec à Bruxelles, ainsi que président du conseil d'administration d'All.Can Belgium. Il a décrit comment l'oncologie a connu au cours des dernières décennies une véritable révolution thérapeutique reposant sur quatre piliers : une chirurgie plus précise, une radiothérapie plus ciblée, des thérapies ciblées et l'immunothérapie, y compris la thérapie cellulaire.

Dans la chirurgie et la radiothérapie, les progrès se traduisent par des interventions moins invasives et des irradiations beaucoup plus ciblées, avec des dommages nettement réduits pour les tissus sains. Sur le plan pharmacologique, la transition vers les thérapies ciblées est cruciale : des médicaments agissant sur des anomalies moléculaires spécifiques des cellules cancéreuses offrent une efficacité accrue avec une toxicité réduite. L'immunothérapie et les thérapies cellulaires, telles que la thérapie CAR-T, ont profondément transformé le traitement de certaines tumeurs hématologiques et solides et apportent un nouvel espoir là où celui-ci était auparavant limité.

Pour les patients, cela se traduit par de meilleures chances de guérison et, lorsque la guérison n'est pas possible, par une survie prolongée avec une meilleure qualité de vie. De plus en plus de patients vivent avec le cancer comme avec une maladie chronique. Pour les hôpitaux, le passage vers l'hospitalisation de jour et le suivi chronique implique que l'organisation et la composition des équipes doivent évoluer.

Selon le Prof. Awada, le flux d'innovations ne diminuera pas. Cela nécessite une préparation en termes d'infrastructures, de formation, de réglementation et de financement, afin que les progrès ne restent pas théoriques mais atteignent effectivement les patients. Il a souligné que l'innovation n'a de sens que lorsqu'elle est réellement accessible :

« On ne peut appeler un nouveau traitement une innovation que si le patient y a effectivement accès. Sinon, cela reste une invention. »

L'accès aux thérapies innovantes est relativement bien organisé en Belgique, mais mérite une attention continue. « L'accès à l'innovation est également bon dans notre pays, mais peut évidemment toujours être amélioré. Et cela reste nécessaire, car malgré tous les efforts, 20 à 30 % des patients atteints de cancer décèdent encore de la maladie. »

Le diagnostic comme clé : biologie moléculaire et biopsie liquide

Le diagnostic constitue un maillon crucial dans cette évolution. Le Dr *Henry Paridaens*, biologiste clinique et chef adjoint du laboratoire du CHR de la Citadelle à Liège, a expliqué que les soins oncologiques modernes sont impossibles sans une biologie moléculaire de haut niveau. Il a décrit trois fonctions essentielles du diagnostic moléculaire en oncologie : prédire, sélectionner et suivre. Prédire signifie évaluer à l'avance si un patient bénéficiera d'une thérapie donnée. Sélectionner consiste à choisir le médicament le plus approprié sur la base du profil moléculaire de la tumeur. Suivre permet enfin de détecter le moment où un traitement perd son efficacité, afin d'éviter des thérapies inutiles et coûteuses.

La biopsie liquide, qui permet de détecter des mutations tumorales à partir d'une simple prise de sang, ajoute une dimension supplémentaire. Le traitement approprié peut être choisi plus rapidement, les rechutes peuvent être détectées plus tôt qu'avec l'imagerie, et les toxicités inutiles peuvent être évitées. La valeur ajoutée médicale et économique est évidente, mais l'accès n'est aujourd'hui pas égal partout et dépend parfois du lieu de résidence ou des modalités de financement. Le Dr Paridaens a donc plaidé pour un remboursement complet et stable du diagnostic moléculaire en oncologie, le développement d'une plateforme nationale de données génomiques reliant les laboratoires entre eux, et des investissements dans les ressources humaines et l'expertise, notamment les bio-informaticiens. Il a explicitement mis en garde contre une médecine aveugle et une médecine à deux vitesses.

