

NOVEMBRE 2022

LES DONNÉES

# CANCER COLORECTAL : INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS

Première édition en avril 2019

Mise à jour en novembre 2022

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

### **NOTE AUX LECTEURS**

Ce document a fait l'objet d'une première publication en avril 2019.

La mise à jour de novembre 2022 concerne les données présentées de la page 22 à la page 49.

Ce document doit être cité comme suit : ©Cancer colorectal : indicateurs de qualité et de sécurité des soins, collection Les Données, Institut national du cancer, novembre 2022.

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.

Ce document est téléchargeable sur **e-cancer.fr**

# GRUPE DE TRAVAIL

## Experts

Pr BREILH Dominique, pharmacienne, CHU Haut-Lévêque, Bordeaux  
Dr CAILLEUX Pierre-Étienne, radiothérapeute, libéral, Chambray Les Tours  
Pr EVRARD Serge, chirurgien oncologique, Institut Bergonié, Bordeaux  
Dr GRANON Claire, médecin de santé publique, Apremas, Nice la Plaine  
Dr HAUTEFEUILLE Vincent, hépato-gastroentérologue, CHU Sud, Amiens  
Pr MAINGON Philippe, radiothérapeute, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris  
Dr ROUSSEAU Benoît, oncologue médicale, CHU Henri Mondor, Créteil  
Pr TUECH Jean-Jacques, chirurgien, CHU, Rouen (jusqu'au 28 novembre 2017)

## Parties intéressées

Agences régionales de santé (ARS), représentées par le Dr PIETRI-ZANI Marie-Hélène  
Association des coordinateurs de réseaux de cancérologie (Acoresca), représentée par le Dr KLEIN Isabelle  
Association France Côlon, représentée par M. KORSIA Stéphane  
Comité de démocratie sanitaire (INCa), représenté par M. RADET Jean-Louis  
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), représentée par Mme BEKHADA Sarah  
Fédération hospitalière de France (FHF), représentée par le Dr CHHUN Nathalie (d'octobre 2017 à mars 2018), Mme KANITZER Cécile (de mars à novembre 2018), Mme BARRO Katia (depuis novembre 2018)  
Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), représentée par le Dr MALLET Anne  
Unicancer, représenté par le Dr GIOVANNINI Marie-Hélène et le Dr LE VU Béatrice

## Pilotage

Coordination par la direction de l'Observation, des Sciences des données et de l'Évaluation, Institut national du cancer (INCa), Boulogne-Billancourt  
Mme COURTOIS Émilie, direction de l'Observation, des Sciences des données et de l'Évaluation, INCa, Boulogne-Billancourt

Mme ERBAULT Marie, Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins, Haute Autorité de santé (HAS), Saint-Denis  
Mme SOLOMIAC Agnès, Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins, Haute Autorité de santé (HAS), Saint-Denis  
Dr BANAEI-BOUCHAREB Linda, Service Évaluation et Outils pour la qualité et la sécurité des soins, Haute Autorité de santé (HAS), Saint-Denis

Dr BRECHOT Jeanne-Marie, pôle Santé publique et Soins, département Organisation et Parcours de soins, INCa, Boulogne-Billancourt  
Dr LE BIHAN-BENJAMIN Christine, direction de l'Observation, des Sciences des données et de l'Évaluation, département Données et Évaluation en Santé, INCa, Boulogne-Billancourt  
Dr LEFEUVRE Delphine, direction de l'Observation, des Sciences des données et de l'Évaluation, département Données et Évaluation en Santé, INCa, Boulogne-Billancourt (jusqu'à août 2018)  
M. ROUE Tristan, direction des Recommandations et du Médicament, département Bonnes Pratiques, INCa, Boulogne-Billancourt (jusqu'à février 2018)  
Dr BOUSQUET Philippe Jean, direction de l'Observation, des Sciences des données et de l'Évaluation, INCa, Boulogne-Billancourt

## RELECTEURS

- AHN Patrick**, Anesthésiste, FHP. Lyon
- AIT HADAD Hamou**, Médecin coordonnateur, Association des coordonnateurs pour le dépistage des cancers (ACORDE). Briis-sous-Forges
- ANCELOT Lydie**, Enseignant-chercheur, Société Française de Santé Publique (SFSP). Niort
- ANDRÉ Thierry**, Oncologue médical, Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE). Paris
- ARTRU Pascal**, Oncologue digestif, Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE). Lyon
- BAUCHETET Chantal**, Cadre de santé, Association Française des Infirmier(ère)s de Thérapie Cellulaire, d'Hématologie, d'Oncologie et de Radiothérapie (AFITCH-OR). Paris
- BECHU Thierry**, Délégué Général, FHP. Paris
- BEHAMOU Ségolène**, PDG clinique privée, FHP. Sarcelles (95)
- BEROT Françoise**, Responsable qualité, FEHAP. Férolles-Attilly
- BERTOUE Jean-Louis**, Retraité, Association de patients. Forcalquier
- BERTRAND Benjamin**, Pharmacien, Société Française de Pharmacologie Oncologique (SFPO). Grasse
- BOTOKEY Jean**, Médecin coordonnateur, Association des coordonnateurs pour le dépistage des cancers (ACORDE). Charleville-Mézières
- BOURGOUIN Marie-Anne**, Médecin, Réseau soins palliatifs. Toulouse
- BOUVIER Anne-Marie**, Médecin épidémiologiste, DR Inserm, Registre Bourguignon des Cancers Digestifs. Dijon
- BRAMI Michèle**, Conseillère médicale, FHP. Paris
- BUECHER Bruno**, Médecin, Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE). Paris
- CALENDINI MAINCENT Eloïse**, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Porticcio
- CARIOU Mélanie**, Coordinatrice de registre du cancer, Registre finistérien des tumeurs digestives. Brest
- CARRETIER Julien**, Docteur en Santé Publique, Responsable Information des Publics, Société Française de Santé Publique (SFSP). Lyon
- DE PARADES Vincent**, Gastro-entérologue, Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE). Paris
- DEGUELLE Pascal**, Commercial, Association de patients. Langonnet
- DENIS Fabrice**, Oncologue Radiothérapeute, Syndicat national des radiothérapeutes oncologues (SNRO). Le Mans
- DESOLNEUX Grégoire**, Chirurgien digestif, Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO), UNICANCER. Bordeaux
- DOHOLOU Nadine**, Oncologue médical, FHP. Bordeaux
- DUMONT Frédéric**, Chirurgien, Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO). Saint-Herblain
- DUPRE Aurélien**, Chirurgien, Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO). Lyon
- DUPUYDUPIN Éric**, Médecin, Réseaux régionaux de cancérologie (RRC). Draveil
- EL HAJBI Farid**, Gastro-entérologue, Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE), Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD). Lille
- ÉTIENNE Pierre Luc**, Oncologue médical, Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD). Plérin
- EVIN Adrien**, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Nantes
- FAVIER Bertrand**, Pharmacien, Société Française de Pharmacologie Oncologique (SFPO). Lyon
- FRANCK Denis**, Radiothérapeute, FHP. Toulouse
- FUKS David**, Chirurgien digestif, FEHAP. Paris
- GIRAULT Chloé**, Pharmacien, Société française de pharmacie clinique (SFPC). Hyères
- ISAMBERT Milène**, Chirurgien, Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO). La Rochelle
- JOST Jérémy**, Pharmacien, Société française de pharmacie clinique (SFPC). Limoges
- KHEMISSA-AKOUZ Faiza**, Gastro-entérologue/Oncologue, Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD), Fédération nationale des spécialistes d'organes en oncologie (FNS2O). Perpignan
- LE CALVE-LASCAR Anne**, Gestion d'événements professionnels, Association de patients. Magny-les-Hameaux
- LE DUFF Franck**, Médecin, Association des coordonnateurs pour le dépistage des cancers (ACORDE). Bastia
- LECAILLE Cédric**, Gastroentérologue/Oncologue/Palliétologue, Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE). Bordeaux
- LECOMTE Thierry**, Médecin, Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE). Tours

**LEMANSKI Claire**, Oncologue Radiothérapeute, Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO). Montpellier  
**LIEVRE Astrid**, Médecin, Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD). Rennes  
**LORCHEL Fabrice**, Oncologue Radiothérapeute, Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO). Mâcon  
**MANFREDI Sylvain**, Gastroentérologue/ Oncologue, Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD). Dijon  
**MARCHEL Frédéric**, Chirurgien, Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO). Vandœuvre-lès-Nancy  
**MARTIN Mathias**, PDG clinique privée, FHP. Rouen  
**MEURETTE Guillaume**, Médecin, Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE), Société française de chirurgie digestive (SFCD). Nantes  
**MIRABEL Xavier**, Oncologue Radiothérapeute, Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO). Lille  
**MYTYCH Isabelle**, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Étampes  
**NOUSBAUM Jean-Baptiste**, Hépatogastro-entérologue, Registre. Brest (29)  
**PERNOT Simon**, Gastro-entérologue, Fédération Francophone de Cancérologie Digestive (FFCD). Paris  
**PREAUBERT-SICAUD Christine**, Infirmière, Association francophone pour les soins oncologiques de support (AFSOS). Montauban  
**QUERTIER Marie-Christine**, Médecin coordonnateur, Association des coordonnateurs pour le dépistage des cancers (ACORDE). Caen  
**RAULT Alexandre**, Chirurgien, Association Française de Chirurgie (AFC). Suresnes

**RIO Emmanuel**, Oncologue Radiothérapeute, Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO). Saint-Herblain  
**RIVIN DEL CAMPO Éléonore**, Oncologue Radiothérapeute, Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO). Paris  
**ROBASZKIEWICZ Michel**, Médecin, Registre. Brest  
**ROCHER François**, Radiothérapeute, FHP. Dijon  
**ROUFFIAC THOUANT Magali**, Oncologue Radiothérapeute, Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO). Dijon  
**SILVAIN Christine**, Médecin, Société Nationale Française de Gastroentérologie (SNFGE). Poitiers  
**SIMON Nicolas**, Pharmacien, Société française de pharmacie clinique (SFPC). Lille  
**SINCLAIR Catherine**, Médecin soins palliatifs, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Féroldes-Attilly  
**SOUCHOIS Philippe**, FHP. Paris  
**STUDER Noémie**, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Osny  
**THIBAUDEAU Émilie**, Chirurgien, Société Française de Chirurgie Oncologique (SFCO). Saint-Herblain  
**VENDRELY Véronique**, Radiothérapeute, Société Française de Radiothérapie Oncologique (SFRO). Pessac  
**VIRE Olivier**, Anatomopathologiste, FHP. Fréjus  
**ZOVEDA Patrick**, Médecin, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP). Saint Jean de verges

Cinq personnes (un cadre de santé, un responsable qualité, un gastroentérologue, un médecin et un médecin DIM) n'ont pas souhaité que leurs noms apparaissent dans cette liste.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>6</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>7</b>
<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>8</b>
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>2. MÉTHODE</b> .....	<b>13</b>
2.1. PHASE PRÉPARATOIRE.....	13
2.2. PHASE D'EXPERTISE .....	13
2.2.1. Premier tour de cotation.....	14
2.2.2. Face-à-face .....	15
2.2.3. Deuxième tour de cotation .....	15
2.3. PHASE DE CONCERTATION NATIONALE.....	15
2.4. PHASE DE TEST .....	16
<b>3. RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES</b> .....	<b>17</b>
3.1. PHASE PRÉPARATOIRE.....	17
3.2. PHASE D'EXPERTISE .....	17
3.3. PHASE DE CONCERTATION NATIONALE.....	20
3.3.1. Évaluation globale du rapport.....	20
3.3.2. Évaluation des indicateurs.....	20
<b>4. RÉSULTATS FINAUX</b> .....	<b>22</b>
4.1. AUTOMATISATION DU CALCUL DES INDICATEURS .....	22
4.2. LES INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS.....	25
SYNTHÈSE DES SIX INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS POUR LE CANCER COLORECTAL.....	25
A. PROPORTION DE PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER DU CÔLON OU DU RECTUM AYANT EU UN BILAN DE DIAGNOSTIC ET D'EXTENSION COMPLET AVANT PREMIER TRAITEMENT .....	26
B. PROPORTION DE PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER COLORECTAL DONT LE DÉLAI ENTRE LA DATE DE LA DERNIÈRE BIOPSIE ET LA DATE DU DÉBUT DU PREMIER TRAITEMENT EST CONFORME AUX DÉLAIS ATTENDUS .....	33
C. PROPORTION DE PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER DU RECTUM NON MÉTASTATIQUE AYANT EU UNE CHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE À LA RADIOTHÉRAPIE EN PRÉOPÉRATOIRE.....	38
D. RATIO STANDARDISÉ DE MORTALITÉ POSTOPÉRATOIRE À 90 JOURS CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER COLORECTAL INVASIF NON MÉTASTATIQUE .....	41
E. PROPORTION DE PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER INVASIF DU CÔLON OU DU RECTUM AYANT EU UN SUIVI POST-THÉRAPEUTIQUE PRÉCOCE (3 ANS) .....	45
F. PROPORTION DE PATIENTS ATTEINTS D'UN CANCER COLORECTAL MÉTASTATIQUE AYANT REÇU UNE CHIMIOTHÉRAPIE DANS LE DERNIER MOIS DE VIE .....	48
<b>5. CONCLUSION</b> .....	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>51</b>
ARTICLES.....	51
RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE ANALYSÉES.....	53
<b>ANNEXES</b> .....	<b>55</b>
ANNEXE 1 : INDICATEURS PROPOSÉS PAR LE GROUPE DE TRAVAIL MAIS NON RETENUS .....	55
ANNEXE 2 : PROCESSUS DE SÉLECTION DES INDICATEURS .....	56
ANNEXE 3 : RÉSULTATS DES DEUX TOURS DE COTATION DES EXPERTS .....	60
ANNEXE 4 : RATIONNEL COMPLET DES INDICATEURS.....	61

# ABRÉVIATIONS

<b>3C</b>	Centre de coordination en cancérologie
<b>ACE</b>	Antigène carcinoembryonnaire
<b>ACORESCA</b>	Association des coordinateurs de réseaux de cancérologie
<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>ANSM</b>	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ASCO</b>	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
<b>ATIH</b>	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
<b>BDMA</b>	Bases de données médico-administratives
<b>CCAM</b>	Classification commune des actes médicaux
<b>CCO</b>	<i>Cancer Care Ontario</i>
<b>CIM-10</b>	Classification internationale des maladies, 10 <sup>e</sup> révision
<b>D</b>	Dénominateur
<b>DAS</b>	Diagnostic associé
<b>DCC</b>	Dossier communicant de cancérologie
<b>DCIR</b>	Datamart consommation inter régimes
<b>DIM</b>	Département de l'information médicale
<b>DP</b>	Diagnostic principal
<b>DR</b>	Diagnostic relié
<b>DS</b>	Déviatation standard
<b>ESMO</b>	<i>European Society for Medical Oncology</i>
<b>GEE</b>	<i>Generalized Estimating Equation</i>
<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>INCa</b>	Institut national du cancer
<b>IQ</b>	Inter-quartile
<b>IQSS</b>	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>IV</b>	Intraveineux
<b>MCO</b>	Médecine chirurgie obstétrique
<b>MSI</b>	Microsatellites instables
<b>N</b>	Numérateur
<b>NCCN</b>	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
<b>NICE</b>	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>PMSI</b>	Programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>RBP</b>	Recommandation de bonne pratique
<b>RCP</b>	Réunion de concertation pluridisciplinaire
<b>SGMAS</b>	Secrétariat général des ministères chargés des Affaires sociales
<b>SLM</b>	Sections locales mutualistes
<b>SNDS</b>	Système national des données de santé
<b>TEP scan</b>	Tomographie par émission de positons
<b>TNCD</b>	Thésaurus national de cancérologie digestive
<b>TNM</b>	<i>Tumor Node Metastases</i>

# SYNTHÈSE

Ce rapport constitue l'aboutissement d'un travail de groupe sur l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) spécifiques au cancer colorectal.

## Objectif

L'objectif de ce projet est de proposer des IQSS spécifiques au cancer colorectal, basés sur les recommandations de bonne pratique et automatisables à partir des bases de données médico-administratives, pour favoriser la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité et renforcer la pertinence des soins.

## Méthode

Ce projet a été piloté par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS). Le groupe de travail était composé de parties intéressées (agences régionales de santé, fédérations hospitalières, réseaux régionaux de cancérologie, représentants des usagers et associations de patients) ainsi que d'experts cliniciens issus des sociétés savantes. Il s'appuie sur la méthode Rand, une méthode de consensus.

En phase préparatoire, un recensement des recommandations de bonne pratique ainsi qu'un parangonnage des IQSS existants au niveau international ont été effectués. En parallèle, une contribution écrite a été demandée aux parties intéressées afin de recueillir leurs besoins en termes d'IQSS. Cette phase préparatoire a permis d'aboutir à une pré-liste d'indicateurs à proposer aux experts.

Lors de la phase d'expertise, le groupe de travail a eu l'opportunité d'ajouter des indicateurs à la pré-liste proposée. Les experts ont ensuite coté sur une échelle de 1 à 9 la pertinence et la validité de chaque indicateur. Une première cotation s'est déroulée par mail sans concertation entre experts. Une réunion en face-à-face a ensuite permis au groupe de travail de discuter des résultats. À l'issue de cette réunion, une deuxième cotation a été réalisée et a permis de sélectionner la liste définitive des IQSS à développer.

