

Juin 2019

AUTORISATION EN CHIRURGIE DU CANCER

ADAPTER LA MÉTHODE DE QUANTIFICATION DE L'ACTIVITÉ SOUMISE À SEUIL

Pour prendre en charge les personnes atteintes de cancer, les établissements de santé doivent disposer depuis 2009 d'une autorisation spécifique délivrée par leur agence régionale de santé (ARS), s'appuyant entre autres sur des seuils d'activité. Pour la chirurgie des cancers, ces seuils s'adressent à l'activité d'exérèse chirurgicale de cancer et concernent six localisations : digestive, gynécologique, urologique, thoracique, sphère oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale (ORL-MF) et mammaire.

L'activité minimale d'un établissement est fixée à 30 interventions par an pour la chirurgie des cancers du sein, digestifs, urologiques et thoraciques et à 20 interventions par an pour la chirurgie des cancers gynécologiques et ORL-MF. Il n'y a pas actuellement de seuil minimal pour la chirurgie des autres localisations de cancers.

Le Plan cancer 2014-2019 (2) prévoit de faire évoluer le périmètre du dispositif des autorisations de traitement du cancer, afin de prendre en compte notamment l'évolution des techniques et l'accès à l'innovation (action 2.6).

AUTEURS

Christine Le Bihan-Benjamin¹, Mathieu Rochhi¹, Philippe Jean Bousquet¹, Julien-Aymeric Simonnet², Claudia Ferrari², Samuel de Luze²

¹ Direction de l'Observation, des sciences des données et de l'évaluation, Institut national du cancer

² Pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

LES GROUPES HOMOGENES DE MALADES (GHM)

Les groupes homogènes de malades permettent de classer l'ensemble des séjours hospitaliers dans un nombre volontairement limité de groupes cohérents d'un point de vue médical et économique. Ainsi les personnes présentant une même maladie et ayant induit des consommations de ressources voisines sont classées dans un même GHM.

Pour pouvoir classer un séjour dans un GHM, différentes informations interviennent. Il s'agit notamment du diagnostic principal (DP), des actes réalisés au cours du séjour, de la durée de séjour, de l'âge et des comorbidités de la personne.

Quatre types de GHM sont distingués :

- les GHM chirurgicaux (C), séjours au cours desquels un acte classant opératoire a été réalisé ;
- les GHM au cours desquels un acte classant non opératoire est retrouvé (K) ;
- les GHM au cours desquels aucun acte classant n'est réalisé (M) ;
- les GHM dits indifférenciés (Z).

Les critères d'agrément seront également révisés, pour s'adapter à l'état de l'art des différentes disciplines et améliorer l'orientation des situations complexes (action 2.5).

La ministre des Solidarités et de la Santé a sollicité l'expertise de l'Institut national du cancer, par une saisine du 12 janvier 2018, afin de préparer les futurs décrets encadrant l'activité de traitement du cancer en réinterrogeant les déterminants de la qualité et de la sécurité des prises en charge (notamment les seuils d'activité).

La méthode de mesure de l'activité (circulaire DHOS/O/INCa/2008/101 du 26 mars 2008, mise à jour en décembre 2017) en vigueur se base sur les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Elle comptabilise le nombre de résumés de séjour anonymisés (RSA) pour des adultes (âge \geq 18 ans), classés dans un groupe homogène de malades (GHM) chirurgical (C) et mentionnant un diagnostic principal (DP) de cancer selon une liste établie pour chaque localisation. La chirurgie par voie transurétrale (urologie) et les dilatations, curetages et conisations pour tumeurs malignes (gynécologie) sont exclus du périmètre d'analyse.

Cette méthode peut toutefois conduire à comptabiliser des séjours au cours desquels l'acte chirurgical n'est pas une exérèse. Bien que, le plus souvent, le non-respect des règles de choix du diagnostic principal (3) explique ces situations, elles sont également observables dans des séjours correctement codés. Il s'agit par exemple d'une dénutrition au cours d'un cancer du poumon conduisant à mettre en place une stomie d'alimentation. Si le cancer du poumon est en DP, ce séjour sera comptabilisé en « chirurgie thoracique » alors que n'étant pas une exérèse tumorale, il ne devrait pas être comptabilisé.

Cela a pour conséquences d'identifier faussement une activité dans des établissements non autorisés et de surestimer l'activité d'établissements autorisés.

