

**SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

**BRUXELLES, le 13 FÉVRIER 2014**

**DIRECTION GÉNÉRALE SOINS DE SANTÉ**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

-----

**Section "Programmation et Agrément"**

**Réf. : CNEH/D/443-5 (\*)**

## **Avis relatif à la centralisation des soins d'oncologie**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 15 mai 2014

Le 16 mai 2013, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a demandé au CNEH un avis sur la centralisation des soins d'oncologie dans les hôpitaux belges.

La ministre motive sa demande d'avis en faisant référence à une étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) sur le cancer gastro-œsophagien et sur le lien entre le nombre de patients opérés par hôpital et, d'une part, une (plus faible) mortalité postopératoire et, d'autre part, une (meilleure) survie à cinq ans.

La ministre demande un avis sur l'opportunité d'une centralisation des soins d'oncologie pour les pathologies oncologiques nécessitant un traitement complexe ou hautement spécialisé.

Dans cette demande, il est fait référence aux programmes de soins d'oncologie, au Plan Cancer et à la prise en charge des tumeurs rares ou des tumeurs nécessitant une technologie ou un traitement hautement spécialisé, à l'élaboration d'un système de qualité en oncologie<sup>1</sup> et à la relation entre le volume de patients traités et les résultats<sup>2</sup>.

La ministre précise que cette demande d'avis concerne les aspects organisationnels des soins aux patients atteints de tumeurs nécessitant un traitement complexe ou hautement spécialisé. Elle souhaite expressément que les éventuelles pistes de centralisation fassent l'objet d'une analyse plus approfondie. Elle propose également la méthode de travail à suivre ("un groupe de travail ad hoc") et demande que le CNEH étudie l'opportunité d'une programmation dans certains domaines de soins oncologiques et la désignation de centres de référence.

La ministre précise que pour certaines affections nécessitant une approche interdisciplinaire et multimodale, il est possible de désigner des centres de référence en vertu de l'article 14 de la loi sur les hôpitaux et, éventuellement, de procéder à la programmation d'un certain nombre de ces centres.

La ministre demande un avis sur la nature de la pathologie pour laquelle une centralisation des soins est souhaitable et sur les critères d'agrément des centres de référence.

Enfin, la ministre précise que le concept organisationnel doit répondre autant que possible aux besoins du patient et tenir compte tant de la qualité que de la proximité des soins.

En résumé, la demande d'avis est limitée aux soins oncologiques rares.

Comme demandé, le CNEH a créé un groupe de travail ad hoc constitué des membres suivants: Devos Daniel (président), Bissen Luc, Bodeux Dominique, Bury Jean, De Toeuf Jacques, Denée Christian, Dusart Michelle, Heuschen Willy, Hotterbeex Aline, Husden Yolande, Kips Johan, Mertes Ingrid, Moens Marc, Pauwels Johan, Rutsaert Robert, Toussaint Jean-Louis, Van Campenhoutd Marc, Van Den Oever Robert, Vandenbosch Kristel, et des experts Claeys Donald, Dirix Luc, Lievens Yolande, Peeters Marc, Stordeur Sabine, Vaneycken Elisabeth, Vlayen Joan, Vrijens France. Ce groupe de travail s'est réuni à 3 reprises.

Les documents suivants ont été transmis au groupe de travail et sont joints en annexe au présent avis:

1. Madame Sabine Stordeur: présentation PowerPoint du KCE "*Organisation of care for patients with*

---

<sup>1</sup> Rapport 152B du KCE.

<sup>2</sup> Rapport 113B du KCE.

*rare tumours and tumours with complex care*", 1<sup>er</sup> juillet 2013.

2. Dr Donald Claeys: "*Centralisatie in de oncologie in België*", sans date.

3. Dr Donald Claeys: lettre du *Collegium Chirurgicum* au CNEH, 2 juillet 2013.

4. Dr Donald Claeys, Pr Dr Yolande Lievens et Pr Dr Marc Peeters: "*Oncologische Organisatie als basis voor Kwaliteit*", sans date.

Le Président du groupe de travail remercie les experts pour leur collaboration à la réalisation de cet avis mais précise que cet avis reflète les points de vues de la section « programmation et agrément » du CNEH et pas nécessairement ceux des experts.