Les fiches descriptives de chaque indicateur ont été construites puis l'intégralité du travail a été relue lors d'une concertation nationale auprès de professionnels de santé, de patients et d'acteurs politiques.

## Résultats

La phase préparatoire a permis de sélectionner une pré-liste de 32 indicateurs à proposer au groupe de travail. Le groupe de travail a souhaité ajouter neuf indicateurs à cette pré-liste, totalisant donc 41 indicateurs pour le premier tour de cotation des experts. Les parties intéressées, dont les patients, ont exprimé un besoin d'indicateurs sur les délais et sur les soins de support.

Le premier tour de cotation des experts a abouti à une sélection de 14 indicateurs. Lors du face-à-face, quatre indicateurs ont été ajoutés, soit un total de 18 indicateurs pour le deuxième tour de cotation des experts. Sur ces 18 indicateurs, les experts ont finalement sélectionné six indicateurs pour mesurer la qualité et la sécurité des soins des patients atteints d'un cancer colorectal.

La concertation nationale a permis de réajuster les libellés des indicateurs et les fiches descriptives.

Les six indicateurs sont présentés dans le tableau ci-dessous, selon le type de cancer et les étapes du parcours de soins. Une cible à atteindre et un niveau d'alerte ont également été définis par les experts.

CANCER COLORECTAL	Cancer invasif du côlon non métastatique	Cancer invasif du rectum non métastatique	Cancer colorectal métastatique
<b>Diagnostic</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion de patients atteints d'un cancer du côlon ou du rectum ayant eu un bilan de diagnostic et d'extension complet avant le premier traitement.</li> </ul>	Cible : > 90 % Alerte si < 75 %		
<b>Délai</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du premier traitement est conforme aux délais attendus.</li> </ul>	Cible : > 90 % Alerte si < 75 %		Non concerné
<b>Traitement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion de patients atteints d'un cancer du rectum non métastatique ayant eu une chimiothérapie concomitante à la radiothérapie en préopératoire.</li> </ul>	Non concerné	Cible : > 70 % Alerte si < 50 %	Non concerné
<b>Suivi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ratio standardisé de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un cancer colorectal invasif non métastatique ;</li> <li>Proportion de patients atteints d'un cancer invasif du côlon ou du rectum ayant eu un suivi post-thérapeutique précoce (3 ans).</li> </ul>	Cible : Ratio = 1 Alerte si Ratio > 2 ou > 3 DS  Cible : Taux supérieur à la médiane nationale Alerte si Taux inférieur au 25 <sup>e</sup> percentile de la médiane nationale		Non concerné
<b>Pertinence des soins en fin de vie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal métastatique ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie.</li> </ul>	Non concerné	Non concerné	Cible : < 15 % Alerte si > 30 %

## Conclusion

Les six IQSS sélectionnés concernent toutes les phases du parcours de soins du patient, associant des indicateurs de processus, de résultat et d'évaluation de la pertinence des soins. Ces indicateurs répondent également aux besoins exprimés par les parties intéressées avec la présence d'un indicateur sur les délais. Cependant, le besoin d'indicateurs sur les soins de support n'a pu être satisfait. En effet, cette sélection d'indicateurs est restreinte à la disponibilité des données présentes dans les bases de données médico-administratives.

L'utilisation effective de ces six indicateurs sera fonction de la valeur prédictive positive ou de la valeur prédictive négative de chaque indicateur qui sera calculée lors d'une phase de test en comparant les données présentes dans les bases de données médico-administratives aux données sources du dossier patient.

La diffusion annuelle des résultats des indicateurs donnera aux professionnels de santé et aux décideurs des outils de pilotage local, mais également de coordination territoriale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ceci renforcera aussi les actions de transparence à destination du public.

# 1. INTRODUCTION

Au niveau international, il est aujourd'hui communément accepté que l'amélioration des pratiques soignantes et de la pertinence des soins passe par leur évaluation. Cette prise de conscience est apparue dès le milieu des années 60 avec l'utilisation par Avedis Donabedian d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) comme modèle d'évaluation (Donabedian 1966, 1988).

En France, les IQSS émanent d'une volonté politique affirmée depuis déjà plus de 10 ans puisque dès 2008, la Haute Autorité de santé (HAS) en lien avec le ministère en charge de la santé, développe et recueille des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. À cette notion de qualité de soins vient se greffer la notion de pertinence. Constatant une augmentation de la fréquence des actes et une variabilité géographique des pratiques, le ministère de la Santé et l'Assurance maladie ont saisi en 2010 la HAS sur le sujet de la pertinence. Aujourd'hui encore, selon l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE), 25 % à 30 % des dépenses d'actes et des prescriptions seraient inutiles (OECD 2017). Cette volonté politique est réaffirmée en 2017 dans un rapport parlementaire sur *L'évolution des modes de financement des établissements de santé*, qui met en avant trois piliers pour mettre en place de nouvelles mesures de la qualité des soins. Un des trois piliers est consacré aux « *indicateurs cliniques de qualité fondés sur les résultats* » (Véran 2017). L'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins semble donc être un enjeu majeur de santé publique. La Stratégie nationale de santé, adoptée en décembre 2017, reprend d'ailleurs dans un des quatre thèmes prioritaires la nécessité de « *développer une culture de la qualité et de la pertinence* » (Ministère des solidarités et de la santé 2017).

L'Institut national du cancer (INCa) a, dès 2014, souhaité porter au sein du Plan cancer 2014-2019 (Institut national du cancer, ministère des Affaires sociales et de la Santé, et Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche 2014), l'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins spécifiques à la cancérologie (action 2.2).

La mise en place d'IQSS spécifiques au parcours de santé en cancérologie engendre de nombreux avantages. Utiles au pilotage interne des établissements de santé, ces indicateurs permettent également d'améliorer la coordination et la qualité des parcours de santé sur un territoire donné, au niveau des agences régionales de santé (ARS) ou bien encore des centres de coordination en cancérologie (3C). Certains des indicateurs, dont les résultats sont imputables à un établissement, peuvent également être intégrés au nouveau dispositif d'autorisation de traitement du cancer ou aux IQSS diffusés par la HAS. Enfin, la diffusion publique des résultats de ces indicateurs offre aux usagers une transparence d'information indispensable.

Afin que ces indicateurs soient une aide pour les professionnels de santé et non une charge de travail supplémentaire pour leur documentation, l'Institut a souhaité que ces indicateurs soient issus des bases de données médico-administratives (BDMA) pour être recueillis de façon automatisable : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et par extension le Système national des données de santé (SNDS). Ce choix pourra être réajusté en fonction de l'évolution du Dossier communicant de cancérologie (DCC). Ces indicateurs sont principalement fondés sur les recommandations de bonne pratique. Une actualisation des IQSS est prévue en cas de modification des codes présents dans les bases de données médico-administratives ou d'évolution des recommandations de bonne pratique.

En cancérologie, les parcours de santé sont très spécifiques à la localisation de la tumeur. Il semblait donc plus pertinent de développer des IQSS selon les types de cancer. Le cancer colorectal fait partie des quatre cancers les plus fréquents en France. Avec 41 558 nouveaux cas

estimés en 2018 (22 846 cas chez l'homme et 18 712 cas chez la femme), c'est le 3<sup>e</sup> cancer le plus fréquent (Defossez 2019). Pour la période 2005-2010, la survie nette standardisée sur l'âge était de 63 % à 5 ans. La projection de la mortalité est de 17 117 décès estimés pour l'année 2018 (Defossez 2019). La prévalence totale en 2017 est de 418 491 personnes en France métropolitaine (Colonna 2018). Au regard de ces caractéristiques épidémiologiques, l'Institut a souhaité développer des IQSS spécifiques au cancer colorectal.

L'objectif de ce projet est donc de proposer des IQSS spécifiques au cancer colorectal, basés sur les recommandations de bonne pratique et automatisables à partir des bases de données médico-administratives pour favoriser la mise en œuvre de démarches d'amélioration de la qualité.

## 2. MÉTHODE

La méthode d'élaboration d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le cancer colorectal se compose en quatre phases : phase préparatoire, phase d'expertise, phase de concertation nationale et phase de test.

Ces phases permettent d'évaluer et de garantir les caractéristiques attendues d'un bon indicateur de qualité et de sécurité des soins qui sont : la pertinence, la validité, la fiabilité et la faisabilité (ANAES 2002 ; Campbell 2002 ; Smith 2008). Plus précisément, la pertinence et la validité sont étudiées lors de l'expertise ; la faisabilité lors de la concertation nationale et la validité et la fiabilité sont étudiées lors de la phase de test.

### 2.1. Phase préparatoire

L'objectif de la phase préparatoire était de faire une présélection des indicateurs potentiels à développer. Cette phase a été menée par l'Institut.

Dans un premier temps, les **recommandations de bonne pratique** sur le cancer colorectal publiées entre 2012 et 2017 ont été recensées *via* les principaux sites de recommandations en cancérologie, nationaux et internationaux : ASCO, CCO, ESMO, NCCN, NICE, TNCD ([§ Recommandations de bonne pratique analysées](#)). Ces éléments de recommandations ont ensuite été analysés selon leur possibilité d'être déclinés en indicateur de qualité et de sécurité des soins et la disponibilité des données dans les bases de données médico-administratives existantes. À l'aide d'une grille de lecture, ils ont été classés en plusieurs sous-groupes en fonction du type de cancer (*in situ*, invasif, métastatique), de la phase de parcours de soins (dépistage, diagnostic, traitement, suivi) et de la thématique principale (biopsie, imagerie, radiothérapie...).

Dans un second temps, un **parangonnage<sup>1</sup> international** a été effectué sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur le cancer colorectal à partir d'une requête *Pubmed* limitée à la période 2012-2017. Selon la même grille de lecture utilisée pour les éléments de recommandations, les indicateurs issus des articles ont été analysés puis classés.

Enfin, les **parties intéressées** du projet ont été sollicitées par mail. Une contribution écrite leur a été demandée sur les indicateurs déjà utilisés au sein de leurs institutions, mais également sur leurs besoins en termes d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le cancer colorectal.

La mise en relation de ces trois sources a permis d'aboutir à une pré-liste d'indicateurs.

### 2.2. Phase d'expertise

L'objectif de l'expertise était de trouver un consensus entre les experts sur une liste d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins à développer pour le cancer colorectal. Le processus de consensus s'est déroulé en trois étapes selon la méthode RAND (Fitch 2001) : un premier tour de cotation, une discussion en face-à-face des résultats, un deuxième tour de cotation.

---

<sup>1</sup> *Benchmarking*.

À la suite d'un appel à candidatures diffusé par les sociétés savantes nationales, 8 experts ont été sélectionnés à titre personnel. La sélection s'est voulue être représentative des professionnels de santé exerçant auprès des patients atteints d'un cancer colorectal : le panel était pluridisciplinaire, issu aussi bien du secteur public que du secteur privé. Chaque expert a complété une déclaration d'intérêts dont les liens ont été analysés au regard du sujet de l'expertise. Ces déclarations sont rendues publiques sur le site internet de l'Institut national du cancer<sup>2</sup>. La présence d'un médecin du Département de l'information médicale (DIM) au sein du groupe de travail assurait la qualité de la codification retenue pour le calcul des indicateurs.

Une première réunion regroupant les experts et les parties intéressées s'est déroulée le 9 octobre 2017. La méthodologie du projet a été présentée et discutée afin de traiter toutes les questions subsistantes.

Entre la réunion de présentation et la première cotation, le groupe de travail a eu la possibilité d'ajouter des indicateurs à la pré-liste composée en phase préparatoire, permettant ainsi d'avoir une pré-liste complète pour passer à l'étape de cotation.

### 2.2.1. Premier tour de cotation

Il a été demandé aux experts d'établir pour chaque indicateur une cotation sur sa pertinence et sa validité.

**La pertinence** d'un indicateur regroupe différents concepts. D'une part, elle est définie par le fait qu'un indicateur mesure un évènement possédant une marge d'amélioration en termes de qualité et de sécurité des soins. Il doit être un outil d'aide à la décision. D'autre part, les professionnels de santé doivent manifester une nécessité en termes de santé publique de recueillir l'indicateur (pertinence clinique).

**La validité** d'un indicateur est le degré d'exactitude de l'indicateur pour mesurer ce qu'il est censé mesurer. Les experts doivent déterminer si l'indicateur mesure bien ce que l'on souhaite mesurer ou si les résultats sont influencés par d'autres facteurs. Il est possible de coter un indicateur comme étant très valide même si d'autres facteurs influencent les résultats. Cependant, les facteurs dits de confusion doivent être cités dans les commentaires pour pouvoir être pris en compte dans l'analyse.

La cotation a été recueillie par mail, de façon individuelle et sans concertation avec les autres experts.

L'échelle de cotation, de 1 à 9, se comprend ainsi :

- entre 1 et 3 : l'indicateur n'est pas pertinent/valide pour mesurer la qualité et ne doit donc pas être suivi ;
- entre 4 et 6 : la pertinence/validité n'est pas univoque et le suivi n'est pas forcément utile ;
- entre 7 et 9 : l'indicateur est considéré comme pertinent/valide pour mesurer la qualité et devrait donc être suivi (Marshall 2003).

---

<sup>2</sup> <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Deontologie-et-transparence-DPI/Declarations-publiques-interets-DPI>

### 2.2.2. Face-à-face

Une réunion en face-à-face s'est déroulée le 20 novembre 2017. Après une présentation des résultats du premier tour de cotation des experts, le groupe de travail (experts et parties intéressées) a pu échanger sur ces résultats : la formulation du libellé des indicateurs, leur cotation en termes de pertinence et de validité. Cet échange a permis aux experts de justifier leur choix et de trouver des solutions pour les points de désaccord.

### 2.2.3. Deuxième tour de cotation

Le deuxième tour de cotation a été réalisé sur place à la fin de la réunion en face-à-face. Les experts ont de nouveau coté la validité et la pertinence des indicateurs, mais la liste était restreinte aux indicateurs sélectionnés au premier tour de cotation et à ceux discutés lors de la réunion.

Pour faire partie de la sélection finale, un indicateur devait remplir les trois conditions suivantes (Marshall 2003) :

- médiane du groupe d'experts > à 7 pour la validité ;
- médiane du groupe d'experts > à 6 pour la nécessité du suivi ;
- absence de désaccord au sein du groupe d'experts.

Un désaccord était défini statistiquement lorsque les deux conditions suivantes étaient réunies :

- 1/3 ou plus des cotations étaient situées entre 1 et 3 ;
- 1/3 ou plus des cotations étaient situées entre 7 et 9.

À l'issue du processus de sélection des indicateurs, le contenu précis de chaque indicateur a été défini à l'aide d'une fiche descriptive par le groupe de travail lors d'une réunion en présentielle (le 15 janvier 2018), puis par échange de mails.

## 2.3. Phase de concertation nationale

Une phase de concertation nationale s'est déroulée avec l'objectif d'évaluer la cohérence, la lisibilité et l'acceptabilité des indicateurs de qualité et de sécurité sélectionnés lors de la phase d'expertise. Elle a permis d'évaluer l'une des caractéristiques requise pour un bon indicateur : la faisabilité.

La **faisabilité** est une caractéristique qui reflète l'acceptabilité par les professionnels de santé de l'indicateur. L'indicateur est-il facile, clair, simple à utiliser ? Une bonne faisabilité est garante d'une meilleure exhaustivité et qualité des données.

La concertation nationale s'est déroulée par sollicitation des présidents des différents organismes en lien avec le cancer en général ou le cancer colorectal :

- 8 sociétés savantes relatives à la santé ;
- 11 sociétés savantes spécifiques au cancer ;
- 3 sociétés savantes spécifiques au cancer colorectal ;
- 2 associations de patients spécifiques au cancer ;
- le secrétaire général des ministères sociaux (SGMCAS) pour les agences régionales de santé ;

- l'Association des coordinateurs de réseaux de cancérologie (Acoresca) pour les réseaux régionaux de cancérologie et les centres de coordinations en cancérologie ;
- le réseau FRANCIM pour les registres des cancers ;
- les 4 fédérations hospitalières.

La diffusion de l'invitation à la relecture du rapport *via* les présidents de ces organismes avait pour objectif de cibler un large panel de relecteurs issus de la France entière et représentant des cliniciens, des acteurs politiques et des patients.

La phase de concertation nationale s'est déroulée du mois de juillet au mois d'octobre 2018 *via* un questionnaire en ligne.

## **2.4. Phase de test**

Les bases de données médico-administratives à partir desquelles seront calculés les IQSS ont l'avantage de fournir des données individuelles structurées, codées de manière standardisée à l'échelle nationale. Il faut néanmoins noter qu'elles présentent certaines limites inhérentes à la qualité du codage.

Il convient par conséquent d'évaluer la fiabilité des IQSS calculés à partir des BDMA (Cohorte cancer) sur la base de critères objectifs avant de pouvoir les utiliser.

L'objectif de la phase de test est donc d'évaluer la fiabilité des indicateurs de qualité et de sécurité des soins en cancérologie calculés à partir des BDMA (Cohorte cancer), en comparant les résultats des indicateurs calculés à partir des données existantes dans les BDMA aux résultats calculés à partir :

- des données issues des registres des cancers ;
- des données des dossiers médicaux des patients (étude de terrain).