Il arrive également que certaines exérèses conduisent le séjour dans un GHM non chirurgical.

Une méthode alternative est proposée afin d'améliorer la mesure de l'activité d'exérèse soumise à autorisation en chirurgie, qu'elle soit réalisée par voie chirurgicale ou par voie endoscopique.

Cas particulier de la thyroïde (méthode en vigueur)

Selon les recommandations des experts, les résumés de séjour anonymisés (RSA) ayant un diagnostic principal (DP) de tumeurs de la thyroïde sont comptabilisés avec ceux de chirurgie ORL et maxillo-faciale dans les structures pratiquant cette chirurgie. Mais une activité limitée aux actes de chirurgie thyroïdienne ne suffit pas, quel qu'en soit le niveau, pour que soit identifiée une pratique spécifique d'interventions cancérologiques en « chirurgie ORL et maxillo-faciale ». Une telle activité est simplement couverte par l'autorisation de « chirurgie des cancers », sans être soumise à seuil.

LA MÉTHODE ALTERNATIVE

▲ Une méthode fondée sur les actes

Méthode en vigueur et méthode alternative comptabilisent le nombre de résumés de séjour anonymisés (RSA) pour des adultes (âge ≥ 18 ans) mentionnant un diagnostic principal (DP) de cancer. La première retient les RSA classés dans un groupe homogène de malades (GHM) chirurgical, alors que la méthode alternative tient compte des actes d'exérèse réalisés pendant l'hospitalisation.

TABLEAU 1. Méthode en vigueur et méthode alternative		
	Méthode des seuils selon la circulaire DHOS/O/INCa/2008/101 du 26 mars 2008, mise à jour en 2017	Méthode alternative tenant compte des actes d'exérèse réalisés pendant l'hospitalisation
Âge	≥ 18 ans	≥ 18 ans
DP	Liste par spécialité	Liste par spécialité corrigée
GHM	Chirurgical	-
Acte	-	Liste des actes d'exérèse

La liste de ces actes d'exérèse a été établie par localisation, en collaboration avec des référents chirurgiens de chaque spécialité, et validée par les sociétés savantes respectivement concernées. Pour rester dans le périmètre de mesure de l'activité d'exérèse, les explorations du cou, de la cavité abdominale, pelvienne, thoracique ou médiastinale, que ce soit par abord ouvert ou par cœlioscopies, n'ont pas été incluses dans cette liste, ni les destructions par voie endoscopique (laser ou autre), contrairement aux exérèses par voie endoscopique.

▲ Actualisation de la liste des diagnostics principaux (DP)

Les listes de diagnostics par spécialité ont été ajustées car il est apparu que certains codes avaient probablement été omis lors de la constitution des précédentes listes. Les tumeurs malignes secondaires des os et de la moelle osseuse ont été ajoutées pour les localisations ORL-MF et thorax, à l'image de ce qui existe pour les autres appareils (par exemple les tumeurs secondaires du foie figurent dans la liste des DP de l'appareil digestif).

TABLEAU 2. Liste des diagnostics principaux ajoutés	
Spécialité	Code CIM10 et libellé
ORL-MF	C150 Tumeur maligne de l'œsophage cervical
	C153 Tumeur maligne du tiers supérieur de l'œsophage
	C411 Tumeur maligne de la mandibule
	C490 Tumeur maligne du tissu conjonctif et des autres tissus mous de la tête, de la face et du cou
	C795 Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse

Thorax	C413 Tumeur maligne des côtes, sternum et clavicule
	C4938 Tumeur maligne du tissu conjonctif et autres tissus mous du thorax, autres
	C795 Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse

▲ Aucune restriction sur le groupement homogène de malades (GHM)

La méthode en vigueur ne comptabilise que les GHM chirurgicaux. Cela tend à limiter l'activité car certains séjours au cours desquels une exérèse a été réalisée peuvent ne pas être classés dans ce type de GHM. C'est notamment le cas pour les curages ganglionnaires par laparotomie.

De même, certains actes endoscopiques en ORL orientent vers un GHM de type C (chirurgical) alors que d'autres classent dans un GHM de type K (acte classant non opératoire).

Or, toute l'activité d'exérèse ORL par voie endoscopique doit être identifiée. Pour ces raisons, aucune restriction sur le GHM n'est appliquée dans la méthode alternative.