## Quelques considérations

Il est juste d'accorder de l'importance aux cancers rares, mais d'autres affections rares doivent également retenir l'attention car elles peuvent, elles aussi, être mortelles et/ou menacer sérieusement la qualité de vie. Il faut en outre continuer à examiner attentivement les efforts déployés pour améliorer la qualité des soins dispensés dans le cadre de l'ensemble des cancers, et également les cancers non rares. Les cancers sont des maladies chroniques et l'ensemble du parcours - c'est-à-dire la prévention, le dépistage, le diagnostic, la confirmation, le plan de traitement et les soins palliatifs - doit être pris en compte.

Après l'introduction des programmes de soins oncologiques de base, des programmes de soins oncologiques et de la consultation oncologique multidisciplinaire (COM), de nombreux observateurs ont vu la qualité des soins augmenter à grande vitesse. Le programme de soins oncologiques semble être un support de qualité parfaitement approprié dans le cadre du traitement du cancer: structure, encadrement, spécialisation et collaboration multidisciplinaire. Il est primordial qu'un programme de soins assure un suivi attentif de la qualité des soins administrés et communique en toute transparence. Des soins oncologiques de qualité ne fonctionnent toutefois pas dans le vide: les services d'appui (par exemple fonction Soins intensifs, *medium care*,...) constituent un élément essentiel de soins oncologiques de qualité. Il paraît donc utile de procéder à une évaluation approfondie des programmes de soins existants de manière à pouvoir dresser un état des lieux.

Nombre de personnes constatent toutefois aussi qu'il y a vraisemblablement un déséquilibre entre les programmes de soins oncologiques de base (trop peu) et les programmes de soins oncologiques (trop). La tendance des autorités à accorder des services, fonctions et technologies sur la base des autres fonctions, services et technologies agréés présents dans l'hôpital n'est probablement pas étrangère à cet état de choses. La crainte de ne pas parvenir à attirer de nouveaux collègues dans un environnement compétitif aura aussi une influence. Peut-être peut-on compenser ce déséquilibre entre les programmes de soins en incitant<sup>3</sup> tous les médecins concernés<sup>4</sup> à s'engager de préférence, voire de manière exclusive, pour l'oncologie et en encourageant les hôpitaux à collaborer et à

---

<sup>3</sup> Par exemple, honoraires d'adressage, participation à la COM interhospitalière,...

<sup>4</sup> Oncologues, chirurgiens oncologues, gynécologues, internistes, mais aussi radiologues, pathologistes, etc.

conclure des accords sur la répartition des tâches pour dispenser conjointement les soins et atteindre des objectifs de qualité. Une centralisation dans les centres d'expertise ne peut entraîner une perte d'expertise dans d'autres hôpitaux<sup>5</sup>. Cette expertise est essentielle au traitement de tous les cancers.

Définir les **tumeurs rares** n'est pas aussi simple qu'il pourrait paraître: "rare" fait référence au nombre de nouveaux cas par an<sup>6</sup> et/ou à la(les) forme(s) très complexe(s) de thérapie et/ou à la nécessité de recourir à de la technologie ou du matériel rare (coûteux). Il existe des listes de tumeurs rares, mais la frontière entre tumeurs non rares et tumeurs rares (et entre tumeurs rares et tumeurs très rares) n'est pas toujours très claire et n'est assurément pas la même partout. Les cancers rares sont parfois caractérisés par un premier diagnostic erroné ou posé tardivement, par une thérapie complexe avec peu de recommandations disponibles basées sur des données probantes. Un mauvais/moins bon pronostic et une survie moindre ainsi que des frais élevés y sont également associés.

L'oncologie est de plus en plus **personnalisée**<sup>7</sup> grâce à de nouvelles connaissances plus affinées en génétique, en biologie moléculaire, etc., ce qui conduit au paradoxe que définir les tumeurs rares sur la base du nombre de nouveaux cas risque de devenir plus compliqué: chaque type existant de tumeur sera en outre subdivisé en fonction de nouveaux paramètres diagnostics et/ou thérapeutiques. Et des cancers qui ne sont pas tellement rares peuvent parfois nécessiter une thérapie (plus) complexe.

Cette évolution a également des conséquences sur (la détermination et la définition de) l'**expertise** de différents participants au processus multidisciplinaire et donc sur une éventuelle désignation ou un éventuel agrément comme centre de référence. Que des centres de référence soient ou non créés, il faut d'urgence dresser l'inventaire de l'expertise disponible.