Le protocole complet de l'étude est détaillé dans le document suivant :

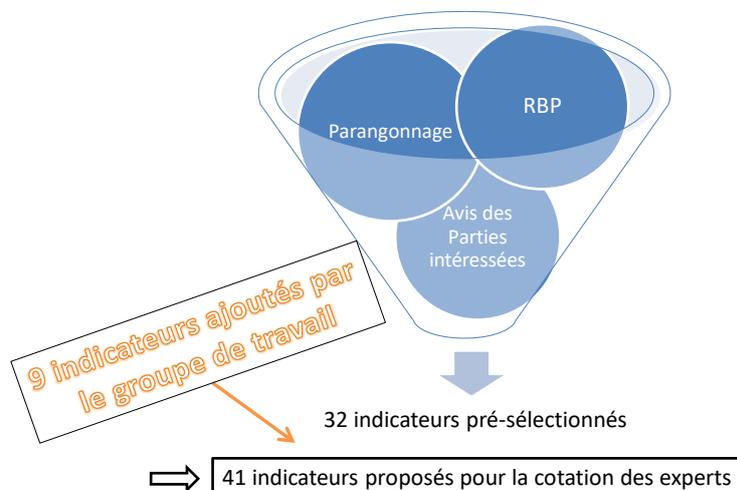
[Protocole v2 test IQSS Global 2019 01 28](#)

À l'issue de cette phase de test, seuls les IQSS ayant une bonne valeur prédictive positive ou prédictive négative seront retenus.

Cette phase de test devrait débuter en 2019. Les résultats ne sont donc pas présentés dans ce document.



Figure 2. Sélection des indicateurs pour le 1<sup>er</sup> tour de cotation des experts



#### ENCADRÉ : RECHERCHE DE DÉFICIT EN DPD

En février 2018, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) s'est prononcée en faveur d'une recherche systématique du déficit en dilydropyrimidine déshydrogénase (DPD) chez tous les patients devant recevoir une chimiothérapie comportant une fluoropyrimidine. Ces médicaments, administrés à près de 80 000 patients par an, peuvent induire des toxicités sévères, voire létales chez 0,1 à 1 % des patients. Certaines de ces toxicités sont liées à un déficit d'activité complet ou partiel de la DPD, enzyme contribuant à l'élimination par l'organisme des fluoropyrimidines. L'objectif de la recherche d'un déficit en DPD est donc d'identifier les patients déficitaires complets en DPD sans pour autant augmenter le nombre de diagnostics faussement positifs au risque de conclure à tort à une contre-indication des fluoropyrimidines induisant une perte de chance pour le patient lorsqu'il n'existe pas de traitement alternatif de même efficacité. L'INCa et la HAS ont publié en décembre 2018 une recommandation<sup>3</sup> sur le type d'examen à réaliser et sur la conduite à tenir en fonction des résultats du patient. Même si aucune méthode de recherche de déficit en DPD, quelle qu'elle soit, ne peut permettre d'éviter toutes les toxicités sévères, parfois létales, survenant sous traitement comportant une fluoropyrimidine, il est recommandé, chez tous les patients dont l'activité DPD n'est pas connue, de rechercher systématiquement un déficit en DPD, par mesure de l'uracilémie, et de disposer du résultat avant l'instauration d'une chimiothérapie comportant une fluoropyrimidine.

Un indicateur sur la proportion de patients ayant bénéficié d'une mesure de l'uracilémie avant prescription de chimiothérapie comportant une fluoropyrimidine aurait été souhaitable. Les bases de données médico-administratives ne permettent actuellement pas d'identifier la réalisation ou non de ce dosage. Cet indicateur sera développé dès que les données seront disponibles de façon automatique.

<sup>3</sup> Recherche de déficit en dihydropyrimidine déshydrogénase en vue de prévenir certaines toxicités sévères survenant sous traitement comportant des fluoropyrimidines (5-fluorouracile), Recommandations et référentiels, INCa / HAS, décembre 2018.

Un total de 41 indicateurs a donc été proposé pour le 1<sup>er</sup> tour de cotation des experts. Sur un total de 8 experts, 7 se sont prononcés sur la pertinence et la validité de chaque indicateur. Le 1<sup>er</sup> tour de cotation a permis de retenir 14 indicateurs sur 41.

La réunion en face-à-face a donné lieu à différents débats aboutissant à ajouter quatre indicateurs : un nouvel indicateur ; deux indicateurs composites, l'un sur la phase de diagnostic, l'autre sur la phase de suivi ; un indicateur « repêché » après avoir été écarté du 1<sup>er</sup> tour de cotation par mauvaise compréhension.

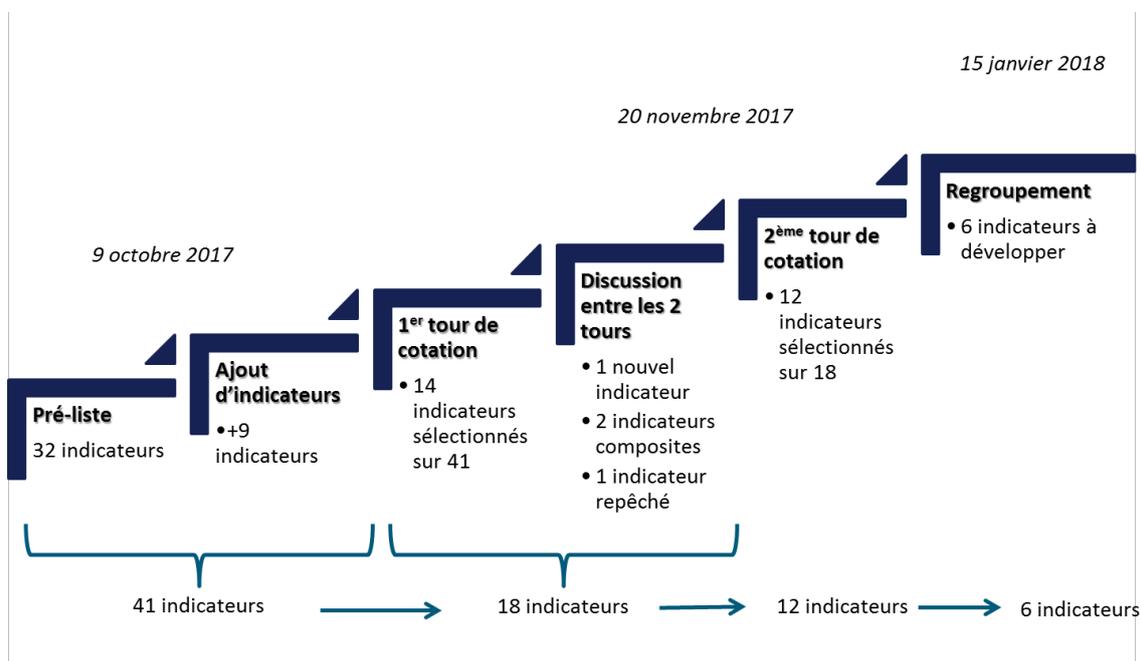
Un total de 18 indicateurs a donc été proposé pour le 2<sup>e</sup> tour de cotation des experts. L'ensemble des 8 experts s'est prononcé sur la pertinence et la validité de chaque indicateur et 14 ont été retenus. Certains de ces indicateurs ont été regroupés pour constituer les deux indicateurs composites (phase de diagnostic et phase de suivi).

Au final, six indicateurs clefs du parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer colorectal ont été retenus pour être développés à partir des bases de données médico-administratives (**Figure 3**).

L'ensemble du processus de sélection est détaillé en [Annexe 2](#).

Les résultats de la cotation de la pertinence et de la validité de ces six indicateurs sont représentés en [Annexe 3](#).

**Figure 3. Processus de sélection des indicateurs par consensus**



### 3.3. Phase de concertation nationale

Parmi les organismes sollicités, 74 personnes ont participé à la relecture en répondant au questionnaire en ligne.

Ces personnes appartenaient pour 48 d'entre elles à une société savante, une association professionnelle ou un syndicat professionnel, 16 à des fédérations hospitalières, 5 à des registres des cancers, 3 à des associations de patients, 1 à un réseau régional de cancérologie et 1 à un centre de coordination en cancérologie.

#### 3.3.1. Évaluation globale du rapport

En début de questionnaire, une évaluation globale du rapport était demandée aux relecteurs par le biais de deux questions :

- le rapport vous semble clair ?
- le rapport vous semble complet ?

Les relecteurs devaient répondre sur une échelle allant de 1 à 9 h 1 = pas du tout d'accord, 9 = tout à fait d'accord, 5 = relecteur indécis.

Les réponses sont présentées dans le **Tableau 1** ci-dessous.

**Tableau 1. Résultats synthétiques de l'évaluation globale du rapport IQSS/cancer colorectal par les relecteurs nationaux**

	Rapport clair	Rapport complet
Minimum	3	3
Maximum	9	9
Moyenne (écart type)	7,8 (1,3)	7,6 (1,3)
Médiane [IQ25-IQ75]	8 [7-9]	8 [7-9]

#### 3.3.2. Évaluation des indicateurs

Le questionnaire en ligne reprenait pour chaque indicateur les questions suivantes :

- cet indicateur vous semble utile :
  - pour les patients ? Oui/Non ;
  - pour les professionnels de santé ? Oui/Non ;
  - pour les acteurs politiques ? Oui/non ;
- la formulation de l'indicateur vous semble claire, complète et sans ambiguïté ? Échelle de 1 à 9 ;
- êtes-vous d'accord avec la cible à atteindre proposée ? Échelle de 1 à 9 ;
- êtes-vous d'accord avec la cible d'alerte proposée ? Échelle de 1 à 9 ;
- autres commentaires relatifs à cet indicateur : champ libre.

Les résultats sont présentés dans le **Tableau 2** ci-dessous.

**Tableau 2. Résultats synthétiques de l'évaluation des indicateurs du rapport IQSS/ cancer colorectal par les relecteurs nationaux**

Indicateurs	Utilité de l'indicateur pour les...			Formulation* médiane [IQ25-IQ75]	Cibles*	
	patients %	professionnels de santé %	acteurs politiques %		à atteindre Médiane [IQ25-IQ75]	d'alerte Médiane [IQ25-IQ75]
<b>A</b>	97,3	98,6	93,2	9 [7-9]	9 [8-9]	8 [7-9]
<b>B</b>	94,4	100	90,4	8 [7-9]	8 [7,75-9]	8 [7-9]
<b>C</b>	77	87,8	77	8 [7-9]	8 [6-9]	7 [5-9]
<b>D</b>	90,4	97,3	90,4	8 [7-9]	9 [8-9]	8 [5-9]
<b>E</b>	90,5	93,2	84,9	8 [7-9]	90 %**	50 %**
<b>F</b>	55,4	81,1	62,2	8 [6,75-9]	40 %**	50 %**

\*Sur une échelle de 1 à 9 h 1 = pas du tout d'accord, 9 = tout à fait d'accord, 5 = relecteur indéci.

\*\*Cible la plus fréquemment proposée par les relecteurs en l'absence de proposition du groupe de travail

## 4. RÉSULTATS FINAUX

### 4.1. Automatisation du calcul des indicateurs

Les indicateurs proposés ne nécessitent pas de recueil de données supplémentaires de la part des professionnels de santé. Ces indicateurs seront calculés par l'Institut à partir de la Cohorte cancer et des autres sources de données disponibles au niveau national.

#### ◆ La Cohorte cancer

Pour le calcul des indicateurs présentés dans ce rapport, les dernières données disponibles de la Cohorte cancer seront utilisées. Ces données incluent toutes les personnes atteintes d'un cancer depuis 2010 (*in situ*, invasif ou tumeur à évolution imprévisible) ayant entraîné des soins à l'hôpital ou en ville, ou l'attribution d'une Affection de longue durée (ALD) permettant la prise en charge à 100 % du cancer. Ces personnes seront suivies sur une période de 25 ans après leur inclusion, l'objectif étant d'améliorer la connaissance du recours aux soins et d'aider à l'organisation du système de santé.

Les données collectées sont issues du Système national des données de santé (SNDS) qui répertorie l'ensemble des consommations de soins de ville et hospitalières (*via* le programme médicalisé des systèmes d'information - PMSI) prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

#### ◆ Identification de la population cible selon le code CIM-10 et l'acte chirurgical

Pour l'ensemble des indicateurs, la localisation de la tumeur sur le côlon ou le rectum est déterminée dans les bases de données médico-administratives par l'acte chirurgical.

Si le patient n'a pas subi d'acte chirurgical, le code CIM-10 est utilisé et analysé sur les 6 premiers mois du traitement. Les codes diagnostiques de la jonction recto-sigmoïdienne sont considérés comme des cancers du rectum. Cet algorithme permet d'obtenir des nombres de patients cohérents avec les chiffres d'incidence des cancers du côlon et du rectum.

Un cancer est défini comme étant un cancer à double localisation lorsque les 2 localisations, cancer du côlon et cancer du rectum, sont présentes dans un intervalle de 6 mois.

Les localisations sont déterminées à partir de l'ensemble des chirurgies carcinologiques réalisées dans les 6 mois suivant la première chirurgie. La localisation du cancer est attribuée au colon et/ou au rectum selon la règle de décision présentée dans le tableau suivant. Certains actes classent en double localisation colon-rectum.

Tableau 3. Localisation du cancer attribuée selon la chirurgie carcinologique réalisée

Code CCAM	Libellé CCAM	Localisation attribuée
HHFA002	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	Côlon

HHFA004	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	Côlon
HHFA005	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	Côlon
HHFA006	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	Côlon
HHFA008	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	Côlon
HHFA009	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	Côlon
HHFA010	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	Côlon
HHFA014	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	Côlon
HHFA017	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	Côlon
HHFA018	Colectomie transverse, par laparotomie	Côlon
HHFA021	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	Côlon
HHFA022	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par laparotomie	Côlon
HHFA023	Colectomie transverse, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	Côlon
HHFA024	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	Côlon
HHFA026	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	Côlon
HHFC040	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie	Côlon
HHFC296	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie	Côlon
HHFA028	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	Côlon - Rectum
HHFA029	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	Côlon - Rectum
HHFA030	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	Côlon - Rectum
HHFA031	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par laparotomie	Côlon - Rectum
HJFA012	Proctectomie secondaire par laparotomie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale	Côlon - Rectum
HJFC023	Proctectomie secondaire par cœlioscopie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale	Côlon - Rectum
HJFA001	Résection rectocolique avec abaissement colique rétrorectal par laparotomie, avec anastomose colorectale par voie anale	Rectum
HJFA002	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par laparotomie	Rectum
HJFA003	Exérèse de tumeur du rectum, par abord transsphinctérien	Rectum

HJFA004	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie	Rectum
HJFA005	Amputation du rectum, par abord périnéal	Rectum
HJFA006	Résection rectosigmoïdienne par laparotomie, avec anastomose coloanale par voie anale ou par abord transsphinctérien	Rectum
HJFA007	Amputation du rectum, par laparotomie et par abord périnéal	Rectum
HJFA011	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	Rectum
HJFA014	Exérèse de moignon rectal résiduel, par abord périnéal	Rectum
HJFA017	Résection rectosigmoïdienne par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie, avec anastomose coloanale par voie anale	Rectum
HJFA018	Exérèse de tumeur du rectum, par abord transsacrococcygien [de Kraske]	Rectum
HJFA019	Amputation du rectum, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie et par abord périnéal	Rectum
HJFC031	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie	Rectum
HJFD002	Exérèse de tumeur du rectum, par voie anale	Rectum

Un cancer métastatique synchrone est un cancer pour lequel un diagnostic CIM-10 de métastase est présent dans les 6 premiers mois du traitement.

À titre d'exemple, la population de l'année 2013 est présentée dans le **Tableau 3** selon la localisation et le type histologique. Il s'agit d'effectifs issus des codes et n'ont pas valeurs de données épidémiologiques.

**Tableau 4. Nombre de patients (%) en fonction de la localisation de la tumeur déterminée à partir des actes chirurgicaux (exemple pour l'année 2013)**

Nombre de patients (%)					
	Côlon	Jonction recto-sigmoïdienne	Rectum	Double localisation*	Total
<i>In situ</i>	2 914 (7,4 %)	173 (0,4 %)	499 (1,3 %)	185 (0,5 %)	3 771 (9,5 %)
Invasif non métastatique	16 902 (42,7 %)	5 579 (14,1 %)	2 556 (6,5 %)	1 242 (3,1 %)	26 279 (66,3 %)
Métastatique synchrone	5 587 (14,1 %)	1 286 (3,2 %)	862 (2,2 %)	806 (2,0 %)	8 541 (21,6 %)
Métastatique méthadone	601 (1,5 %)	217 (0,5 %)	87 (0,2 %)	103 (0,3 %)	1 008 (2,5 %)
<b>Total</b>	<b>26 004 (65,7 %)</b>	<b>7 255 (18,3 %)</b>	<b>4 004 (10,1 %)</b>	<b>2 336 (5,9 %)</b>	<b>39 599 (100)**</b>

\*Localisation côlon et/ou rectum et/ou jonction dans un intervalle de 6 mois.

\*\*Pour information, le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal estimé en 2018 est de 41 558 (Defossez 2019).