▲ L'activité est comptabilisée dans l'appareil du diagnostic principal (DP)

Dans la méthode alternative comme dans la méthode en vigueur, l'activité est comptabilisée dans l'appareil du diagnostic principal (DP) et ceci quel que soit l'acte chirurgical. Par exemple, concernant l'exérèse de métastase hépatique sur un cancer de l'utérus, si le cancer de l'utérus est en DP (ce qui peut être justifié ou non selon les cas), ce séjour sera comptabilisé en « chirurgie gynécologique », alors que si la métastase hépatique est en DP, le séjour sera comptabilisé en « chirurgie digestive ».

Ainsi, si un diagnostic principal appartient à plusieurs spécialités, l'activité est comptée dans chacune des spécialités. Par exemple, pour les cancers de l'œsophage, l'activité a été comptabilisée en « chirurgie des cancers digestifs » et en « chirurgie des cancers thoraciques » mais également en ORL dans le cas des cancers de l'œsophage cervical ou du tiers supérieur de l'œsophage.

Ce choix permet de prendre en compte la situation des actes communs à plusieurs appareils. Il s'agit notamment des pelvectomies, des actes sur le péritoine, des actes par voie d'abord mixte (comme une laparotomie associée à une thoracotomie), et des curages ganglionnaires qui ne sont pas spécifiques d'un organe (qu'ils soient réalisés seuls ou associés à une autre exérèse).

COMPARAISON DES DEUX MÉTHODES POUR LA MESURE DE L'ACTIVITÉ

En s'appuyant sur les données du PMSI MCO de l'année 2016, les activités mesurées par les deux méthodes sont comparées.

Pour l'ORL et l'urologie, l'effet de la prise en compte des exérèses par voie endoscopique a été évalué.

Ce travail permet de quantifier le biais à la fois sur le nombre d'établissements avec activité et sur l'activité par établissement.

▲ L'activité mesurée est plus faible avec la méthode alternative

La sélection plus restrictive induite par la méthode alternative diminue le nombre de séjours. Les actes chirurgicaux qui orientent vers un GHM chirurgical mais non retenus dans la liste des exérèses sont principalement :

- mammaire : exérèse ganglionnaire sans curage ni mastectomie, reconstructions isolées, mastopexies, actes sur la peau ;
- digestif : actes en rapport avec une stomie (création, réfection, fermeture), exploration de la cavité abdominale ;
- urologie : actes sur le col de la vessie, résection d'adénome de prostate, pose de prothèse de testicule, cure de hernie ;
- thorax : libération du poumon [Pneumolyse] pour symphyse pleurale, instillation intrapleurale de substance irritante par thoracoscopie, stomies digestives, drainage de collection ;
- gynécologie : exploration de la cavité abdominale, exérèses de lésions non malignes, hystérectomie non retenues dans la liste (non totale, avec colposuspension) ;
- ORL-maxillo-facial : exérèse ganglionnaire sans curage, trachéotomie, exérèse de lésion cutanée, plastie.

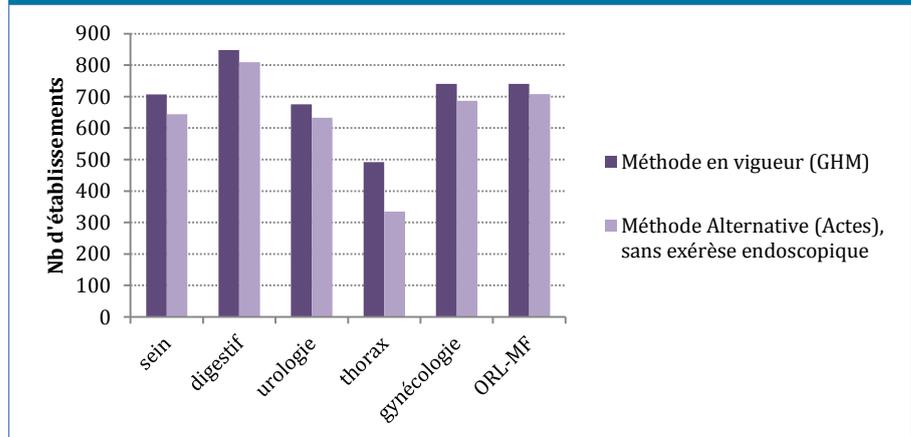
▲ Le cas des appendicectomies et des cholécystectomies