Définir un **centre de référence** n'est pas simple<sup>8</sup> non plus (certains parlent du reste de *centre d'excellence*). De plus, l'organisation de ces centres et la répartition des tâches entre eux et les hôpitaux diffèrent d'un pays à l'autre. Les définitions font référence aux cancers rares, mais aussi aux services hautement spécialisés avec équipement et matériel coûteux.

Il semble toutefois que les objectifs ou missions des *centres* soient les mêmes partout: améliorer la qualité des soins administrés aux patients atteints d'un cancer rare et/ou complexe grâce à une accessibilité et un adressage meilleurs et plus rapides, à la confirmation ou l'amélioration du premier diagnostic, à une approche multidisciplinaire - par des prestataires de soins compétents (experts), à l'établissement d'un plan de traitement et à l'accès à des thérapies innovantes.

---

<sup>5</sup>

<sup>6</sup> <6 nouveaux cas pour 100.000 habitants par an.

<sup>7</sup> Voir document 4 "*Oncologische Organisatie als basis voor Kwaliteit*", p. 1.

<sup>8</sup> Voir par exemple aussi la lettre du 25 octobre 2005 du président du CNEH au ministre Demotte sur les centres de référence ([http://www.health.belgium.be/filestore/10176477/2005%2010%2025%20-%20NRZV%20C%2019-2005%20NL\\_10176477\\_nl.pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/10176477/2005%2010%2025%20-%20NRZV%20C%2019-2005%20NL_10176477_nl.pdf) )

Malgré ces objectifs communs, on observe toutefois différentes situations et des divergences de points de vue sur la manière dont ces objectifs peuvent ou doivent être atteints.

Il y a lieu d'envisager s'il serait ou non préférable qu'un centre de référence reste limité, en termes "physiques" (hôpital, site), aux centres qui traitent les tumeurs "réellement rares". Les tumeurs nécessitant un traitement complexe peuvent également être traitées dans des centres qui se positionnent comme étant plus importants, mais qui sont organisés de façon correcte et minutieuse. Bien entendu, les centres de référence et l'ensemble des services oncologiques s'organisent également au sein d'un réseau.

Certains adoptent le concept "transversal" complémentaire du "*service de référence*", qui diffère du centre par le fait qu'il ne fait pas référence au(x) cancer(s) rare(s), mais aux technologies et/ou au matériel et/ou à l'expertise<sup>9</sup> spécialisés utilisables dans différentes situations et pour différentes affections. De ce fait, il peut être fait appel à ces "services" pour le traitement des cancers non rares et des cancers rares.

La **technologie électronique moderne** facilite grandement la communication, l'adressage, la collaboration, le partage de l'information, la confirmation du diagnostic, le contrôle, la consultation multidisciplinaire, l'enregistrement, les banques de données, la thérapie, etc. Les possibilités de réaliser tout cela à distance, autrement dit dans une même unité de temps mais pas d'espace, semblent également importantes, et ce monde "*virtuel*" relativement nouveau paraît en contraste avec (au moins une partie de) l'intérêt porté aux centres "*réels*" dans lesquels se réunissent (doivent se réunir) toutes les personnes concernées. On préconise donc que la relation des experts, des services d'expertise et des centres d'expertise avec les autres services et hôpitaux soit également définie et organisée en fonction de ces nouvelles possibilités. Le diagnostic et la thérapie peuvent aussi se faire en des lieux distincts, les experts peuvent se déplacer.

Par ailleurs, il faut placer le centre de référence ou le centre d'expertise dans un contexte plus large. Ainsi, en ce qui concerne la chirurgie oncologique, il n'y a pas que le nombre d'interventions par chirurgien pour des cancers rares qui importe mais aussi le nombre d'interventions par organes, la structure interne des services au sein de l'hôpital et l'expertise multidisciplinaire générale nécessitant aussi une approche globale en fonction, notamment, des soins postopératoires, des soins intensifs et du personnel expert et expérimenté. La chirurgie de l'œsophage sera, par exemple, intégrée dans (le service d') un hôpital doté d'une expertise générale en chirurgie du thorax et de l'appareil digestif.