## 4.2. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins

### Synthèse des six indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour le cancer colorectal

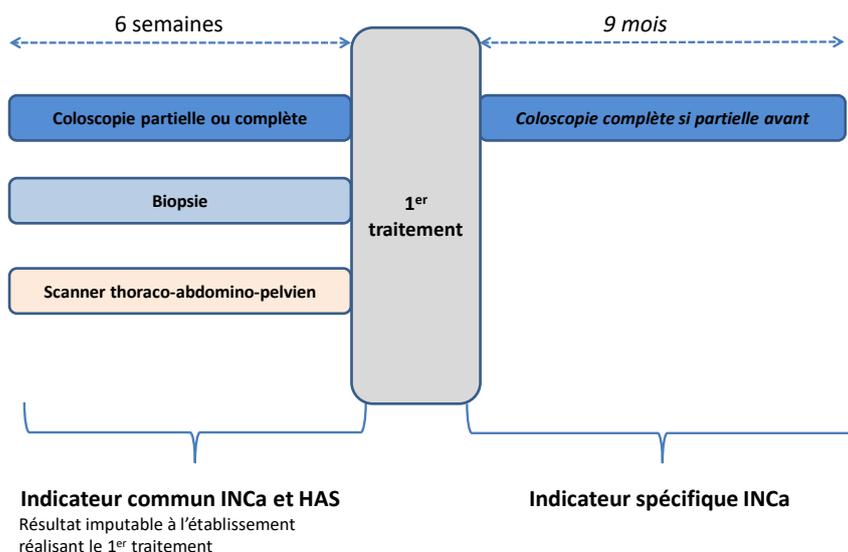
Les six indicateurs sélectionnés, synthétisés dans le tableau suivant, sont décrits un à un dans les pages suivantes. Le rationnel complet des indicateurs (recommandations et parangonnage) se situe en [Annexe 4](#).

Phase du parcours de soins/Type d'indicateur	Libellé de l'indicateur	Recommandations de bonne pratique	Parangonnage	Cible à atteindre	Cible d'alerte
Diagnostic/Processus	A - Proportion de patients atteints d'un cancer du côlon ou du rectum ayant eu un bilan de diagnostic et d'extension complet avant premier traitement	TNCD - Cancer du côlon non métastatique - 2018 TNCD - Cancer du rectum - 2016 INCa - Bonnes pratiques pour la recherche à visée théranostique de mutations somatiques dans les tumeurs solides - 2010	Bianchi 2013; Gooiker 2013; ONCOMIP 2010; Siegel 2014	> 90 %	<75 %
Diagnostic/Processus, Résultat intermédiaire	B - Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du premier traitement est conforme aux délais attendus		Bouvier 2013; Khare 2016; Pourcel 2013	> 90 %	<75 %
Traitement/Processus	C - Proportion de patients atteints d'un cancer du rectum non métastatique ayant eu une chimiothérapie concomitante à la radiothérapie en préopératoire	TNCD - Cancer du rectum - 2016		> 70 %	< 50 %
Traitement/Résultat	D - Ratio standardisé de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un cancer colorectal invasif non métastatique	Rapport de la HAS 2017 Rapport de la DREES 2011	Adam 2018 ; Bianchi 2013; Dekker 2014; de Vries 2014; Gooiker 2013; Henneman 2014; Iversen 2014; Khare 2016; ONCOMIP 2010; Schootman 2014; Shojania 2008; Visser 2009; Walker 2015.	Ratio =1	Ratio > 2 ou > 3 déviations standards
Suivi/Processus	E - Proportion de patients atteints d'un cancer invasif du côlon ou du rectum ayant eu un suivi post-thérapeutique précoce (3 ans)	TNCD 2016 - Cancer du rectum TNCD 2018 - Cancer du côlon non métastatique HAS 2017 - Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé	Young 2014	Taux supérieur à la médiane nationale	Taux inférieur au 25 <sup>e</sup> percentile de la médiane nationale
Soins en fin de vie/Processus	F - Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal métastatique ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie		Hu 2014; Kao 2009; Rochigneux 2017; Turner 2015;)	< 15 %	> 30 %

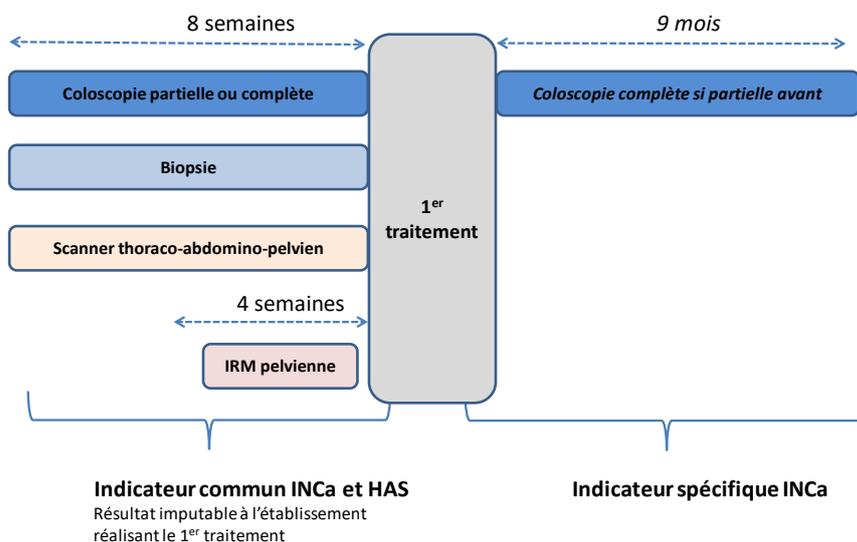
## A. Proportion de patients atteints d'un cancer du côlon ou du rectum ayant eu un bilan de diagnostic et d'extension complet avant premier traitement

Figure 4. Délais de réalisation du bilan de diagnostic/d'extension en fonction de chaque strate.

### Cancer invasif du côlon (Strate A)



### Cancer invasif du rectum (Strate B)



Abréviation : IRM, imagerie à résonance magnétique.

◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients atteints d'un cancer du côlon ou du rectum ayant eu un bilan de diagnostic et d'extension complet avant premier traitement
Définitions	<p>Les <u>éléments d'un bilan de diagnostic et d'extension</u> recherchés sont les suivants (cf. Figure 4) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• coloscopie ;</li> <li>• biopsie ;</li> <li>• scanner thoraco-abdomino-pelvien ;</li> <li>• IRM pelvienne (cancer du rectum uniquement).</li> </ul> <p>En l'absence de biopsie mais en présence de coloscopie dans les délais, il sera supposé que la biopsie n'a pas été codée mais réalisée.</p> <p>La <u>date du début du 1<sup>er</sup> traitement</u> correspond à la date du début de la radiothérapie, de la chimiothérapie ou de la chirurgie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ secteur MCO : date de la 1<sup>re</sup> séance avec irradiation.</li> </ul> </li> <li>• Chimiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ per os : date de la 1<sup>re</sup> dispensation ;</li> <li>○ intraveineuse : date du 1<sup>er</sup> séjour « chimiothérapie ».</li> </ul> </li> <li>• Chirurgie carcinologique : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ date de l'acte chirurgical.</li> </ul> </li> </ul>
Population concernée	Patients adultes atteints d'un cancer colorectal
Numérateur (N)	Différent pour chaque strate (cf. modalité de calcul de l'indicateur)
Dénominateur (D)	Différent pour chaque strate (cf. modalité de calcul de l'indicateur)
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>Cancer invasif non métastatique ou métastatique métachrone du côlon ou du rectum ;</p> <p>Avoir reçu un 1<sup>er</sup> traitement (chimiothérapie/radiothérapie/chirurgie carcinologique).</p>
Critères de non-inclusion	<p>Antécédent de cancer colorectal ;</p> <p>Cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ;</p> <p>Problème de chaînage entre les séjours des BDMA ;</p> <p>Patients atteints d'un cancer colorectal avec double localisation (côlon et rectum, diagnostiqués dans un intervalle de 6 mois) ;</p> <p>Patients dont le 1<sup>er</sup> traitement est de la radiothérapie en secteur libéral (régime de facturation non PMSI) ;</p> <p>Patients dont le 1<sup>er</sup> traitement est une chirurgie d'urgence : avec un code CIM10 d'occlusion ou perforation (en DP, DR ou DAS) ou patient entrant directement en réanimation ou patient ayant une dérivation ou une stomie en amont de la chirurgie carcinologique ;</p> <p>Patients dont le 1<sup>er</sup> traitement est de la chimiothérapie per os seule.</p>
Niveaux géographiques	National/Régional/GHT/3C/Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun

<p><b>Stratification</b></p>	<p>Le bilan étant différent selon les localisations et le stade, deux strates sont calculées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strate A : Cancer du côlon invasif non métastatique ou métastatique métachrone ;</li> <li>• Strate B : Cancer du rectum invasif non métastatique ou métastatique métachrone.</li> </ul>
<p><b>Modalités de calcul de l'indicateur</b></p>	<p><u>Codes utilisés :</u></p> <p>Cancer du côlon invasif (CIM-10) : C18 ; C180 ; C182 à C189 ; C189+8.</p> <p>Cancer du rectum invasif (CIM-10) : C20 ; C19.</p> <p>Radiothérapie (CIM-10 et CCAM) : Z5101 ;  YYY016 ; YYY021 ; YYY023 ; YYY045 à YYY056 ; YYY080 ;  YYY081 ; YYY099 ; YYY101 ; YYY109 ; YYY122 ; YYY128 ;  YYY136 ; YYY141 ; YYY151 ; YYY152 ; YYY166 ; YYY175 ;  YYY197 ; YYY211 ; YYY223 ; YYY225 ; YYY244 ; YYY256 ;  YYY267 ; YYY299 ; YYY301 à YYY307 ; YYY310 ; YYY312 à  YYY316 ; YYY320 ; YYY323 à YYY327 ; YYY331 ; YYY334 à  YYY338 ; YYY343 ; YYY345 à YYY349 ; YYY356 à YYY360 ;  YYY365 ; YYY367 à YYY371 ; YYY377 ; YYY379 à YYY383 ;  YYY387 ; YYY390 à YYY393 ; YYY398 ; YYY450 ; YYY451 ;  YYY457 à YYY460 ; YYY468 à YYY471 ; YYY479 à YYY481 ;  YYY491 à YYY493 ; YYY497 ; YYY500 ; YYY511 ; YYY520 ;  YYY522 ; YYY533 ; YYY544 ; YYY555 ; YYY566 ; YYY577 ;  YYY588 ; YYY599 ; ZNA002 ; ZNL001 à ZNL028 ; ZNL030 ;  ZNL031 ; ZNL033 ; ZNL034 ; ZNL036 ; ZNL037 ; ZNL039 ;  ZNL040 ; ZNL042 ; ZNL043 ; ZNL045 ; ZNL046 ; ZNL048 à  ZNL055 ; ZNL058 à ZNL065 ; ZNL900 ; ZNL902 à ZNL906.</p> <p>Chimiothérapie IV (CIM-10) : Z511.</p> <p>Chimiothérapie per os(DCIR) : <i>Capécitabine</i>.</p> <p>Chirurgie carcinologique (CCAM) : HHFA002 ; HHFA004 à  HHFA006 ; HHFA008 à HHFA010 ; HHFA014 ; HHFA017 ; HHFA018 ;  HHFA021 à HHFA024 ; HHFA026 ; HHFC040 ; HHFC296 ; HJFA001  à 7 ; HJFA011 ; HJFA014 ; HJFA017 ; HJFA018 ; HJFA019 ;  HJFD002,HJFC031</p> <p>Coloscopie complète et partielle (CCAM) : HHFC001 ;  HHFE001 ; HHFE002 ; HHFE004 à HHFE006 ; HHQE001 à HHQE005.</p> <p>Biopsie (CCAM) : HHQX004 ; HHQX005 ; HHQX008 ; HJHD001 ;  HJHD002 ; HJQJ001 ; HZHE002 ; HZHE005 ; HHFC001 ; HHFE001 ;  HHFE002 ; HHFE004 à HHFE006.</p> <p>Scanner thoraco-abdomino-pelvien (CCAM) : ZBQH001 ;  ZBQK001 ; ZCQH001 ; ZCQH002 ; ZCQK004 ; ZCQK005 ; ZZQH033 ;  ZZQK024.</p> <p>IRM pelvienne (CCAM) : ZCQJ004 ; ZCQJ005 ; ZCQN001 ;  ZCQN002.</p> <p>Chirurgie d'urgence :</p> <p>-CIM-10 : K566 ; K624 ; K631.</p> <p>- autorisation unité médicale pour réanimation='01'</p> <p>- Stomie/dérivation premières : HHPA001 ; HHPA002 ;  HGCA004 ; HGCA005 ; HGCC005 ; HGMA003 ; HHAA002 ;  HHCA002 ; HHCC007 ; HHMA002 ; HHMC005 ; HHSAA001 .</p> <p>Décès (DCIR et PMSI) : <i>date de décès</i>.</p> <p><u>Méthode de calcul :</u></p> <p>Calcul des délais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (1) Date du début du 1<sup>er</sup> traitement - Date de la coloscopie complète = délai en semaines</li> <li>• (2) Date de début du 1<sup>er</sup> traitement - Date de la biopsie = délai en semaines</li> <li>• (3) Date du début du 1<sup>er</sup> traitement - Date du scanner thoraco-abdomino-pelvien = délai en semaines</li> <li>• (4) Date du début du 1<sup>er</sup> traitement - Date de l'IRM pelvienne = délai en semaines</li> </ul>

	<p>Méthode d'agrégation : « <i>all or none</i> »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strate A</li> </ul> <p>Numérateur A : nombre de patients atteints d'un cancer du côlon invasif non métastatique ou métastatique métachrone ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>un délai (1) inférieur à 6 semaines ;</li> <li>ET un délai (2) inférieur à 6 semaines ;</li> <li>ET un délai (3) inférieur à 6 semaines.</li> </ul> <p>Dénominateur A : nombre de patients atteints d'un cancer du côlon invasif non métastatique ou métastatique métachrone et ayant reçu un premier traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strate B</li> </ul> <p>Numérateur B: nombre de patients atteints d'un cancer du rectum invasif non métastatique ou métastatique métachrone ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>un délai (1) inférieur à 8 semaines ;</li> <li>ET un délai (2) inférieur à 8 semaines ;</li> <li>ET un délai (3) inférieur à 8 semaines ;</li> <li>ET un délai (4) inférieur à 4 semaines.</li> </ul> <p>Dénominateur B : nombre de patients atteints d'un cancer du rectum invasif non métastatique ou métastatique métachrone et ayant reçu un premier traitement.</p> <p><u>Information complémentaire :</u></p> <p>Calcul des délais</p> <p>(1bis) Date de la coloscopie complète - Date du 1<sup>er</sup> traitement = délai en semaines</p> <p>Strate A :</p> <p>Numérateur sous-indicateur 1 : nombre de patients ayant eu une coloscopie partielle ou complète avec biopsie dans les 6 semaines précédant le 1<sup>er</sup> traitement.</p> <p>Dénominateur sous-indicateur 1 : nombre de patients atteints d'un cancer du côlon invasif non métastatique ou métastatique métachrone et ayant reçu un premier traitement.</p> <p>Numérateur sous-indicateur 2 : nombre de patients ayant eu un TDM TAP dans les 6 semaines précédant le 1<sup>er</sup> traitement.</p> <p>Dénominateur sous-indicateur 2 : nombre de patients atteints d'un cancer du côlon invasif non métastatique ou métastatique métachrone et ayant reçu un premier traitement.</p> <p>Numérateur sous-indicateur 3 : nombre de patients ayant eu une coloscopie complète dans un délai inférieur à 9 mois (36 semaines) après le 1<sup>er</sup> traitement.</p> <p>Dénominateur sous-indicateur 3 : nombre de patients n'ayant pas eu de coloscopie totale avant le 1<sup>er</sup> traitement.</p> <p>Strate B :</p>
--	---

	<p>Numérateur sous-indicateur 1 : nombre de patients ayant eu une coloscopie partielle ou complète avec biopsie dans les 6 semaines précédant le 1<sup>er</sup> traitement.</p> <p>Dénominateur sous-indicateur 1 : nombre de patients atteints d'un cancer du rectum invasif non métastatique ou métastatique métachrone et ayant reçu un premier traitement.</p> <p>Numérateur sous-indicateur 2 : nombre de patients ayant eu une TDM TAP dans les 6 semaines précédant le 1<sup>er</sup> traitement.</p> <p>Dénominateur sous-indicateur 2 : nombre de patients atteints d'un cancer du rectum invasif non métastatique ou métastatique métachrone et ayant reçu un premier traitement.</p> <p>Numérateur sous-indicateur 3 : nombre de patients ayant eu une IRM pelvienne dans les 4 semaines précédant le 1<sup>er</sup> traitement.</p> <p>Dénominateur sous-indicateur 3 : nombre de patients atteints d'un cancer du côlon invasif non métastatique ou métastatique métachrone et ayant reçu un premier traitement.</p> <p>Numérateur sous-indicateur 4 : nombre de patients ayant eu une coloscopie complète dans un délai inférieur à 9 mois (36 semaines) après le 1<sup>er</sup> traitement.</p> <p>Dénominateur sous-indicateur 4 : nombre de patients n'ayant pas eu de coloscopie totale avant le 1<sup>er</sup> traitement.</p> <p>Il peut être demandé en complément d'informations :</p> <p>Numérateur sous-indicateur 5 : nombre de patients ayant eu une échoendoscopie rectale dans les 8 semaines précédant le 1<sup>er</sup> traitement (sur demande).</p> <p>Dénominateur sous-indicateur 5 : nombre de patients atteints d'un cancer du côlon invasif non métastatique ou métastatique métachrone et ayant reçu un premier traitement (sur demande).</p>
--	---

### ◆ Interprétation

<b>Intérêt de l'indicateur</b>	Le bilan de diagnostic complet est indispensable pour décider de la meilleure indication thérapeutique à proposer au patient. C'est une condition importante d'un parcours de soins de qualité et permet de réduire les pertes de chance, priorité du Plan cancer.
<b>Rationnel de l'indicateur</b>	Cet indicateur s'appuie essentiellement sur les dernières recommandations du Thésaurus national de cancérologie digestive (TNCD) de 2016/2018. Les examens de biologie moléculaires (MSI, KRAS, BRAF) sont également cités dans les recommandations du TNCD et de l'INCa ( <i>Bonnes pratiques pour la recherche à visée théranostique de mutations somatiques dans les tumeurs solides, 2010</i> ). Cependant, les données n'étant pas disponibles dans les BDMA, l'indicateur ne les prend pas en compte. Les délais de réalisation n'étant pas précisés dans les recommandations, ces derniers ont été fixés par consensus d'experts.