Appendicectomie et cholécystectomies font partie de la liste des actes d'exérèse car ces deux actes peuvent correspondre à une exérèse de cancer, même s'ils sont le plus souvent réalisés dans d'autres indications. Aussi, nous avons voulu vérifier que les séjours n'étaient pas comptabilisés par excès dans l'activité d'exérèse carcinologique. L'appendicectomie et la cholécystectomie étaient soit réalisées pour exérèse de tumeur, soit associées à un autre acte d'exérèse de cancer justifiant de comptabiliser le séjour comme une exérèse.

▲ L'activité est recentrée sur un nombre plus faible d'établissements

Lorsque l'activité est identifiée par la méthode alternative, le nombre d'établissements réalisant l'activité diminue, du fait de la baisse de l'activité globale. Cet impact est plus important pour les exérèses de cancer thoracique.

FIGURE 1. Nombre d'établissements ayant une activité identifiée en fonction de la méthode



▲ L'impact est différencié en fonction de l'activité de l'établissement

Certains établissements perdent leur activité mesurée

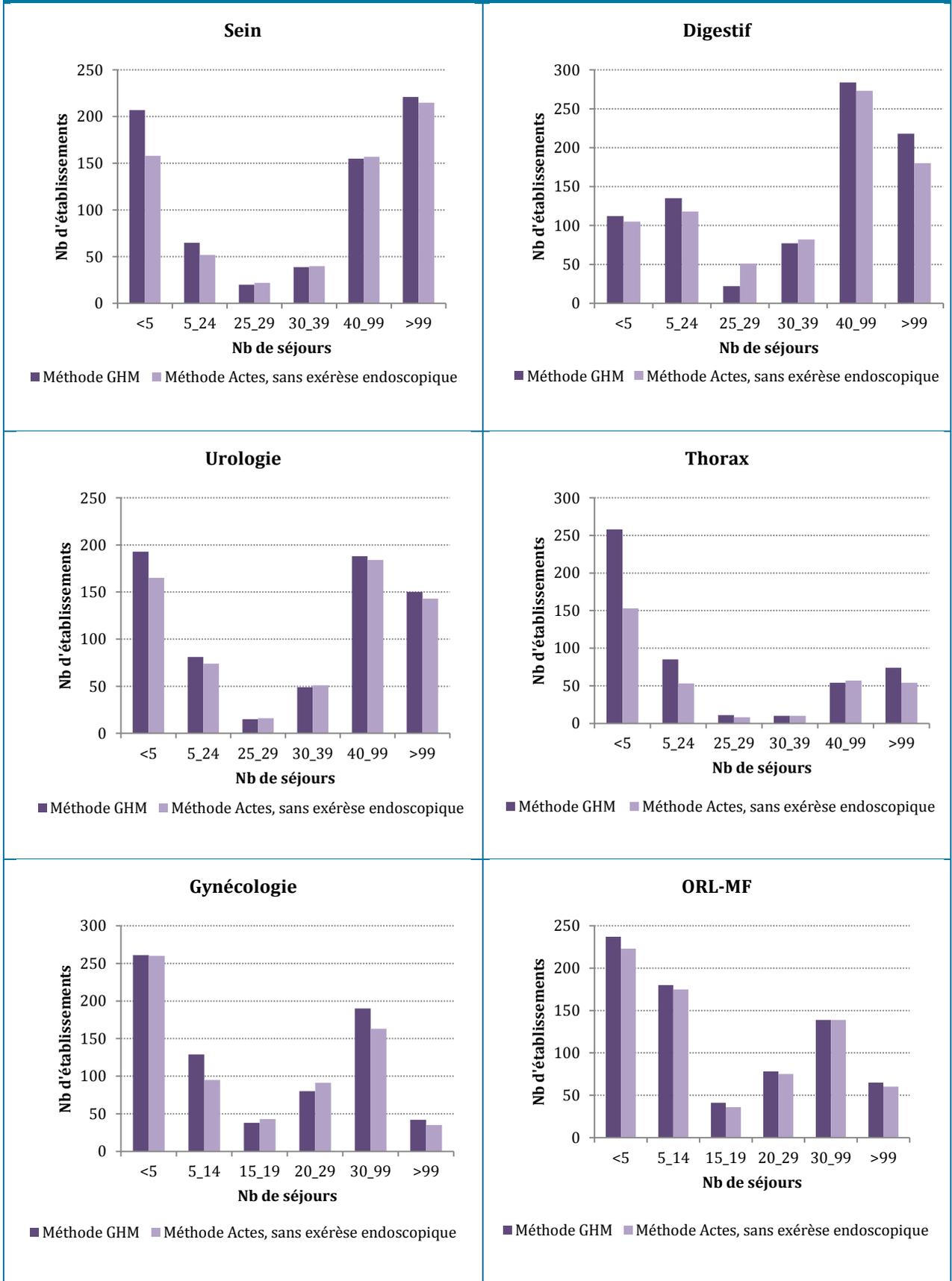
Avec la méthode alternative, de nombreux établissements n'ont plus aucune activité identifiée. Ce constat est très marqué pour la chirurgie des cancers thoraciques et du sein. Pour les autres localisations, la répercussion sur le nombre d'établissements est plus faible. Cette perte d'activité est particulièrement visible pour les établissements à faible niveau d'activité avec la méthode en vigueur.