La précision dans la pratique : chirurgie pulmonaire et radiothérapie

La manière dont l'innovation se traduit dans la pratique a notamment été illustrée par le Prof. Dr *Paul Van Schil*, chirurgien thoracique et professeur émérite à l'UZA. Il a souligné que la détection précoce du cancer du poumon, notamment par le biais de programmes de dépistage ciblés, peut améliorer significativement les chances de survie. Des projets tels que ZORALCS montrent comment les hôpitaux, les médecins généralistes et d'autres acteurs peuvent collaborer autour du dépistage.

En chirurgie, l'évolution se dirige de plus en plus vers des techniques mini-invasives telles que la VATS, les approches uniportales et la chirurgie thoracique assistée par robot. Ces approches réduisent la douleur et les lésions tissulaires et accélèrent la récupération, tout en maintenant l'objectif oncologique : une résection R0 complète, avec élimination totale de la tumeur et des ganglions lymphatiques pertinents. Lorsque cela est possible, des interventions conservatrices, telles que la segmentectomie ou les excisions WIG, sont privilégiées sans compromettre la sécurité. Les combinaisons néoadjuvantes de chimiothérapie et d'immunothérapie offrent des opportunités supplémentaires pour réduire la taille des tumeurs avant l'intervention et améliorer les résultats. Pour les tumeurs rares, le Prof. Van Schil a souligné l'importance des réseaux européens de référence tels que EURACAN, afin de regrouper l'expertise et les données.

Le Dr *Bernard Willemart*, médecin spécialiste en médecine nucléaire et chef du service d'Onco-hématologie, Radiothérapie et Médecine nucléaire (CHU UCL Namur), a décrit le rôle de la radiothérapie dans les soins oncologiques. Environ un patient sur deux reçoit une radiothérapie, souvent à plusieurs reprises, et en 2024 cela représentait plus de 33 000 traitements en Belgique. La radiothérapie est, par rapport à son impact, relativement rentable. Il s'agit cependant d'une discipline de haute technologie en pleine évolution, avec des techniques telles que la stéréotaxie, l'IMRT, la radiothérapie guidée par IRM et la protonthérapie. Ces techniques permettent des traitements

extrêmement ciblés et personnalisés, souvent dans des schémas plus courts, ce qui présente des avantages tant pour les patients que pour le système.

Cependant, ces progrès nécessitent des investissements substantiels en équipements et infrastructures, alors que le coût des appareils a fortement augmenté au cours des dernières décennies. Par ailleurs, les effectifs sont sous pression, avec des pénuries de médecins, physiciens, infirmiers, dosimétristes et techniciens. Le Dr Willemart a également mis en garde contre une fragmentation excessive des centres : des volumes trop faibles et un équipement insuffisant peuvent compromettre la qualité. Le financement est complexe, avec un mélange d'honoraires et de Budget des Moyens Financiers (BMF), et les modifications de nomenclature peuvent soutenir l'innovation, mais aussi la menacer. Il a plaidé pour un plan national de radiothérapie, comprenant des programmes d'investissement ciblés, des conventions durables basées sur les coûts réels, une politique ambitieuse en matière de personnel, une rationalisation vers des centres de référence solides tout en maintenant l'accessibilité géographique, ainsi qu'un suivi systématique de l'impact de la nomenclature sur l'accès, la qualité et l'innovation.

Radioligandthérapie : la Belgique comme précurseur

La Prof. Dr *Sarah Baatout,* directrice adjointe de l'Institute of Nuclear Medical Applications (SCK CEN), a approfondi la radioligandthérapie (RLT), un traitement de précision prometteur. La RLT combine un ligand ciblé, qui reconnaît un récepteur spécifique sur les cellules tumorales, avec un radio-isotope thérapeutique qui délivre le rayonnement directement à la tumeur et aux éventuelles métastases. Grâce à l'imagerie PET et SPECT, le traitement peut être ajusté finement pour chaque patient. Aujourd'hui, la RLT est déjà appliquée avec succès, notamment pour les tumeurs neuroendocrines et le cancer de la prostate métastatique. Plus de deux cents études cliniques sont actuellement en cours dans le monde pour de nouvelles indications.