La principale constante dans tous les documents, résumés, notes et recommandations est sans aucun doute l'importance de l'**information** par **l'enregistrement, l'analyse, le contrôle et la comparaison des données**. Tous soulignent l'importance fondamentale de la collecte complète de données pour une bonne/meilleure qualité de soins pour (tous) les patients cancéreux. Personne ne doute de la nécessité de contraindre tous les prestataires de soins concernés à enregistrer un ensemble complet de données cliniques sur tous les patients et de la nécessité de sauvegarder ces données dans une base de données commune indépendante (le Registre du Cancer). Les indicateurs de processus, de structure et de résultat doivent eux aussi être enregistrés. Toutes ces données doivent être analysées et comparées, et les résultats doivent être communiqués aux médecins, aux hôpitaux et aux

---

<sup>9</sup> Par exemple radiothérapie, biologie moléculaire, anatomopathologie, banques de tumeurs.

programmes de soins. Les autorités ont d'importantes responsabilités: elles doivent permettre, et optimiser, l'enregistrement, la collecte, la validation, l'évaluation et l'utilisation. Les résultats doivent être publiés. L'obligation de publication des données (*public disclosure*) semble en effet une manière évidente et efficace de contrôler la qualité et, surtout, de la favoriser.

Le **financement** des soins, et celui des médecins en particulier<sup>10</sup>, semble parfois être un possible obstacle à la collaboration, voire à l'adressage. Il revient aux médecins, qui déterminent la technique et les modalités de leurs honoraires, de proposer et d'effectuer les adaptations requises pour garantir à chaque patient un traitement optimal. Les autorités devront veiller à un financement efficace des structures et du personnel qui garantissent la qualité des soins et l'améliorent.

L'étude du KCE<sup>11</sup> sur les cancers gastro-œsophagiens suscite quelques réflexions parmi les membres du groupe de travail.

Un constat important de cette étude est que le taux de survie après un cancer de l'estomac ou de l'œsophage est le plus élevé en Belgique par comparaison avec d'autres pays européens (2<sup>ème</sup> place pour le cancer de l'œsophage, 1<sup>ère</sup> pour le cancer de l'estomac).

La mortalité post-opératoire précoce semble toutefois plus élevée que dans certains pays voisins, ce qui peut-être (probablement?) est plutôt lié à des soins intensifs qualifiés qu'aux soins oncologiques en soi.

Ensuite, il s'avère que les centres dont le taux de survie est le plus élevé traitent une population significativement plus jeune et présentant une moindre comorbidité, de sorte que leur mortalité plus faible n'est pas si étonnante. Le fait que certains hôpitaux ne traitent que 1 à 2 cas de ce genre par an signifie plus que probablement qu'une politique spontanée de réadressage existe déjà actuellement. Pour cette étude, le KCE s'est basé sur certains numéros de nomenclature relatifs à l'œsophagectomie. Au moment de la collecte de données, il n'existait encore aucun numéro de nomenclature pour la mucosectomie en cas d'œsophage de Barrett fortement dysplasique. Il faut absolument s'assurer que certains centres n'ont pas facturé la prestation de mucosectomie comme une œsophagectomie. Ceci pourrait évidemment (fortement) biaiser les résultats.

Pour environ 40 % des patients, aucune classification TNM correcte n'était disponible et pour 30 % d'entre eux, aucune détermination combinée du stade clinique et pathologique n'avait eu lieu. Le stade de la maladie étant le principal paramètre de pronostic, ceci a bien évidemment une incidence sur la fiabilité des résultats (les règles d'application de la nomenclature pour la COM devraient éventuellement l'imposer de façon plus impérieuse).

Seuls 60 % des patients souffrant de cancer de l'œsophage ont connu une consultation oncologique multidisciplinaire dans les 3 mois suivant le diagnostic (de 54 % en 2004 à 68 % en 2008), et seuls 53% pour le cancer de l'estomac (de 46,7 % en 2004 à 58,2 % en 2008). Ceci aussi devrait changer. Les variations entre centres ne sont pas affichées.

Seuls 34 % des patients ont subi une intervention chirurgicale majeure (œsophagectomie et/ou gastrectomie) dans les 9 mois suivant le diagnostic.

---

<sup>10</sup> *Fee for service* ou paiement à l'acte

<sup>11</sup> Vlayen J, De gendt C, Stordeur S, Schillemans V, Camberlin C, Vrijens F, Van Eycken E, Lerut R. Indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de l'œsophage et de l'estomac. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2013. KCE Reports 200. D/2013/10.273/15.

Le tableau 11 montre que 11,6 % des patients souffrant d'un cancer de l'œsophage ont subi un "traitement local" (mucosectomie?).

Seuls 9 centres ont organisé une COM pour au moins 80 % de leurs patients souffrant d'un cancer de l'œsophage. Un cadre d'enregistrement beaucoup plus strict et rigoureux, incluant la consultation multidisciplinaire et le suivi, est absolument à recommander.