Des établissements ont toujours une activité résiduelle inférieure au seuil

Malgré un ciblage plus précis de l'activité, il reste des établissements pratiquant une activité inférieure au seuil. La plupart sont des établissements réalisant moins de 5 séjours avec exérèse par an. Ceci peut correspondre à des situations ponctuelles non prévues (découverte inattendue au cours d'une intervention pour une pathologie présumée non cancéreuse, situation d'urgence, chirurgie « palliative ») ; à la réalisation d'actes par une équipe chirurgicale qui se déplace dans un établissement ne réalisant pas cette activité en propre, que ce soit ou non dans le cadre de groupement hospitalier de territoire ; ou encore au gain ou la perte d'autorisation pendant la période.

Toutefois, de nombreux établissements réalisent un nombre de séjours avec exérèse inférieur au seuil mais trop élevé pour correspondre à ces situations (> 5 mais < au seuil). Ce cas de figure devrait rester rare.

FIGURE 2. Activité par établissement en fonction de la méthode



De nouveaux établissements avec une activité inférieure au seuil

En gardant les mêmes niveaux de seuil, cet effet conduit certains établissements qui ont une activité supérieure au seuil avec la méthode en vigueur (GHM), à avoir une activité inférieure au seuil. Leur activité avec la méthode en vigueur est généralement légèrement supérieure au seuil de la spécialité, sauf pour le thorax où des établissements comptabilisent jusqu'à 55 séjours identifiés en 2016. Cette évolution est plus marquée pour les chirurgies des cancers gynécologiques, ORL-MF et thoraciques.

Un seul établissement voit son activité passer au-dessus du seuil (en chirurgie des cancers thoraciques). C'est le résultat de la modification de la liste des diagnostics principaux (DP) à prendre en compte.

TABLEAU 3. Nombre d'établissements par rapport au seuil en fonction de la méthode

	Méthode en vigueur	Méthode alternative		
		0	< seuil	≥ seuil
Sein	< seuil	63	229	-
	≥ seuil	-	3	412
Digestif	< seuil	39	230	-
	≥ seuil	-	44	535
Urologie	< seuil	44	245	-
	≥ seuil	-	9	378
Thorax	< seuil	174	179	1
	≥ seuil	-	18	120
Gynécologie	< seuil	54	374	-
	≥ seuil	-	114	198
ORL-MF	< seuil	39	420	-
	≥ seuil	-	71	211

La place des exérèses par voie endoscopique

La prise en compte des exérèses par voie endoscopique influe la mesure de l'activité de manière très différente en ORL et en urologie. En ORL, le nombre d'établissements avec activité identifiée par la méthode alternative est légèrement supérieur quand les exérèses par voie endoscopique sont intégrées à la liste des actes d'intérêt (721 établissements contre 708). La répartition des établissements selon leur volume d'activité est stable.

En urologie, au contraire, le nombre d'établissements avec activité identifiée est très supérieur quand les exérèses par voie endoscopique sont ajoutées à la liste des actes d'intérêt (719 établissements contre 633). En effet, 76 établissements ont une activité d'exérèse en urologie uniquement par voie endoscopique. Le nombre d'établissements réalisant moins de 5 actes dans l'année est divisé par deux.