Pour un déploiement durable, la Prof. Baatout a souligné l'importance d'un approvisionnement sécurisé en radio-isotopes, compte tenu de leur courte durée de vie, ainsi que la nécessité d'accélérer les efforts de recherche et de développement. Les hôpitaux doivent disposer d'infrastructures adaptées et d'une formation en radioprotection, et un tissu industriel solide est indispensable pour permettre la coopération européenne et internationale. Enfin, un cadre réglementaire et de remboursement clair est nécessaire afin que les patients puissent accéder rapidement à ces traitements.

La Belgique dispose d'atouts importants pour devenir un précurseur européen : des universités et des hôpitaux solides, un écosystème d'innovation mature et, avec le réacteur BR2 du SCK CEN, un acteur clé dans la production mondiale de radio-isotopes médicaux. Selon la Prof. Baatout, cela fait de la Belgique un candidat logique pour devenir un centre de référence européen en matière de RLT, à condition que les décideurs politiques, les prestataires de soins, la recherche et l'industrie continuent d'investir dans la formation, l'infrastructure et la réglementation.

Comme elle l'a résumé :

« La RLT n'est pas seulement une percée scientifique, mais aussi une opportunité concrète pour des milliers de patients. Pour réaliser son potentiel, nous devons collaborer : décideurs politiques, prestataires de soins, recherche, industrie et patients. Investir ensemble, former, réglementer et anticiper. Nous disposons du talent, de l'infrastructure et de l'ambition. Faisons de la Belgique un pays guide en Europe et au-delà. »

Données et intelligence artificielle : des traces numériques à des informations exploitables

Le Dr *Annelies Verbiest*, oncologue médical à l'UZA, a attiré l'attention sur le rôle des données et de l'intelligence artificielle dans l'oncologie. Chaque patient laisse à l'hôpital une trace numérique étendue : symptômes, résultats de laboratoire, imagerie, schémas thérapeutiques, effets secondaires et hospitalisations sont systématiquement enregistrés. Aujourd'hui, ces données sont principalement conçues pour soutenir les soins individuels et la facturation. Pour une utilisation dans la recherche clinique, le suivi de la qualité ou l'information politique, elles sont moins standardisées et moins adaptées.

L'IA et l'analyse avancée des données peuvent contribuer à une évolution vers un diagnostic et un traitement plus individualisés, une meilleure prédiction des risques et une prise de décision plus cohérente avec moins de variation entre les prestataires de soins. Mais cela n'est possible que si les bases sont solides : qualité des données à la source, modèles standardisés et systèmes interopérables, expertise multidisciplinaire suffisante et cadre juridique et éthique solide. Le Dr Verbiest a mis en garde contre l'illusion selon laquelle l'IA corrigerait automatiquement des données de mauvaise qualité. Elle a également évoqué des projets récents dans lesquels des algorithmes ont été entraînés dans différents hôpitaux tout en préservant la confidentialité, démontrant que l'apprentissage fédéré est réalisable et que les hôpitaux belges peuvent jouer un rôle de premier plan dans ce domaine.

Cancer et travail : innovation dans la réintégration

Thomas Otte, conseiller auprès des Mutualités Libres, a présenté l'impact du cancer sur le travail et les revenus. Le cancer constitue la quatrième cause la plus fréquente d'incapacité de travail de plus de trente jours, et reste également dans le top quatre après un an d'absence — moment où l'on parle d'invalidité. Environ 41 % des patients atteints de cancer sont absents du travail pendant plus d'un an. Le cancer du sein représente à lui seul quatre dossiers sur dix d'incapacité de travail de longue durée liée au cancer, suivi du cancer colorectal et du cancer du poumon.

Son analyse a montré que l'accompagnement précoce et coordonné est essentiel. La possibilité de reprise progressive du travail dès le deuxième jour d'incapacité constitue un instrument important, mais encore insuffisamment connu. La littérature souligne que la réintégration devrait faire partie intégrante du parcours de soins, mais seule une minorité de professionnels de santé estime que leur institution s'y engage structurellement aujourd'hui. La plateforme numérique TRIO, qui relie le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin-conseil de la mutualité, constitue une avancée, même si son utilisation reste encore limitée et que les spécialistes, comme les oncologues, n'y ont pas encore accès direct.