Le centre qui affiche le plus gros volume (plus de 300 patients sur 5 ans) n'enregistre que 35,3% de traitements néo-adjuvants contre 77,1 % des patients dans un centre ne traitant que 70 patients sur 5 ans? Quatre centres parmi les centres à moyen et faible volume ont prodigué un traitement néo-adjuvant à au moins 85 % de leurs patients.

Seuls 20 % des patients ont suivi une chimio-radiothérapie primaire. De nouveau, le centre qui traite le plus grand nombre de patients s'avère appliquer le moins la chimio-radiothérapie primaire.

Une centralisation sans plus ne semble donc pas la solution pour remédier à ces lacunes. L'impact sur les soins chez les autres patients dans les hôpitaux "périphériques" n'est pas à sous-estimer.

## Avis

### 1. Organisation

Pour l'élaboration de réseaux de référence et de centres de référence, il convient d'établir une nette distinction entre les tumeurs rares au sens strict<sup>12</sup> et les tumeurs nécessitant un traitement (plus) complexe. La prise en charge et le traitement des tumeurs "vraiment" rares peuvent être concentrés dans des (quelques) centres de référence. Par ailleurs, la prise en charge peut aussi s'effectuer dans le cadre d'une consultation de deuxième ligne, le traitement s'effectuant dans un autre hôpital. La prise en charge et le traitement des tumeurs nécessitant un traitement complexe peuvent (également) être réalisés dans les centres qui sont bien structurés et organisés pour le traitement des cancers avec des médecins dédiés qui se consacrent au traitement du cancer, à la tenue des enregistrements et à la surveillance de la qualité, etc.

Par conséquent, le Conseil est d'avis qu'il est recommandé de réglementer et désigner des centres et/ou des réseaux de référence belges pour le traitement des cancers rares et d'élaborer une réglementation pour ces centres et réseaux. Il doit en résulter un diagnostic meilleur et plus rapide, éventuellement un deuxième diagnostic corrigeant le premier ainsi que des soins efficaces par la centralisation des ressources et du personnel. Ces centres doivent bien entendu pouvoir démontrer - de manière transparente pour tous - qu'ils obtiennent de meilleurs (les meilleurs?) résultats, y compris à l'échelle internationale. Chaque réglementation doit reposer sur un large consensus au sein des groupes concernés de prestataires de soins œuvrant dans le cadre de la prévention, du dépistage, du diagnostic, de la thérapie et de la recherche. Des accords doivent être conclus concernant l'identification des experts et l'établissement d'un cadastre, la centralisation de l'expertise, le lien entre les experts d'un réseau et les conditions de réadressage. Cela suppose que l'on précise des éléments tels que les missions en fonction de la pathologie, la composition des groupes multidisciplinaires, les compétences requises, les trajets cliniques, le réadressage, le

---

<sup>12</sup> Comme p.ex. un mélanome de l'oeil, mais pas tous les lymphomes.

diagnostic et la thérapie, le personnel et l'infrastructure.

Une standardisation des centres et/ou réseaux de référence peut être relativement rapide. Les prestataires de soins doivent dès lors réfléchir, pour chaque (groupe de) cancer rare, à l'intérêt, à l'opportunité et aux structures spécifiques de programmes de soins spécialisés et de centres de référence ou, pour chaque élément infrastructurel ou chaque technologie, à des services de référence spécifiques. La possibilité de centres et réseaux de référence "virtuels" reliant différents hôpitaux et faisant usage d'une communication moderne et d'une consultation multidisciplinaire interhospitalière (COM) commune, voire obligatoire pour certaines tumeurs, y compris par conférence téléphonique, doit pouvoir exister.

La COM doit être adaptée et soutenue afin de pouvoir assurer un suivi multidisciplinaire optimal de tous les patients cancéreux.

Bien entendu, la désignation et la sélection finale des centres de référence devront s'effectuer de façon objective et l'implication d'experts internationaux est à recommander. Par conséquent, nous plaidons aussi sérieusement pour que l'on s'assure qu'une centralisation de l'expertise ne fasse pas obstacle à une bonne décentralisation des compétences entre les hôpitaux. Des soins de qualité pour tous les patients cancéreux, c'est-à-dire également les patients atteints de cancers rares et ceux atteints de cancers non rares, ainsi que de cancers nécessitant un traitement complexe, doivent rester largement accessibles. Tous les hôpitaux doivent conserver suffisamment de compétence et d'expérience pour tous les patients, et assurément pour le diagnostic (différentiel) des cancers rares. Le "meilleur" ne peut être l'ennemi du "bien".