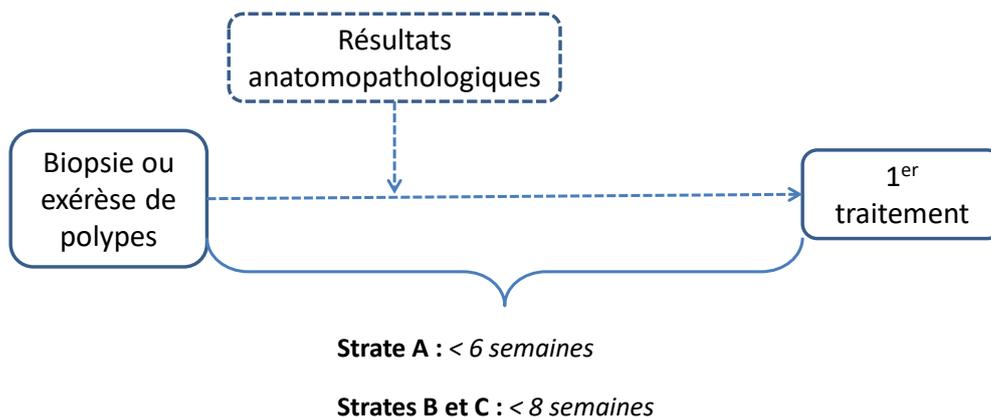
	À notre connaissance, il n'existe pas d'étude rapportant les résultats d'un indicateur composite sur le bilan de diagnostic et d'extension du cancer colorectal. Cependant, plusieurs pays ont développé des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur les éléments du bilan diagnostic (ONCOMIP 2010; Bianchi 2013; Gooiker 2013; Siegel 2014).
Intégré au processus d'autorisation du traitement du cancer  Intégré aux IQSS de la HAS	À discuter avec le groupe de travail sur les autorisations  Oui Cet indicateur pourra être porté par la HAS sous réserve de ses qualités métrologiques et des marges d'amélioration existantes. L'indicateur sera dans ce cas « <i>Proportion de patients atteints d'un cancer du côlon ou du rectum ayant eu un bilan de diagnostic et d'extension complet avant 1<sup>er</sup> traitement</i> », ne prenant en compte que le bilan réalisé avant le 1 <sup>er</sup> traitement. Cet indicateur pourra être imputé à l'établissement, car il est de la responsabilité des professionnels qui réalisent le 1 <sup>er</sup> traitement de s'assurer que le bilan diagnostic et d'extension est complet.
Limites et biais	Erreurs de codages BDMA. Chirurgie de découverte. À ce jour, le calcul de cet indicateur n'est pas possible pour les patients dont la première thérapie est de la radiothérapie réalisée dans le secteur libéral. En effet, nous ne disposons pas dans les bases de données médico-administratives des dates exactes du début de la radiothérapie. L'approximation de cette date par la date de la séance de préparation ne paraît pas satisfaisante. Néanmoins, la mise en place du nouveau dispositif de forfaitisation pour les traitements de radiothérapie prévu par le Plan cancer 2014-2019 (Action 17.2) devrait permettre d'obtenir ces données à partir de 2020. L'indicateur pourra alors être calculé et diffusé pour l'ensemble des patients débutant leur traitement par de la radiothérapie, que ce soit en secteur libéral ou en secteur MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). En attendant, l'indicateur sera calculé uniquement à titre informatif et non diffusé à partir de la date de la séance de préparation. Cela se fera au cas par cas, sur demande.
Modalités d'interprétation	Indicateur de qualité des soins Valeur absolue  La cible à atteindre prend en compte les patients qui présentent une contre-indication à l'IRM et ne bénéficient donc pas de cet examen.
Taux cibles (consensus d'experts)	Pour les strates A et B Cible : > 90 % Alerte si < 75 %
Comparaison possible	Interrégionale, interGHT et inter 3C

## ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Cohorte cancer (extraction du SNDS)
Référentiels	CIM-10, CCAM, référentiel médicament pour la chimiothérapie de ville
Références bibliographiques	<p><a href="#">TNCD - Cancer du côlon non métastatique - 2018</a> (3.2.2 Bilan d'extension, p.6)</p> <p><a href="#">TNCD - Cancer du rectum - 2016</a> (5.3 Explorations préthérapeutiques, p.7/8)</p> <p><a href="#">INCa - Bonnes pratiques pour la recherche à visée théranostique de mutations somatiques dans les tumeurs solides - 2010</a></p> <p>Bianchi, et al. 2013. « Quality Indicators of Clinical Cancer Care (QC3) in Colorectal Cancer ». <i>BMJ Open</i> 3 (7). <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002818">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002818</a>.</p> <p>Gooiker, et al. 2013. « Evaluating the Validity of Quality Indicators for Colorectal Cancer Care ». <i>Journal of Surgical Oncology</i> 108 (7): 465-71. <a href="https://doi.org/10.1002/jso.23420">https://doi.org/10.1002/jso.23420</a>.</p> <p>ONCOMIP. 2010. « Évaluation de la qualité de la prise en charge initiale des patients atteints de cancers colorectaux en Aquitaine et en Midi-Pyrénées en 2010 (EvaCCoR) »</p> <p>Siegel, et al. 2014. « Florida Initiative for Quality Cancer Care: Improvements on Colorectal Cancer Quality of Care Indicators during a 3-Year Interval ». <i>Journal of the American College of Surgeons</i> 218 (1): 16-25.e1-4. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.09.008">https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.09.008</a>.</p>
Organisme responsable de la collecte	ATIH et l'Assurance maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa/HAS
Date de validation de la fiche	13/12/2018

**B. Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du premier traitement est conforme aux délais attendus**

Figure 5. Délai d'accès au 1<sup>er</sup> traitement



Strate A : cancer invasif non métastatique du côlon et de la jonction rectosigmoïdienne ou métastatique métachrone

Strate B : cancer invasif non métastatique du rectum ou métastatique métachrone

Strate C : cancer colorectal métastatique synchrone

◆ **Description générale**

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du premier traitement est conforme aux délais attendus
Définitions	<p><u>La date de la biopsie de diagnostic</u> correspond à la date de la dernière biopsie ayant été réalisée afin de ne pas prendre en compte les biopsies avec un résultat négatif. La biopsie peut être une biopsie seule ou une excrèse de polype.</p> <p><u>La date du début du 1<sup>er</sup> traitement</u> correspond à la date du début de la radiothérapie, de la chimiothérapie ou de la chirurgie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ secteur MCO : date de la 1<sup>re</sup> séance avec irradiation.</li> </ul> </li> <li>• Chimiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ per os : date de 1<sup>re</sup> dispensation ;</li> <li>○ intraveineuse : date du 1<sup>er</sup> séjour « chimiothérapie ».</li> </ul> </li> <li>• Chirurgie carcinologique : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ date de l'acte chirurgical.</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Un délai attendu</u> correspond pour cet indicateur à un délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du 1<sup>er</sup> traitement (Figure 5) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inférieur à 6 semaines pour la strate A (avis d'experts) ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>inférieur à 8 semaines pour les strates B et C (avis d'experts).</li> </ul>
<b>Population concernée</b>	Patients adultes atteints d'un cancer colorectal
<b>Numérateur (N)</b>	Patients atteints d'un cancer colorectal dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du premier traitement est optimal
<b>Dénominateur (D)</b>	Patients atteints d'un cancer colorectal ayant eu une biopsie et ayant reçu un premier traitement
<b>Type d'indicateur</b>	Processus/Résultat intermédiaire
<b>Critères d'inclusion</b>	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>Cancer invasif du côlon ou du rectum non métastatique, métastatique métachrone ou métastatique synchrone ;</p> <p>Avoir eu une biopsie ;</p> <p>Avoir reçu un 1<sup>er</sup> traitement (chimiothérapie, radiothérapie ou chirurgie carcinologique).</p>
<b>Critères de non-inclusion</b>	<p>Antécédent de cancer colorectal ;</p> <p>Cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ;</p> <p>Problème de chaînage entre les séjours des BDMA ;</p> <p>Cancer avec double localisation (côlon et rectum, diagnostiqués dans un intervalle de 6 mois) ;</p> <p>Patients dont le 1<sup>er</sup> traitement est de la radiothérapie en secteur libéral (Régime de facturation non PMSI) ;</p> <p>Patients dont le 1<sup>er</sup> traitement est une chirurgie d'urgence : avec un code CIM10 d'occlusion ou perforation (en DP, DR ou DAS) ou patient entrant directement en réanimation ou patient ayant une dérivation ou une stomie en amont de la chirurgie carcinologique.</p>
<b>Niveaux géographiques</b>	National/Régional/GHT/3C Établissement réalisant le 1 <sup>er</sup> traitement (à titre informatif uniquement, résultat sans diffusion publique)
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Ajustement</b>	Aucun
<b>Stratification</b>	<p>Les délais étant différents selon les localisations et le stade, trois strates sont calculées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Strate A : cancer invasif non métastatique du côlon ou métastatique métachrone ;</li> <li>Strate B : cancer invasif non métastatique du rectum ou métastatique métachrone ;</li> <li>Strate C : cancer colorectal métastatique synchrone.</li> </ul>
<b>Modalités de calcul de l'indicateur</b>	<p><u>Codes utilisés :</u></p> <p>Cancer invasif du côlon (CIM-10) : C18 ; C180 ; C182 à C189 ; C189+8.</p> <p>Cancer invasif du rectum (CIM-10) : C20 ; C19.</p> <p>Cancer colorectal métastatique synchrone (CIM-10) : C18 ; C180 ; C182 à C189 ; C189+8 ; C19 ; C20 ; C77 ; C770 à C775 ; C778 ; C779 ; C78 ; C780 à C788 ; C79 ; C790 à C799.</p> <p>Biopsie (CCAM) : HHFC001 ; HHFE001 ; HHFE002 ; HHFE004 à HHFE006 ; HHQX004 ; HHQX005 ; HHQX008 ; HJHD001 ; HJHD002 ; HJQJ001 ; HZHE002 ; HZHE005.</p> <p>Radiothérapie (CIM-10 et CCAM) : Z5101 ;</p> <p>YYYY016 ; YYYY021 ; YYYY023 ; YYYY045 à YYYY056 ; YYYY080 ; YYYY081 ; YYYY099 ; YYYY101 ; YYYY109 ; YYYY122 ; YYYY128 ; YYYY136 ; YYYY141 ; YYYY151 ; YYYY152 ; YYYY166 ; YYYY175 ; YYYY197 ; YYYY211 ; YYYY223 ; YYYY225 ; YYYY244 ; YYYY256 ; YYYY267 ; YYYY299 ; YYYY301 à YYYY307 ; YYYY310 ; YYYY312 à YYYY316 ; YYYY320 ; YYYY323 à YYYY327 ; YYYY331 ; YYYY334 à YYYY338 ; YYYY343 ; YYYY345 à YYYY349 ; YYYY356 à YYYY360 ; YYYY365 ; YYYY367 à YYYY371 ; YYYY377 ; YYYY379 à YYYY383 ; YYYY387 ; YYYY390 à YYYY393 ; YYYY398 ; YYYY450 ; YYYY451 ;</p>

	<p>YYYY457 à YYYY460 ; YYYY468 à YYYY471 ; YYYY479 à YYYY481 ;  YYYY491 à YYYY493 ; YYYY497 ; YYYY500 ; YYYY511 ; YYYY520 ;  YYYY522 ; YYYY533 ; YYYY544 ; YYYY555 ; YYYY566 ; YYYY577 ;  YYYY588 ; YYYY599 ; ZZNA002 ; ZZNLO01 à ZZNLO28 ; ZZNLO30 ;  ZZNLO31 ; ZZNLO33 ; ZZNLO34 ; ZZNLO36 ; ZZNLO37 ; ZZNLO39 ;  ZZNLO40 ; ZZNLO42 ; ZZNLO43 ; ZZNLO45 ; ZZNLO46 ; ZZNLO48 à  ZZNLO55 ; ZZNLO58 à ZZNLO65 ; ZZNL900 ; ZZNL902 à ZZNL906.</p> <p>Chirurgie carcinologique (CCAM) : HHFA002 ; HHFA004 à  HHFA006 ; HHFA008 à HHFA010 ; HHFA014 ; HHFA017 ;  HHFA018 ; HHFA021 à HHFA024 ; HHFA026 ; HHFC040 ;  HHFC296 ; HJFA001 à 7 ; HJFA011 ; HJFA014 ; HJFA017 ;  HJFA018 ; HJFA019 ; HJFD002 ; HJFC031.</p> <p>Chimiothérapie IV (CIM-10) : Z511.</p> <p>Chimiothérapie per os(DCIR) : <i>Capécitabine</i>.</p> <p>Chirurgie d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CIM-10 : K566 ; K624 ; K631.</li> <li>- autorisation unité médicale pour réanimation='01'</li> <li>- Stomie/dérivation première : HHPA001 ; HHPC002 ;  HGCA004 ; HGCA005 ; HGCC005 ; HGMA003 ; HHPA002 ;  HHCA002 ; HHCC007 ; HHMA002 ; HHMC005 ; HHPA001.</li> </ul> <p><u>Méthode de calcul :</u></p> <p>Date du 1<sup>er</sup> traitement - Date Biopsie = délai en semaines</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strate A</li> </ul> <p>Numérateur A : nombre de patients atteints d'un cancer  invasif non métastatique du côlon et de la jonction recto-  sigmoïdienne ou métastatique métachrone dont le délai  entre la date de la dernière biopsie et la date du début du  premier traitement est inférieur à 6 semaines.</p> <p>Dénominateur A : nombre de patients atteints d'un cancer  invasif non métastatique du côlon et de la jonction recto-  sigmoïdienne ou métastatique métachrone ayant eu une  biopsie et ayant reçu un 1<sup>er</sup> traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strate B</li> </ul> <p>Numérateur B : nombre de patients atteints d'un cancer  invasif non métastatique du rectum ou métastatique  métachrone dont le délai entre la date de la dernière  biopsie et la date du début du premier traitement est  inférieur à 8 semaines.</p> <p>Dénominateur B : nombre de patients atteints d'un cancer  invasif non métastatique du rectum ou métastatique  métachrone ayant eu une biopsie et ayant reçu un 1<sup>er</sup>  traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strate C</li> </ul> <p>Numérateur C : nombre de patients atteints d'un cancer  colorectal métastatique synchrone dont le délai entre la  date de la dernière biopsie et la date du début du premier  traitement est inférieur à 8 semaines.</p> <p>Dénominateur C : nombre de patients atteints d'un cancer  colorectal métastatique synchrone ayant eu une biopsie et  ayant reçu un 1<sup>er</sup> traitement.</p>
--	---

## ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Outre qu'ils génèrent une anxiété évitable, les délais d'accès au traitement sont un facteur pronostique. L'intérêt est ici de « <i>réduire les délais entraînant des pertes de chance</i> » (Plan cancer - Objectif 2).
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur ne s'appuie pas sur une recommandation spécifique. Les délais proposés pour cet indicateur ont été définis sur avis d'experts. Un délai plus long est proposé pour les strates B et C afin de prendre en compte les délais d'accès à l'IRM (strate B) et les discussions nécessaires concernant la résécabilité hépatique (strate C). Au Québec, cet indicateur a été considéré comme étant un indicateur de qualité et de sécurité des soins lors d'un processus de consensus d'experts par méthode Delphi (Khare 2016). Les données de la littérature française rapportent deux études. La première est une étude rétrospective sur les données des registres entre 1999 et 2008 et a mesuré le délai médian entre le diagnostic et le 1 <sup>er</sup> traitement (Bouvier 2013). Pour le cancer du côlon, il était de 9 à 14 jours selon les registres et pour le cancer du rectum de 29 à 38 jours. La seconde étude a mesuré le délai moyen entre la coloscopie et la chirurgie. Pour le cancer du côlon, il était de 25,6 jours (Pourcel 2013).
Intégré au processus d'autorisation du traitement du cancer	Non
Intégré aux IQSS de la HAS	Oui, en fonction des qualités métrologiques de l'indicateur
Limites et biais	Erreurs de codages BDMA À ce jour, le calcul de cet indicateur n'est pas possible pour les patients dont la première thérapie est de la radiothérapie réalisée dans le secteur libéral. En effet, nous ne disposons pas dans les bases de données médico-administratives des dates exactes du début de la radiothérapie. L'approximation de cette date par la date de la séance de préparation ne paraît pas satisfaisante. Néanmoins, la mise en place du nouveau dispositif de forfaitisation pour les traitements de radiothérapie prévu par le Plan cancer 2014-2019 (Action 17.2) devrait permettre d'obtenir ces données à partir de 2020. L'indicateur pourra alors être calculé et diffusé pour l'ensemble des patients débutant leur traitement par de la radiothérapie, que ce soit en secteur libéral ou en secteur MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). En attendant, l'indicateur sera calculé uniquement à titre informatif et non diffusé à partir de la date de la séance de préparation. Cela se fera au cas par cas, sur demande.
Modalités d'interprétation	Indicateur de qualité des soins Valeur absolue  Pour les patients ayant eu plusieurs biopsies, l'indicateur est calculé à partir de la dernière biopsie avant le premier traitement. Pour le niveau établissement, la donnée est produite à titre indicatif pour l'établissement dans lequel le premier traitement est réalisé. Les délais d'accès au premier traitement étant dépendants de plusieurs acteurs et de plusieurs établissements, le résultat ne peut pas être imputable à l'établissement.
Taux cibles (consensus d'experts)	Pour toutes les strates (A, B et C) : Cible : > 90 % Alerte si < 75 %

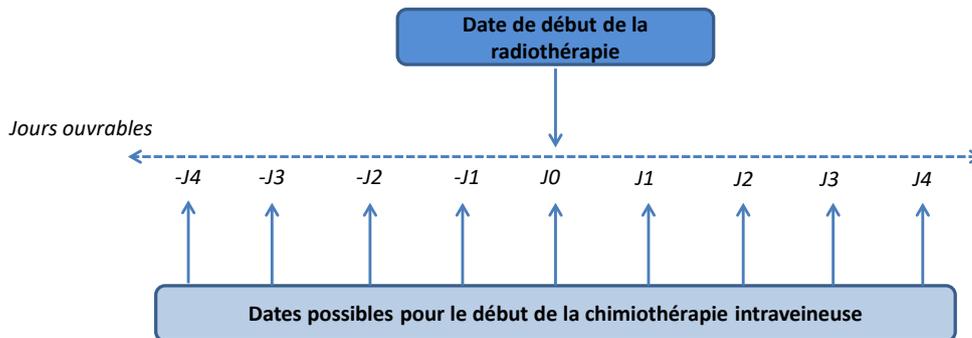
Comparaison possible	Interrégionale, interGHT et inter 3C
----------------------	--------------------------------------

◆ **Élaboration et qualités**

Sources et origines	Cohorte cancer (extraction du SNDS)
Référentiels	CIM-10, CCAM, référentiel médicament pour la chimiothérapie de ville
Références bibliographiques	<p>Bouvier, et al. 2013. « Quels sont les délais de prise en charge des cancers en France? Étude menée à partir des registres de cancers - Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire ». <a href="http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/43-44-45/2013_43-44-45_5.html">http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/43-44-45/2013_43-44-45_5.html</a>.</p> <p>Khare, et al. 2016. « Identification of Performance Indicators across a Network of Clinical Cancer Programs ». Current Oncology (Toronto, Ont.) 23 (2): 81-90. <a href="https://doi.org/10.3747/co.23.2789">https://doi.org/10.3747/co.23.2789</a>.</p> <p>Pourcel, et al. 2013. « [Waiting times for cancer care in four most frequent cancers in several French regions in 2011 and 2012] ». Bulletin Du Cancer 100 (12): 1237-50. <a href="https://doi.org/10.1684/bdc.2013.1832">https://doi.org/10.1684/bdc.2013.1832</a>.</p>
Organisme responsable de la collecte	ATIH et l'Assurance maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa
Date de validation de la fiche	13/12/2018

## C. Proportion de patients atteints d'un cancer du rectum non métastatique ayant eu une chimiothérapie concomitante à la radiothérapie en préopératoire

Figure 6. Délai de 5 jours ouvrables entre le début de la radiothérapie et le début de la chimiothérapie intraveineuse



### ◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients atteints d'un cancer du rectum non métastatique ayant eu une chimiothérapie concomitante à la radiothérapie en préopératoire
Définitions	<p>La date du début de chimiothérapie correspond à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>per os : date de 1<sup>re</sup> dispensation ;</li> <li>intraveineuse : date du 1<sup>er</sup> séjour « chimiothérapie ».</li> </ul> <p>La date du début de radiothérapie correspond à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>secteur MCO : date de la 1<sup>re</sup> séance avec irradiation.</li> </ul> <p>Le terme « concomitant » se définit par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>une date de début de chimiothérapie intraveineuse et de début de radiothérapie dans un délai de 5 jours ouvrables (Figure 6) ;</li> </ul> <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>une date de 1<sup>re</sup> dispensation de chimiothérapie per os antérieure de 7 jours à la date de début de la radiothérapie ou dans les 7 jours qui suivent.</li> </ul>
Population concernée	Patients adultes atteints d'un cancer du rectum invasif non métastatique
Numérateur (N)	Nombre de patients opérés d'un cancer du rectum invasif non métastatique ayant une chimiothérapie concomitante à la radiothérapie en préopératoire
Dénominateur (D)	Nombre de patients opérés d'un cancer du rectum invasif non métastatique et traité par radiothérapie
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	<p>Âge <math>\geq</math> 18 ans ;</p> <p>Cancer invasif du rectum non métastatique ;</p> <p>Avoir eu une chirurgie d'exérèse ;</p> <p>Avoir un traitement de radiothérapie.</p>
Critères de non-inclusion	<p>Antécédent de cancer colorectal ;</p> <p>Cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ;</p>

	<p>Problème de chaînage entre les séjours des BDMA ;</p> <p>Patients dont le 1<sup>er</sup> traitement est de la radiothérapie en secteur libéral (régime de facturation non PMSI) ;</p> <p>Patient ayant un protocole « <i>short course</i> » : 1 semaine de radiothérapie plus ou moins associée à de la chimiothérapie.</p>
Niveaux géographiques	National/Régional/GHT/3C/Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<p><u>Codes utilisés :</u></p> <p>Cancer invasif du rectum (CIM-10) : C20.</p> <p>Chirurgie d'exérèse (CCAM) : HJFA001 ; HJFA007 ; HJFA011 ; HJFA014 ; HJFA017 à HJFA019 ; HJFC031 ; HJFD002.</p> <p>Chimiothérapie IV (CIM-10) : Z511.</p> <p>Chimiothérapie per os (DCIR) : Capécitabine.</p> <p>Radiothérapie (CIM-10 et CCAM) : Z5101 ;</p> <p>YYYY016 ; YYYY021 ; YYYY023 ; YYYY045 à YYYY056 ; YYYY080 ; YYYY081 ; YYYY099 ; YYYY101 ; YYYY109 ; YYYY122 ; YYYY128 ; YYYY136 ; YYYY141 ; YYYY151 ; YYYY152 ; YYYY166 ; YYYY175 ; YYYY197 ; YYYY211 ; YYYY223 ; YYYY225 ; YYYY244 ; YYYY256 ; YYYY267 ; YYYY299 ; YYYY301 à YYYY307 ; YYYY310 ; YYYY312 à YYYY316 ; YYYY320 ; YYYY323 à YYYY327 ; YYYY331 ; YYYY334 à YYYY338 ; YYYY343 ; YYYY345 à YYYY349 ; YYYY356 à YYYY360 ; YYYY365 ; YYYY367 à YYYY371 ; YYYY377 ; YYYY379 à YYYY383 ; YYYY387 ; YYYY390 à YYYY393 ; YYYY398 ; YYYY450 ; YYYY451 ; YYYY457 à YYYY460 ; YYYY468 à YYYY471 ; YYYY479 à YYYY481 ; YYYY491 à YYYY493 ; YYYY497 ; YYYY500 ; YYYY511 ; YYYY520 ; YYYY522 ; YYYY533 ; YYYY544 ; YYYY555 ; YYYY566 ; YYYY577 ; YYYY588 ; YYYY599.</p> <p><u>Méthode de calcul :</u></p> <p>Proportion = N/D*100</p>

### ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	La radiochimiothérapie augmente la réponse tumorale et diminue de moitié le taux de récurrence locale à 5 ans par rapport à de la radiothérapie seule. Le respect de la recommandation est une condition importante pour un parcours de soins de qualité, donnant accès à la thérapie la plus adaptée (TNCD rectum 2016).
Rationnel de l'indicateur	<p>Cet indicateur s'appuie sur la recommandation TNCD - Cancer du rectum - 2016 qui stipule « <i>L'association d'une irradiation et d'une chimiothérapie concomitante est recommandée.</i> ».</p> <p>« <i>Une radiochimiothérapie préopératoire est recommandée pour les cancers T3-T4 du moyen et bas rectum ou pour toutes les tumeurs qui à l'IRM sont à 1 mm ou moins du fascia recti quels qu'en soient le siège et le stade. Elle doit être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (grade A)</i> ».</p>
Intégré au processus d'autorisation du traitement du cancer	À discuter avec le groupe de travail sur les autorisations
Intégré aux IQSS de la HAS	Non car effectifs trop faibles
Limites et biais	<p>Erreurs de codages BDMA.</p> <p>À ce jour, le calcul de cet indicateur n'est pas possible pour les patients dont la première thérapie est de la radiothérapie réalisée dans le secteur libéral. En effet, nous ne disposons pas dans les bases de données médico-administratives des dates exactes du début de la radiothérapie. L'approximation de cette date par la date de la séance de préparation ne</p>

	paraît pas satisfaisante. Néanmoins, la mise en place du nouveau dispositif de forfaitisation pour les traitements de radiothérapie prévu par le Plan cancer 2014-2019 (Action 17.2) devrait permettre d'obtenir ces données à partir de 2020. L'indicateur pourra alors être calculé et diffusé pour l'ensemble des patients débutant leur traitement par de la radiothérapie, que ce soit en secteur libéral ou en secteur MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). En attendant, l'indicateur sera calculé uniquement à titre informatif et non diffusé à partir de la date de la séance de préparation. Cela se fera au cas par cas, sur demande.
Modalités d'interprétation	Indicateur de qualité des soins Valeur absolue  Le taux cible prend en compte les patients ayant des contre-indications à la chimiothérapie. Les patients avec des atteintes du haut rectum, pour lesquels il n'est pas toujours recommandé de faire de la radiochimiothérapie ne sont pas identifiables à partir des codes d'actes chirurgicaux. La radiothérapie comme critère d'inclusion, les exclut a priori. Les patients ayant une classification T2 ou N0 de leur tumeur ne sont pas actuellement identifiables dans les bases de données médico-administratives. La cible prend donc en compte ces patients et n'est donc pas fixée à 100 %. Le taux cible prend également en compte les patients ayant une radiothérapie à visée hémostatique.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : > 70 % Alerte si < 50 %
Comparaison possible	Interrégionale, interGHT, inter 3C et inter-établissement

#### ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Cohorte cancer (extraction du SNDS)
Référentiels	CIM-10, CCAM, référentiel médicament pour la chimiothérapie de ville
Référence bibliographique	<a href="#">TNCD - Cancer du rectum - 2016</a> (5.5.1.2 Radiothérapie (RT) et radiochimiothérapie (RCT), p.16/17)
Organisme responsable de la collecte	ATIH et l'Assurance maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa
Date de validation de la fiche	13/12/2018

## D. Ratio standardisé de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un cancer colorectal invasif non métastatique

### ◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Ratio standardisé de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un cancer colorectal invasif non métastatique
Définition	Il s'agit des décès, quelle que soit la cause, survenant dans les 90 jours après la première chirurgie d'exérèse carcinologique. La chirurgie est considérée urgente si : -si la chirurgie s'accompagne d'un code CIM10 d'occlusion ou perforation -si le patient entre directement en réanimation -si une dérivation ou une stomie sont réalisées en amont de la chirurgie carcinologique
Population concernée	Patients adultes opérés pour un cancer invasif colorectal non métastatique.
Numérateur (N)	Nombre de décès observés chez les patients atteints d'un cancer colorectal invasif non métastatique dans les 90 jours post-chirurgie d'exérèse carcinologique.
Dénominateur (D)	Nombre de décès attendus chez les patients atteints d'un cancer colorectal invasif non métastatique dans les 90 jours post-chirurgie d'exérèse carcinologique.
Type d'indicateur	Résultat
Critères d'inclusion	Âge $\geq$ 18 ans ; Cancer invasif non métastatique du côlon ou cancer invasif non métastatique du rectum ; Avoir eu une chirurgie d'exérèse carcinologique ; Être affilié au régime général.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer colorectal ; Cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; Problème de chaînage entre les séjours des BDMA ; Cancer avec double localisation ; Patients atteints d'une maladie de Crohn ou d'une rectocolite hémorragique.
Niveaux géographiques	National/Régional/Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Âge, en 5 classes ; Sexe ; <i>Charlson Comorbidity Index</i> ou équivalent ; Indice de défavorisation du SNDS, en quintiles établis sur la population des 3 années précédentes.
Stratification	Le risque de mortalité étant différent selon la localisation et le type de chirurgie, 3 strates sont calculées. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strate A : Cancer invasif du côlon non métastatique ;</li> <li>• Strate B : Cancer invasif du rectum non métastatique ;</li> <li>• Strate C : Cancer du côlon ou du rectum avec une chirurgie réalisée en urgence.</li> </ul>
Modalités de calcul de l'indicateur	<u>Codes utilisés</u> : Cancer invasif du côlon (CIM-10) : C18 ; C180 ; C182 à C189 ; C189+8. Cancer invasif du rectum (CIM-10) : C20 ; C19.

	<p>Chirurgie (CCAM) : HHFA002 ; HHFA004 à HHFA006 ; HHFA008 à HHFA010 ; HHFA014 ; HHFA017 ; HHFA018 ; HHFA021 à HHFA024 ; HHFA026 ; HHFC040 ; HHFC296 ; HJFA001 à 7 ; HJFA011 ; HJFA014 ; HJFA017 ; HJFA018 ; HJFA019 ; HJFD002 ; HJFC031.</p> <p>Décès (DCIR et PMSI) : <i>date de décès</i>.</p> <p>Chirurgie d'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CIM-10 : K566 ; K624 ; K631.</li> <li>- Autorisation unité médicale pour réanimation='01'</li> <li>- Stomie/dérivation première : HHPA001 ; HHPA002 ; HGCA004 ; HGCA005 ; HGCC005 ; HGMA003 ; HHAA002 ; HHCA002 ; HHCC007 ; HHMA002 ; HHMC005 ; HHS001.</li> </ul> <p>Patients à risque élevé (CIM-10) : K50 ; K51.</p> <p><u>Méthode de calcul :</u></p> <p>Ratio = observés/attendus</p> <p>Le nombre de décès attendus est estimé à partir d'une modélisation sur les données agrégées des trois dernières années consécutives, à partir des deux modèles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- modèle de régression logistique simple ajusté sur les caractéristiques du patient pour le niveau établissement ;</li> <li>- modèle GEE ajusté sur les caractéristiques du patient avec un cluster « établissement » pour le niveau national, régional.</li> </ul>
--	---

### ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Le ratio standardisé de mortalité postopératoire est une mesure de l'efficacité de l'acte chirurgical. Il s'agit d'un indicateur de résultat du parcours du patient indispensable pour une pathologie dont le traitement est essentiellement chirurgical.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur a déjà été mesuré au niveau international dans de nombreuses études (Visser 2009; de Vries 2014; Dekker 2014; Henneman 2014; Iversen 2014; Schootman 2014; Walker 2015; Adam 2018). La méthodologie de l'indicateur s'appuie sur le rapport de la HAS (Haute Autorité de santé 2017).et de la DREES (DREES 2011) ainsi que sur des articles scientifiques (Shojania 2008; Henneman 2014; Iversen 2014; Schootman 2014; Adam 2018; ONCOMIP 2010; Gooiker 2013; Bianchi 2013; Khare 2016).
Intégré au processus d'autorisation du traitement du cancer	À discuter avec le groupe de travail sur les autorisations
Intégré aux IQSS de la HAS	Oui/si l'expérimentation par retour aux dossiers montre une marge d'amélioration existante
Limites et biais	Erreurs de codages BDMA
Modalités d'interprétation	Indicateur de non-qualité des soins Valeur absolue Le ratio attendu est de 1, c'est-à-dire que le nombre de décès observés correspond au nombre de décès attendus. Restitution dans un <i>funnel plot</i> : tester le nombre et % des établissements dont le ratio standardisé à 90 jours est dans ou hors des limites à 2 DS (et 3 DS). Pour le moment, l'information sur les décès n'est disponible que pour les patients du régime général hors SLM (Sections

	locales mutualistes), soit 78 % de la population. Le chaînage des données du CépiDC avec celles du SNDS devrait nous permettre d'avoir très prochainement une information exhaustive. Dans le cadre du partenariat avec la HAS, l'indicateur pourra être décliné à 30 jours.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : <b>ratio = 1</b> Alerte si <b>ratio &gt; 2 ou 3 DS</b>
Comparaison possible	Régionale, établissement par rapport à une référence.

### ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	SNDS/Cohorte cancer (extraction du SNDS)
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	<p>Adam, et al. 2018. « The Appropriateness of 30-Day Mortality as a Quality Metric in Colorectal Cancer Surgery ». <i>American Journal of Surgery</i> 215 (1): 66-70. <a href="https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.04.018">https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.04.018</a>.</p> <p>Bianchi, et al. 2013. « Quality Indicators of Clinical Cancer Care (QC3) in Colorectal Cancer ». <i>BMJ Open</i> 3 (7). <a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002818">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002818</a>.</p> <p>Dekker, et al. 2014. « Cause of Death the First Year after Curative Colorectal Cancer Surgery; a Prolonged Impact of the Surgery in Elderly Colorectal Cancer Patients ». <i>European Journal of Surgical Oncology: The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology</i> 40 (11): 1481-87. <a href="https://doi.org/10.1016/j.ejso.2014.05.010">https://doi.org/10.1016/j.ejso.2014.05.010</a>.</p> <p>DREES. 2011. « Les méthodes d'ajustement dans les modèles d'évaluation de la mortalité hospitalière ».</p> <p>Gooiker, et al. 2013. « Evaluating the Validity of Quality Indicators for Colorectal Cancer Care ». <i>Journal of Surgical Oncology</i> 108 (7): 465-71. <a href="https://doi.org/10.1002/jso.23420">https://doi.org/10.1002/jso.23420</a>.</p> <p>Haute Autorité de santé. 2017b. « Indicateurs de mortalité hospitalière : expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs en France ». <a href="https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/rapport_mortalite_2017.pdf">https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/rapport_mortalite_2017.pdf</a>.</p> <p>Henneman, et al. 2014. « Ranking and Rankability of Hospital Postoperative Mortality Rates in Colorectal Cancer Surgery ». <i>Annals of Surgery</i> 259 (5): 844-49. <a href="https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000561">https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000561</a>.</p> <p>Iversen, et al. 2014. « Major Reduction in 30-Day Mortality after Elective Colorectal Cancer Surgery: A Nationwide Population-Based Study in Denmark 2001-2011 ». <i>Annals of Surgical Oncology</i> 21 (7): 2267-73. <a href="https://doi.org/10.1245/s10434-014-3596-7">https://doi.org/10.1245/s10434-014-3596-7</a>.</p> <p>Khare, et al. 2016. « Identification of Performance Indicators across a Network of Clinical Cancer Programs ». <i>Current Oncology (Toronto, Ont.)</i> 23 (2): 81-90. <a href="https://doi.org/10.3747/co.23.2789">https://doi.org/10.3747/co.23.2789</a>.</p> <p>ONCOMIP. 2010. « Evaluation de la qualité de la prise en charge initiale des patients atteints de cancers colorectaux en Aquitaine et en Midi-Pyrénées en 2010 (EvaCCoR) ».</p> <p>Schootman, et al. 2014. « Hospital and Geographic Variability in Two Colorectal Cancer Surgery Outcomes: Complications and Mortality after Complications ». <i>Annals of Surgical Oncology</i> 21 (8): 2659-66. <a href="https://doi.org/10.1245/s10434-013-3472-x">https://doi.org/10.1245/s10434-013-3472-x</a>.</p> <p>Shojania, et al. 2008. « Hospital Mortality: When Failure Is Not a Good Measure of Success ». <i>CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne</i> 179 (2): 153-57. <a href="https://doi.org/10.1503/cmaj.080010">https://doi.org/10.1503/cmaj.080010</a>.</p>

	<p>Visser, et al. 2009. « Death after Colectomy: It's Later than We Think ». Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960) 144 (11): 1021-27. <a href="https://doi.org/10.1001/archsurg.2009.197">https://doi.org/10.1001/archsurg.2009.197</a>.</p> <p>Vries, et al. 2014. « Postoperative 30-Day Mortality in Patients Undergoing Surgery for Colorectal Cancer: Development of a Prognostic Model Using Administrative Claims Data ». Cancer Causes &amp; Control: CCC 25 (11): 1503-12. <a href="https://doi.org/10.1007/s10552-014-0451-x">https://doi.org/10.1007/s10552-014-0451-x</a>.</p> <p>Walker, et al. 2015. « Model for Risk Adjustment of Postoperative Mortality in Patients with Colorectal Cancer ». The British Journal of Surgery 102 (3): 269-80. <a href="https://doi.org/10.1002/bis.9696">https://doi.org/10.1002/bis.9696</a>.</p>
<b>Organisme responsable de la collecte</b>	ATIH et l'Assurance maladie
<b>Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche</b>	INCa/HAS
<b>Date de validation de la fiche</b>	13/12/2018

## E. Proportion de patients atteints d'un cancer invasif du côlon ou du rectum ayant eu un suivi post-thérapeutique précoce (3 ans)

### ◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients atteints d'un cancer invasif du côlon ou du rectum ayant eu un suivi post-thérapeutique précoce (3 ans)
Définition	Un <u>suivi post-thérapeutique précoce</u> correspond pour cet indicateur à avoir durant les 3 ans qui suivent la date de la dernière chirurgie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 à 2 coloscopies complètes ;</li> <li>• 6 scanners thoraco-abdomino-pelvien minimum.</li> </ul>
Population concernée	Patients adultes atteints d'un cancer colorectal invasif non métastatique.
Numérateur (N)	Nombre de patients-temps atteints d'un cancer invasif du côlon ou du rectum ayant eu un suivi durant 3 ans.
Dénominateur (D)	Nombre de patients-temps atteints d'un cancer invasif du côlon ou du rectum ayant eu un suivi durant 3 ans.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Âge $\geq$ 18 ans ; Cancer invasif du côlon ou du rectum, non métastatique ; Patients ayant eu une chirurgie carcinologique avec radiothérapie et/ou chimiothérapie ; Avoir un suivi d'au moins 39 mois au cours des 4 dernières années disponibles.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer colorectal ; Cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; Problème de chaînage entre les séjours des BDMA ; Les patients ayant eu une résection endoscopique sans autre traitement carcinologique après ; Les patients à risque élevé (syndrome de Lynch, polypose adénomateuse familiale, rectocolite hémorragique, maladie de Crohn), le suivi étant spécifique ; Patient ayant une récurrence dans les 3 ans du suivi (identifiée par une reprise de traitement - chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie- après une période de 6 mois sans traitement carcinologique). Les rétablissements de la continuité ne sont pas considérés comme une récurrence ; Passage d'un cancer invasif à un cancer métastatique durant les 3 ans du suivi ; Perdus de vue (patient déménagement à l'étranger en cours de suivi) ; Décès.
Niveaux géographiques	National/Régional/GHT/3C
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	<u>Codes utilisés</u> : Cancer invasif du côlon (CIM-10) : C18 ; C180 ; C182 à C189 ; C189+8. Cancer invasif du rectum (CIM-10) : C20 ; C19. Radiothérapie (CIM-10 et CCAM) : Z5101 ; YYYY016 ; YYYY021 ; YYYY023 ; YYYY045 à YYYY056 ; YYYY080 ; YYYY081 ; YYYY099 ; YYYY101 ; YYYY109 ; YYYY122 ; YYYY128 ; YYYY136 ; YYYY141 ; YYYY151 ; YYYY152 ; YYYY166 ; YYYY175 ;

	<p>YYYY197 ; YYYY211 ; YYYY223 ; YYYY225 ; YYYY244 ; YYYY256 ;  YYYY267 ; YYYY299 ; YYYY301 à YYYY307 ; YYYY310 ; YYYY312 à  YYYY316 ; YYYY320 ; YYYY323 à YYYY327 ; YYYY331 ; YYYY334 à  YYYY338 ; YYYY343 ; YYYY345 à YYYY349 ; YYYY356 à YYYY360 ;  YYYY365 ; YYYY367 à YYYY371 ; YYYY377 ; YYYY379 à YYYY383 ;  YYYY387 ; YYYY390 à YYYY393 ; YYYY398 ; YYYY450 ; YYYY451 ;  YYYY457 à YYYY460 ; YYYY468 à YYYY471 ; YYYY479 à YYYY481 ;  YYYY491 à YYYY493 ; YYYY497 ; YYYY500 ; YYYY511 ; YYYY520 ;  YYYY522 ; YYYY533 ; YYYY544 ; YYYY555 ; YYYY566 ; YYYY577 ;  YYYY588 ; YYYY599 ; ZZNA002 ; ZZNL001 à ZZNL028 ; ZZNL030 ;  ZZNL031 ; ZZNL033 ; ZZNL034 ; ZZNL036 ; ZZNL037 ; ZZNL039 ;  ZZNL040 ; ZZNL042 ; ZZNL043 ; ZZNL045 ; ZZNL046 ; ZZNL048 à  ZZNL055 ; ZZNL058 à ZZNL065 ; ZZNL900 ; ZZNL902 à ZZNL906.</p> <p>Chimiothérapie IV (CIM-10) : Z511.</p> <p>Chirurgie carcinologique (CCAM) : HHFA002 ; HHFA004 à  HHFA006 ; HHFA008 à HHFA010 ; HHFA014 ; HHFA017 ;  HHFA018 ; HHFA021 à HHFA024 ; HHFA026 ; HHFA040 ;  HHFC296 ; HJFA001 à 7 ; HJFA011 ; HJFA014 ; HJFA017 ;  HJFA018 ; HJFA019 ; HJFD002 ; HJFC031.</p> <p>Scanner thoraco-abdomino-pelvien (CCAM) : ZBQH001 ;  ZBQK001 ; ZCQH001 ; ZCQH002 ; ZCQK004 ; ZCQK005 ; ZZQH033 ;  ZZQK024.</p> <p>Coloscopie complète (CCAM) : HHQE002 ; HHQE003 ;  HHQE005 ; HHFE002 ; HHFE004.</p> <p>Décès (DCIR et PMSI) : date de décès.</p> <p>Métastases (CIM-10) : C77 ; C770 à C775 ; C778 ; C779 ; C78 ;  C780 à C788 ; C79 ; C790 à C799.</p> <p>Reprise du traitement (CCAM et CIM-10) : Z511 ; Z5101 ;  YYYY016 ; YYYY021 ; YYYY023 ; YYYY045 à YYYY056 ; YYYY080 ;  YYYY081 ; YYYY099 ; YYYY101 ; YYYY109 ; YYYY122 ; YYYY128 ;  YYYY136 ; YYYY141 ; YYYY151 ; YYYY152 ; YYYY166 ; YYYY175 ;  YYYY197 ; YYYY211 ; YYYY223 ; YYYY225 ; YYYY244 ; YYYY256 ;  YYYY267 ; YYYY299 ; YYYY301 à YYYY307 ; YYYY310 ; YYYY312 à  YYYY316 ; YYYY320 ; YYYY323 à YYYY327 ; YYYY331 ; YYYY334 à  YYYY338 ; YYYY343 ; YYYY345 à YYYY349 ; YYYY356 à YYYY360 ;  YYYY365 ; YYYY367 à YYYY371 ; YYYY377 ; YYYY379 à YYYY383 ;  YYYY387 ; YYYY390 à YYYY393 ; YYYY398 ; YYYY450 ; YYYY451 ;  YYYY457 à YYYY460 ; YYYY468 à YYYY471 ; YYYY479 à YYYY481 ;  YYYY491 à YYYY493 ; YYYY497 ; YYYY500 ; YYYY511 ; YYYY520 ;  YYYY522 ; YYYY533 ; YYYY544 ; YYYY555 ; YYYY566 ; YYYY577 ;  YYYY588 ; YYYY599 ; ZZNA002 ; ZZNL001 à ZZNL028 ; ZZNL030 ;  ZZNL031 ; ZZNL033 ; ZZNL034 ; ZZNL036 ; ZZNL037 ; ZZNL039 ;  ZZNL040 ; ZZNL042 ; ZZNL043 ; ZZNL045 ; ZZNL046 ; ZZNL048 à  ZZNL055 ; ZZNL058 à ZZNL065 ; ZZNL900 ; ZZNL902 à ZZNL906.</p> <p>Patient à risque élevé (CIM-10) : C189+0 ; D126+0 à D126+6 ;  D126+8 ; K50 ; K51.</p> <p><u>Méthode de calcul :</u>  Méthode d'agrégation du suivi : « all or none »</p> <p>Proportion = N/D*100</p> <p>Numérateur : nombre de patients ayant eu durant les 3 ans de  son suivi post-thérapeutique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ou 2 coloscopies complètes ;</li> <li>• ET 6 scanners thoraco-abdomino-pelvien minimum.</li> </ul> <p>Dénominateur : patients ayant eu un suivi post-thérapeutique  de 3 ans (+3 mois).</p>
--	--

## ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	Un suivi post-thérapeutique permet de dépister plus précocement les métastases, les récidives, ainsi que les autres lésions (2 <sup>d</sup> cancer, récidive de polypes). Un diagnostic plus précoce optimise l'efficacité du traitement avec un impact positif avéré sur le pronostic de la maladie (Plan cancer - objectif 1).
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur s'appuie sur les recommandations de bonne pratique du TNCD (2016/2018) et de la HAS (2017). À notre connaissance, très peu d'études se sont intéressées aux indicateurs sur la phase de suivi dans le parcours de soins. Seule une étude australienne a défini selon la méthode Delphi un indicateur de suivi dans les deux ans post-chirurgie : <i>"Intensive follow-up (i.e. regular CEA and at least one CT) was performed within 2 years post-resection"</i> (Young 2014).
Intégré au processus d'autorisation du traitement du cancer	Non
Intégré aux IQSS de la HAS	Non (car non-imputable à l'établissement qui réalise le suivi ni à l'établissement qui a traité initialement le patient)
Limites et biais	Erreurs de codages BDMA
Modalités d'interprétation	Indicateur de qualité et de pertinence des soins Valeur absolue Les patients ayant une tumeur de stade 1 ne bénéficient pas du même suivi. Les bases de données médico-administratives ne permettent pas actuellement de déterminer le stade. Afin d'exclure ces patients de l'indicateur, ont été inclus uniquement les patients ayant eu en traitement une chirurgie carcinologique associée à de la radiothérapie et ou de la chimiothérapie. Le dosage de l'ACE figurant actuellement dans les options des recommandations du TNCD 2018, cet examen n'est pas pris en compte pour le calcul de l'indicateur. Le nombre de scanners thoraco-abdomino-pelvien est fixé à 6 dans cet indicateur afin de laisser la possibilité aux cliniciens d'alterner avec l'échographie comme selon les recommandations actuelles.
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : <b>taux supérieur à la médiane nationale.</b> Alerte si <b>taux inférieur au 25<sup>e</sup> percentile (médiane nationale).</b>
Comparaison possible	Interrégionale, interGHT et inter 3C

## ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	Cohorte cancer (extraction du SNDS)
Référentiels	CIM-10, CCAM
Références bibliographiques	<a href="#">TNCD - Cancer du rectum - 2016</a> (5.6.2 Stratégie de surveillance, p. 31/32) <a href="#">TNCD - Cancer du côlon non métastatique - 2018</a> (surveillance après traitement curatif, p. 23/24) <a href="#">HAS - Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé - 2017</a> (p. 4) Young, et al. 2014. « Identifying Indicators of Colorectal Cancer Care Coordination: A Delphi Study ». Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland 16 (1): 17-25. <a href="https://doi.org/10.1111/codi.12399">https://doi.org/10.1111/codi.12399</a> .
Organisme responsable de la collecte	ATIH et l'Assurance maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa
Date de validation de la fiche	13/12/2018

## F. Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal métastatique ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie

### ◆ Description générale

Libellé de l'indicateur	Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal métastatique ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie.
Définition	Le terme « <u>chimiothérapie</u> » regroupe toute molécule anticancéreuse.
Population concernée	Patients adultes atteints d'un cancer colorectal métastatique.
Numérateur (N)	Nombre de patients atteints d'un cancer colorectal métastatique, décédés et ayant eu une chimiothérapie dans les 30 jours précédant le décès.
Dénominateur (D)	Nombre de patients atteints d'un cancer colorectal métastatique et décédés.
Type d'indicateur	Processus
Critères d'inclusion	Âge $\geq$ 18 ans ; Cancer colorectal métastatique synchrone et métachrone ; Décès.
Critères de non-inclusion	Antécédent de cancer colorectal ; Cancer de localisation autre diagnostiqué la même année ; Problème de chaînage entre les séjours des BDMA.
Niveaux géographiques	National/Régional/GHT/3C/Établissement
Périodicité de la mesure	Annuelle
Ajustement	Aucun
Stratification	Aucune
Modalités de calcul de l'indicateur	Codes utilisés :  Cancer colorectal métastatique synchrone et métachrone (CIM-10) : C18 ; C180 ; C182 à C189 ; C189+8 ; C19 ; C20 ; C77 ; C770 à C775 ; C778 ; C779 ; C78 ; C780 à C788 ; C79 ; C790 à C799. Décès (DCIR et PMSI) : <i>Date du décès</i> . Chimiothérapie IV (CIM-10) : Z511. Chimiothérapie per os (DCIR) : <i>Capécitabine</i> .  <u>Méthode de calcul :</u> Proportion = $N/D \times 100$