Perspective des patients : quatre témoignages sur la signification de l'innovation

Dans la deuxième partie du programme, quatre patients ont pris la parole. Leurs témoignages ont illustré concrètement ce que l'innovation signifie au niveau individuel.

Guillaume, 37 ans, a reçu en 2019 un diagnostic de sarcome à cellules fusiformes. Après un parcours thérapeutique intensif, il est en rémission depuis mai 2022 et est devenu père en 2025. Après une période d'arrêt, il est progressivement retourné au travail grâce à la flexibilité de son employeur et à des adaptations de sa fonction. La possibilité de reprendre progressivement lui a apporté une

reconnaissance et a contribué à son rétablissement. Il a toutefois souligné que tous les patients n'ont pas la force ou les possibilités d'entamer eux-mêmes le dialogue avec leur employeur et a plaidé pour un coordinateur jouant le rôle d'intermédiaire afin d'accompagner employeur et employé dans le processus de réintégration. « Lorsque quelqu'un vous accompagne dans ce parcours », a-t-il déclaré, « le retour au travail devient moins difficile. »

Martina vit avec une mutation BRCA1, une anomalie génétique qui augmente fortement le risque de cancer du sein et de l'ovaire. Constatant la quantité d'informations erronées circulant et le manque de soutien structuré, elle a fondé le BRCA+ Network. L'innovation dans les tests génétiques, la chirurgie préventive, les techniques de reconstruction et les thérapies ciblées a profondément influencé ses propres choix et perspectives. Elle a témoigné de la manière dont de nouveaux traitements, tels que les inhibiteurs de PARP, ont prolongé la durée de vie et amélioré la qualité de vie de sa mère atteinte d'un cancer de l'ovaire avancé.

Marianne, 58 ans et mère de deux enfants, a suivi un parcours thérapeutique intensif et de longue durée pour un mélanome. Elle a reçu une thérapie ciblée, une immunothérapie, une radiothérapie, puis également des traitements de soutien. Elle a raconté à quel point les traitements ont été éprouvants, tant physiquement que mentalement, et comment, à un certain moment, elle a eu l'impression que son corps et son esprit l'abandonnaient. Durant cette période, elle a bénéficié d'une thérapie cognitive, qui a constitué pour elle un véritable tournant. Cet accompagnement lui a permis de reprendre le contrôle de ses pensées, de ses émotions et de son fonctionnement. Le contact avec d'autres patients a également joué un rôle majeur dans son rétablissement et sa résilience. Aujourd'hui, elle est bénévole chez Melanoompunt et souhaite rendre à la communauté ce qu'elle a elle-même reçu. Son histoire montre que l'innovation ne concerne pas uniquement les traitements, mais également les soins intégrés, dans lesquels les dimensions physiques, mentales et sociales sont soutenues conjointement.

Michiel, 31 ans, prothésiste dentaire, golfeur passionné et récemment marié, a reçu en 2023 un diagnostic de cancer du poumon métastatique ALK+, une mutation sans lien avec le tabagisme. Grâce à une thérapie ciblée, la tumeur a rapidement et fortement régressé, sans chimiothérapie classique, radiothérapie ou chirurgie. Bien qu'il doive faire face à des effets secondaires, ceux-ci lui permettent de maintenir une vie active. Il travaille à nouveau à temps partiel, soutenu par son épouse, son entourage et son employeur, et a trouvé du soutien auprès de l'association de patients ALK Positive Belgium. Pour Michiel, l'innovation signifie littéralement du temps : chaque ligne de traitement fonctionne temporairement, après quoi une nouvelle génération de thérapies ciblées devient nécessaire. Il a résumé cela par l'expression « staying ahead of the curve » : l'espoir que les progrès médicaux continuent à avancer plus vite que sa maladie. Cela lui donne la force d'envisager l'avenir avec prudence mais positivité.