Hormis pour ces établissements dont l'activité est très faible, le nombre d'hospitalisations identifiées par établissement est multiplié par 2 à 3 en moyenne.

DISCUSSION

▲ La méthode alternative présente des avantages...

Par construction, la méthode alternative se basant sur l'activité d'exérèse est plus précise. Elle permet de ne plus considérer à tort des séjours pour lesquels aucune exérèse carcinologique n'a été réalisée. De plus, elle s'affranchit de limites inhérentes à la construction des données du PMSI et à la fonction de groupage comme la non-prise en compte des actes d'exérèse « non classant » (qui ne classent pas le séjour dans un groupe chirurgical).

▲ ... Et des inconvénients

Cette méthode est plus compliquée à maintenir que celle fondée sur les groupements homogènes de malades (GHM). Il est nécessaire de mettre à jour régulièrement la liste des actes d'exérèse pour intégrer les évolutions de la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Le recours à des experts de chaque type de localisation est essentiel du fait de la spécificité des différents actes.

Toutefois, dans la méthode alternative comme dans la méthode fondée sur le GHM, l'activité n'est pas identifiable lorsque l'acte d'exérèse n'est pas inscrit à la CCAM, comme cela peut-être le cas pour les actes innovants.

▲ Pourquoi s'intéresser aux établissements non autorisés en chirurgie du cancer ?

L'étude n'est pas restreinte aux seuils des établissements disposant d'une autorisation afin de pouvoir observer l'impact du changement de méthode sur l'ensemble des établissements, et plus particulièrement ceux ayant une activité identifiée faible. Elle a notamment permis d'observer un impact significatif et positif sur les établissements qui avaient une faible activité avec la méthode en vigueur (GHM). De plus, il est important de placer cette étude dans le contexte évolutif mis en place depuis plusieurs années (1). Une application de la nouvelle méthode dans un nouveau dispositif d'autorisation imposerait une étude pluriannuelle afin de tenir compte des fluctuations annuelles.

▲ Un périmètre à consolider

Au-delà de l'actualisation des listes d'actes d'exérèse, un certain nombre de questions restent en suspens et pourront être évaluées dans le cadre de la refonte du dispositif d'autorisation des établissements à pratiquer une activité chirurgicale carcinologique. Parmi ces questions figurent la place des exérèses endoscopiques, notamment pour les cancers ORL-MF, digestifs, thoraciques et urologiques ; la chirurgie des cancers de la thyroïde ; la prise en compte de nouvelles localisations actuellement non soumises à seuil ; mais aussi le niveau de chaque seuil.

L'activité d'exérèse endoscopique doit être prise en compte dans le futur dispositif des autorisations de traitement du cancer. Faut-il l'intégrer à la chirurgie ou définir de nouvelles modalités de traitement du cancer comprenant les exérèses et les destructions endoscopiques ainsi que les actes de radiologie interventionnelle ?

CONCLUSION

La méthode alternative basée sur les actes permet d'améliorer l'adéquation entre l'outil de mesure et l'activité à mesurer ciblée sur les séjours mentionnant une activité d'exérèse.

Il reste toutefois un nombre non négligeable d'établissements réalisant une activité en deçà des seuils actuellement fixés par le dispositif d'autorisation.

Plusieurs questions devront être évaluées, notamment la place de la chirurgie endoscopique et l'extension de cette méthode à d'autres localisations carcinologiques. La radiologie et l'endoscopie interventionnelle sont à intégrer dans la réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

1. Autorisation en chirurgie du cancer : impact de la mise en œuvre du dispositif sur l'activité des établissements - Fiche d'analyse, collection Les Données, Institut national du cancer, décembre 2017.
2. Plan cancer 2014-2019, février 2014.
3. Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. BO n°2016/6 bis.

Édité par l'Institut national du cancer
Siren 185 512 777 Conception : INCa
ISBN : 978-2-37219-472-3
ISBN net : 978-2-37219-473-0
DÉPÔT LÉGAL JUIN 2019

Ce document doit être cité comme suit : © Autorisation en chirurgie du cancer - Adapter la méthode de quantification de l'activité soumise à seuil, Fiche d'analyse, INCa, juin 2019.

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.



52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
Tel. +33 (1) 41 10 50 00