Les possibilités pour les médecins et les hôpitaux de prodiguer de meilleurs soins en coopérant, en concluant des accords et en créant des réseaux doivent être davantage développées. Le dossier patient informatisé partagé et les technologies modernes de communication doivent soutenir et optimiser cette collaboration.

## **2. Enregistrement**

En attendant le développement des centres et réseaux de référence, le Conseil préconise une nouvelle fois de contraindre sans attendre tous les prestataires de soins, tant dans le cadre qu'en dehors des programmes de soins et/ou centres d'expertise, à un enregistrement généralisé, complet et uniforme, pour tous les patients cancéreux, des paramètres cliniques<sup>13</sup>, des indicateurs structurels et des indicateurs de résultat, afin que le Registre du Cancer dispose des meilleures données qui soient et que les meilleurs soins puissent ainsi être soutenus par un solide feed-back clinique. Les problèmes d'enregistrement (par exemple en raison d'une nomenclature inadaptée) doivent être résolus. Pour être efficace, la collecte des données doit être réalisable et s'inscrire dans le prolongement des missions des gestionnaires de données. Pour que la charge d'enregistrement soit effective et efficace, les autorités devront donc aussi se concerter sur l'opportunité de tous les autres

---

<sup>13</sup> Y compris comorbidité, staging, thérapie adjuvante, intervention, objectif (curatif, palliatif), récurrence et sélection de données cliniques (par exemple marges chirurgicales, complications postopératoires, état des ganglions lymphatiques,...).

enregistrements dans les hôpitaux.

Les Collèges d'Oncologie et de Radiothérapie se prononceront aussi clairement sur les données à enregistrer, et les experts concernés proposeront des indicateurs généraux et spécifiques (en nombre limité).

Toutes les données du dossier médical seront centralisées dans le Registre du Cancer, bien entendu avec l'attention et les précautions nécessaires en termes de sécurité et de protection de la vie privée. Elles seront en permanence contrôlées, validées, analysées et communiquées.

Les autorités faciliteront une collecte rapide de toutes les données, y compris des indicateurs, et le Registre du Cancer aura la possibilité de fournir un feed-back rapide à tous les médecins et hôpitaux.

Les autorités mèneront une politique de *public disclosure*.

### **3. Qualité et prestataires de soins**

Un système de qualité définira clairement ses objectifs, sera complet et sera étayé par les données collectées et les indicateurs.

Les prestataires de soins veilleront à élaborer des directives (fondées sur des données probantes) concernant le diagnostic, le traitement et le suivi du patient, et des itinéraires cliniques pour un réadressage optimal et opportun sur la base de l'anatomopathologie et d'un diagnostic de confirmation. Ils assureront une surveillance, organiseront une évaluation par les pairs et/ou un contrôle externe.

Les Collèges d'Oncologie et de Radiothérapie utiliseront les résultats pour évaluer la qualité des soins et, au besoin, proposeront et/ou soutiendront des actions de collaboration et d'amélioration. Tout cela requiert des connaissances et du courage. Les autorités fédérales, communautaires et régionales, devront être des autorités encourageantes. Elles faciliteront une meilleure coordination et une meilleure collaboration entre les différents Collèges ainsi qu'une présence plus grande de ceux-ci sur le terrain.

Les autorités se concerteront sur le contrôle et l'évaluation des soins. Une vaste culture d'enregistrement, de justification et de responsabilité doit prévaloir le plus rapidement possible. Les autorités prévoient des incitants ("*incentives*") ainsi que des sanctions afin d'optimiser le contrôle, la garantie et la promotion de la qualité.

### **4. Communication**

L'existence généralisée d'un dossier patient informatisé (DPI) performant est indispensable. Sans informations correctes, un réadressage est délicat, mais une meilleure communication peut peut-être amoindrir la nécessité d'un nombre élevé de centres d'expertise (différents). Les télécommunications modernes peuvent améliorer la concertation et la collaboration entre les hôpitaux, les médecins et les généralistes. Cela doit être une priorité pour la politique future.

5. **Financement**

Concernant le **financement** des soins, les autorités veilleront à un financement efficace des structures, du personnel et des médecins qui garantissent et améliorent la qualité des soins. Pour les patients, il faut une garantie qu'une éventuelle concentration des soins complexes ne compromettra pas leur accessibilité physique et financière.