Dialogue politique : accès, financement et inégalités

Dans la dernière partie de la journée, quatre députés fédéraux ont débattu entre eux et avec le public: *Kathleen Depoorter* (N-VA), pharmacienne et vice-présidente de la Commission Santé et Égalité des chances, *Irina De Knop* (Open VLD), bourgmestre de Lennik, *Jan Bertels* (Vooruit), également vice-président de la même commission et bourgmestre de Herentals, et Carmen Ramlot (Les Engagés), bourgmestre de Rouvroy et pharmacienne.

La modératrice Hanne Decoutere a structuré le débat politique autour de trois thèmes centraux : premièrement, comment accélérer et mieux organiser l'accès à l'innovation ;

deuxièmement, comment intégrer l'innovation dans le nouveau plan cancer fédéral et quels choix politiques sont nécessaires ;
troisièmement, comment mieux intégrer le soutien psychologique, social, médical et socioprofessionnel dans le parcours de soins des patients atteints de cancer.

Dans la discussion sur l'accès aux médicaments innovants, Kathleen Depoorter (N-VA) a souligné l'importance des études cliniques, y compris pour les tumeurs rares, en tant que moteur d'innovation et moyen d'offrir aux patients un accès précoce aux nouveaux traitements. Elle a estimé que le délai d'accès aux nouvelles thérapies devait être réduit en Belgique et a évoqué des initiatives législatives en cours pour accélérer les procédures. Elle a plaidé pour une analyse critique de la structure de l'INAMI, afin de réduire les silos et de placer l'ensemble du parcours patient au centre.

Irina De Knop (Open VLD) a souligné que la Belgique ne rembourse actuellement qu'une partie des médicaments approuvés en Europe. Cela crée de l'incertitude pour l'industrie et augmente le risque que les entreprises se tournent vers d'autres pays. L'accessibilité financière reste une condition essentielle pour elle, mais elle a plaidé pour des procédures plus efficaces et plus rapides. Elle a également demandé davantage d'attention à la qualité de vie comme critère dans les décisions de remboursement, et pas uniquement à la survie globale.

Jan Bertels (Vooruit) a évoqué la procédure Early and Equitable Fast Access (EEFA), élaborée lors de la précédente législature, qui devrait permettre à partir de 2026 un accès conditionnel plus rapide aux nouveaux médicaments, avec collecte de données complémentaires. Il a rappelé que la Commission de remboursement des médicaments comprend non seulement des experts, mais aussi des représentants des patients et de l'industrie afin de renforcer la base de preuves. Il a toutefois averti que les rapports montrant qu'une part importante des médicaments approuvés rapidement offre peu de valeur ajoutée pourraient fragiliser le soutien public à l'innovation.

Carmen Ramlot (Les Engagés) a souligné qu'un code postal ne devrait jamais déterminer la qualité des soins, en particulier dans une commune frontalière comme la sienne. Elle a plaidé pour des procédures accélérées et pour l'intégration explicite de la voix du patient dans l'évaluation des soins innovants.

Conclusions

La table ronde « Innovation in Cancer Care Pays : pour l'avenir des patients et de la société » a montré que l'innovation dans les soins oncologiques fonctionne : la survie augmente, la qualité de vie s'améliore et de nouvelles perspectives émergent pour des maladies auparavant difficilement traitables.

L'innovation apparaît également comme bien plus large que les nouvelles technologies ou les médicaments. Elle inclut aussi :

- un meilleur diagnostic
- des parcours de soins intégrés
- le suivi et l'accompagnement psychosocial
- la réintégration professionnelle
- une organisation des soins centrée sur les besoins du patient

Les témoignages de Guillaume, Martina, Marianne et Michiel ont montré ce que cela signifie concrètement : plus de temps, davantage de choix, un meilleur accompagnement et la possibilité de participer pleinement à la société.

Le débat politique a mis en évidence les priorités : procédures plus rapides, budgets centrés sur le patient, décisions basées sur les données, attention à la qualité de vie et réduction des inégalités.

All.Can Belgium traduira ces enseignements en recommandations concrètes et projets, avec un objectif clair : créer davantage de valeur pour chaque patient dans un système de soins oncologiques durable et équitable.

All.Can Belgium

Changing cancer care together