### ◆ Interprétation

Intérêt de l'indicateur	La qualité de vie est un élément important à prendre en compte, notamment lors de la phase terminale de la maladie durant laquelle l'agressivité des soins doit être limitée. Cet indicateur mesure la pertinence des soins en fin de vie.
Rationnel de l'indicateur	Cet indicateur a été développé selon une méthode de consensus en Australie comme étant un indicateur de qualité et de sécurité des soins (Turner 2015).  De nombreuses études scientifiques se sont intéressées à la notion de soins agressifs en soins palliatifs pour les patients atteints d'un cancer, notamment l'administration d'une chimiothérapie dans le dernier mois de vie. Au Canada, une étude rétrospective a montré que 3,7 % des patients décédés d'un cancer colorectal de stade IV avaient reçu une chimiothérapie dans les 14 jours précédant leur décès (Hu 2014). Une étude multicentrique australienne s'est intéressée à plusieurs localisations de cancer. Concernant le cancer colorectal, 19 % des patients recevaient une chimiothérapie à

	1 mois de leur décès et 7 % à 14 jours de leur décès (Kao 2009). En France, une étude récente a montré que 19,5 % des patients recevaient une chimiothérapie dans le dernier mois de vie. Ce résultat n'était pas spécifique au cancer colorectal mais à un ensemble d'autres localisations cancéreuses (Rochigneux 2017).
Intégré au processus d'autorisation du traitement du cancer  Intégré aux IQSS de la HAS	À discuter avec le groupe de travail sur les autorisations  Non (car cet indicateur est mesuré dans une sous-population, compte tenu du faible effectif il ne pourra être proposé de comparaison)
Limites et biais	Erreurs de codages BDMA Biais possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>décès lié à la toxicité de la chimiothérapie ;</li> <li>patients ayant eu une seule ligne de chimiothérapie.</li> </ul>
Modalités d'interprétation	Indicateur de non-qualité et de non-pertinence des soins Valeur absolue
Taux cibles (consensus d'experts)	Cible : < 15 % Alerte si > 30 %
Comparaison possible	Interrégionale, interGHT, inter 3C et inter établissement

#### ◆ Élaboration et qualités

Sources et origines	SNDS/Cohorte cancer (extraction du SNDS)
Référentiels	CIM-10, CCAM, référentiel médicament pour la chimiothérapie de ville
Références bibliographiques	<p>Hu, et al. 2014. « Aggressiveness of End-of-Life Care for Patients with Colorectal Cancer in Alberta, Canada: 2006-2009 ». <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> 47 (2): 231-44. <a href="https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.021">https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.021</a>.</p> <p>Kao, et al. 2009. « Use of Chemotherapy at End of Life in Oncology Patients ». <i>Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology</i> 20 (9): 1555-59. <a href="https://doi.org/10.1093/annonc/mdp027">https://doi.org/10.1093/annonc/mdp027</a>.</p> <p>Rochigneux, et al. 2017. « Use of Chemotherapy near the End of Life: What Factors Matter? » <i>Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology</i> 28 (4): 809-17. <a href="https://doi.org/10.1093/annonc/mdw654">https://doi.org/10.1093/annonc/mdw654</a>.</p> <p>Turner, et al. 2015. « Novel Quality Indicators for Metastatic Colorectal Cancer Management Identify Significant Variations in These Measures across Treatment Centers in Australia ». <i>Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology</i> 11 (3): 262-71. <a href="https://doi.org/10.1111/ajco.12355">https://doi.org/10.1111/ajco.12355</a>.</p>
Organisme responsable de la collecte	ATIH et l'Assurance maladie
Organisme(s) responsable(s) de la validation de la fiche	INCa
Date de validation de la fiche	13/12/2018

## 5. CONCLUSION

À l'issue de la phase d'expertise et de concertation nationale, six indicateurs de qualité et de sécurité des soins ont été sélectionnés par les experts comme étant des éléments clefs du parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer colorectal.

Ces indicateurs concernent aussi bien la phase de diagnostic, la phase de traitement que la phase de suivi post-thérapeutique, phases durant lesquelles plusieurs acteurs interviennent dans le parcours de soins du patient. L'objectif n'était pas ici de cibler des éléments précis mais de prendre en compte l'ensemble du parcours de soins et la coordination des différents acteurs.

Cette sélection d'indicateurs a également pour avantage d'associer des indicateurs de processus à des indicateurs de résultats. En effet, la France accuse un certain retard en termes d'indicateurs de résultats (Véran 2017). Ces indicateurs sont pourtant indispensables pour mesurer les effets de l'évolution des pratiques de soins (ministère des Solidarités et de la Santé 2017). La notion de pertinence de soins est également évaluée par plusieurs indicateurs, avec pour objectif de limiter les actes potentiellement délétères et inutiles.

Enfin, ces indicateurs répondent en partie aux besoins exprimés par les parties intéressées avec la présence d'un indicateur sur les délais. L'objectif est de réduire les délais entraînant une perte de chance mais aussi de réduire des délais d'attente souvent anxiogènes d'après l'expérience des patients. Les indicateurs sur les soins de support, besoin également exprimé par les parties intéressées, n'ont pas pu être développés dans le cadre de ce projet par manque de disponibilité des données dans les bases de données médico-administratives (BDMA).

Il faut souligner que cette sélection d'indicateurs est restreinte à la disponibilité des données présentes dans les BDMA. Par exemple, l'absence d'information sur le stade TNM du cancer et ses récepteurs a limité la possibilité de développer certains indicateurs semblant pourtant essentiels aux membres du groupe de travail pour mesurer la qualité des parcours de soins. C'est également le cas de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) qui a été citée à de nombreuses reprises comme étant une étape indispensable à un parcours de soins de qualité. À ce jour, cette information n'est pas disponible au niveau national de façon automatisable. La possibilité de développer ces indicateurs sera réévaluée régulièrement, notamment lors de la mise en place du dossier communicant de cancérologie.

L'utilisation effective de ces six indicateurs nécessite de vérifier au préalable leur fiabilité (valeur prédictive positive ou valeur prédictive négative) en comparant les données présentes dans les bases de données médico-administratives aux données sources (les dossiers médicaux des patients). Cette vérification sera effectuée lors de la phase de test prévue courant 2019-2020 sur un échantillon de dossiers auprès d'établissements volontaires. Seuls les indicateurs ayant une bonne fiabilité seront mis en place par la suite.

La diffusion des résultats des indicateurs, prévue de façon annuelle, sera également une étape clef du projet. Il est essentiel que les professionnels de santé s'approprient ces nouveaux outils de pilotage local, mais également de coordination territoriale de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'enjeu est majeur puisqu'il s'agit de réduire les inégalités d'accès à la santé et de donner les mêmes chances à tous les patients, partout en France.

# BIBLIOGRAPHIE

## Articles

- Adam, et al. 2018. « The Appropriateness of 30-Day Mortality as a Quality Metric in Colorectal Cancer Surgery ». *American Journal of Surgery* 215 (1): 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.04.018>.
- ANAES. 2002. « Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé - Principes généraux ». mai 2002. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction\\_et\\_utilisation\\_des\\_indicateurs\\_dans\\_le\\_domaine\\_de\\_la\\_sante\\_-\\_principes\\_generaux\\_guide\\_2002.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_-_principes_generaux_guide_2002.pdf).
- Bianchi, et al. 2013. « Quality Indicators of Clinical Cancer Care (QC3) in Colorectal Cancer ». *BMJ Open* 3 (7). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002818>.
- Bouvier, et al. 2013. « Quels sont les délais de prise en charge des cancers en France ? Étude menée à partir des registres de cancers - Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire ». [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/43-44-45/2013\\_43-44-45\\_5.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/43-44-45/2013_43-44-45_5.html).
- Campbell, et al. 2002. « Research Methods Used in Developing and Applying Quality Indicators in Primary Care ». *Quality & Safety in Health Care* 11 (4): 358-64.
- Colonna, et al. 2018. « Time Trends and Short Term Projections of Cancer Prevalence in France ». *Cancer Epidemiology* 56 (octobre): 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2018.08.001>.
- Defossez, et al. 2019. « Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Synthèse. » Saint-Maurice: Santé Publique France.
- Dekker, et al. 2014. « Cause of Death the First Year after Curative Colorectal Cancer Surgery; a Prolonged Impact of the Surgery in Elderly Colorectal Cancer Patients ». *European Journal of Surgical Oncology: The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology* 40 (11): 1481-87. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2014.05.010>.
- Donabedian 1966. « Evaluating the Quality of Medical Care ». *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3): Suppl:166-206.
- Donabedian. 1988. « The Quality of Care. How Can It Be Assessed? » *JAMA* 260 (12): 1743-48.
- DREES. 2011. « Les méthodes d'ajustement dans les modèles d'évaluation de la mortalité hospitalière ».
- Fitch, et al. 2001. « The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual ». Product Page. 2001. [http://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1269.html](http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1269.html).
- Gooiker, et al. 2013. « Evaluating the Validity of Quality Indicators for Colorectal Cancer Care ». *Journal of Surgical Oncology* 108 (7): 465-71. <https://doi.org/10.1002/jso.23420>.
- Haute Autorité de santé. 2017a. « Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé ». [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir76/reco248\\_rapport\\_elaboration\\_cancer\\_colorectal.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-06/dir76/reco248_rapport_elaboration_cancer_colorectal.pdf).
- Haute Autorité de santé. 2017b. « Indicateurs de mortalité hospitalière : expériences étrangères, enseignements de la littérature et recommandations pour l'aide à la décision publique et le développement d'indicateurs en France ». [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/rapport\\_mortalite\\_2017.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/rapport_mortalite_2017.pdf).
- Henneman, et al. 2014. « Ranking and Rankability of Hospital Postoperative Mortality Rates in Colorectal Cancer Surgery ». *Annals of Surgery* 259 (5): 844-49. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000561>.

- Hu, et al. 2014. « Aggressiveness of End-of-Life Care for Patients with Colorectal Cancer in Alberta, Canada: 2006-2009 ». *Journal of Pain and Symptom Management* 47 (2): 231-44. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.021>.
- Institut national du cancer, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, et Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. 2014. « Plan cancer 2014-2019 ». <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>.
- Iversen, et al. 2014. « Major Reduction in 30-Day Mortality after Elective Colorectal Cancer Surgery: A Nationwide Population-Based Study in Denmark 2001-2011 ». *Annals of Surgical Oncology* 21 (7): 2267-73. <https://doi.org/10.1245/s10434-014-3596-7>.
- Kao, et al. 2009. « Use of Chemotherapy at End of Life in Oncology Patients ». *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology* 20 (9): 1555-59. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp027>.
- Khare, et al. 2016. « Identification of Performance Indicators across a Network of Clinical Cancer Programs ». *Current Oncology (Toronto, Ont.)* 23 (2): 81-90. <https://doi.org/10.3747/co.23.2789>.
- Marshall, et al. 2003. « Measuring General Practice ». Product Page. 2003. [https://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1725.html](https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1725.html).
- Ministère des solidarités et de la santé. 2017. « Stratégie nationale de santé 2018-2022 ». [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_sns\\_2017\\_vdef.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdef.pdf).
- OECD. 2017. « Tackling Wasteful Spending on Health ». Paris: OECD. [oe.cd/tackling-wasteful-spending-on-health](http://oe.cd/tackling-wasteful-spending-on-health).
- ONCOMIP. 2010. « Évaluation de la qualité de la prise en charge initiale des patients atteints de cancers colorectaux en Aquitaine et en Midi-Pyrénées en 2010 (EvaCCoR) ».
- Pourcel, et al. 2013. « [Waiting times for cancer care in four most frequent cancers in several French regions in 2011 and 2012] ». *Bulletin du Cancer* 100 (12): 1237-50. <https://doi.org/10.1684/bdc.2013.1832>.
- Rochigneux, et al. 2017. « Use of Chemotherapy near the End of Life: What Factors Matter? » *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology* 28 (4): 809-17. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw654>.
- Schootman, et al. 2014. « Hospital and Geographic Variability in Two Colorectal Cancer Surgery Outcomes: Complications and Mortality after Complications ». *Annals of Surgical Oncology* 21 (8): 2659-66. <https://doi.org/10.1245/s10434-013-3472-x>.
- Shojania, et al. 2008. « Hospital Mortality: When Failure Is Not a Good Measure of Success ». *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne* 179 (2): 153-57. <https://doi.org/10.1503/cmaj.080010>.
- Siegel, et al. 2014. « Florida Initiative for Quality Cancer Care: Improvements on Colorectal Cancer Quality of Care Indicators during a 3-Year Interval ». *Journal of the American College of Surgeons* 218 (1): 16-25.e1-4. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.09.008>.
- Smith, et al. 2008. « Mesure des performances pour l'amélioration des systèmes de santé: expériences, défis et perspectives - Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes de santé ». [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/84362/E93698.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/84362/E93698.pdf).
- Turner, et al. 2015. « Novel Quality Indicators for Metastatic Colorectal Cancer Management Identify Significant Variations in These Measures across Treatment Centers in Australia ». *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* 11 (3): 262-71. <https://doi.org/10.1111/ajco.12355>.
- Véran. 2017. « L'évolution des modes de financement des établissements de santé ». Ministère des Affaires sociales et de la Santé.
- Visser, et al. 2009. « Death after Colectomy: It's Later than We Think ». *Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960)* 144 (11): 1021-27. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2009.197>.

Vries, et al. 2014. « Postoperative 30-Day Mortality in Patients Undergoing Surgery for Colorectal Cancer: Development of a Prognostic Model Using Administrative Claims Data ». *Cancer Causes & Control*: CCC 25 (11): 1503-12. <https://doi.org/10.1007/s10552-014-0451-x>.

Walker, et al. 2015. « Model for Risk Adjustment of Postoperative Mortality in Patients with Colorectal Cancer ». *The British Journal of Surgery* 102 (3): 269-80. <https://doi.org/10.1002/bjs.9696>.

Young, et al. 2014. « Identifying Indicators of Colorectal Cancer Care Coordination: A Delphi Study ». *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* 16 (1): 17-25. <https://doi.org/10.1111/codi.12399>.

## Recommandations de bonne pratique analysées

CCO	2014	Continuous versus Intermittent Chemotherapy Strategies in Inoperable, Advanced Colorectal Cancer
CCO	2014	Optimization of Preoperative Assessment in Patients Diagnosed with Rectal Cancer
CCO	2014	Strategies of Sequential Therapies in Unresectable, Metastatic Colorectal Cancer Treated with Palliative Intent
CCO	2016	Adjuvant Systemic Chemotherapy for Stage II and III Colon Cancer Following Complete Resection
CCO	2016	The Use of Leucovorin in Colorectal Cancer
ESMO	2013	Familial risk-colorectal cancer
ESMO	2014	Hereditary Colorectal Cancer Syndromes Endorsement of the Familial Risk – Colorectal Cancer ESMO Guideline
ESMO	2016	Metastatic colorectal cancer
ESMO	2017	Rectal cancer
HAS	2017	Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé
INCa	2010	Bonnes pratiques pour la recherche à visée théranostique de mutations somatiques dans les tumeurs solides
NCCN	2017	Colon
NCCN	2017	Rectal
NICE	2012	Bevacizumab and cetuximab for the treatment of metastatic colorectal cancer
NICE	2012	Cetuximab, bevacizumab and panitumumab for the treatment of metastatic colorectal cancer after first-line chemotherapy
NICE	2013	Selective internal radiation therapy for non-resectable colorectal metastases in the liver
NICE	2014	Aflibercept in combination with irinotecan and fluorouracil-based therapy for treating metastatic colorectal cancer that has progressed following prior oxaliplatin-based chemotherapy
NICE	2014	Colorectal cancer: diagnosis and management
NICE	2015	Low energy contact X-ray brachytherapy (the Papillon technique) for early stage rectal cancer
NICE	2015	Preoperative high dose rate brachytherapy for rectal cancer
NICE	2015	Regorafenib for metastatic colorectal cancer after treatment for metastatic disease (terminated appraisal)

NICE	2017	Molecular testing strategies for Lynch syndrome in people with colorectal cancer
NICE	2017	Panitumumab in combination with chemotherapy for the treatment of metastatic colorectal cancer
NICE	2017	Endoscopic full thickness removal of non-lifting colonic polyps
NICE	2017	Trifluridine – tipiracil for previously treated metastatic colorectal cancer
NICE	2017	Virtual chromoendoscopy to assess colorectal polyps during colonoscopy
TNCD	2016	CCR métastatique
TNCD	2016	Cancer du rectum (adénocarcinome)
TNCD	2018	Cancer du côlon non métastatique

## ANNEXES

### Annexe I : Indicateurs proposés par le groupe de travail mais non retenus

Phase du parcours de soins	Indicateurs	Raison de la non-sélection
Traitement	Nombre d'interventions pharmaceutiques concernant la chimiothérapie durant l'hospitalisation du patient	Bases de données internes aux hôpitaux et non disponibles au niveau national
Suivi	Nombre de transmissions sécurisées adressées par les pharmaciens hospitaliers aux professionnels de santé libéraux	Bases de données internes aux hôpitaux et non disponibles au niveau national
Traitement	Bilan médicamenteux de l'ordonnance de sortie : nombre de lignes	Bases de données internes aux hôpitaux et non disponibles au niveau national
Suivi	Impact clinique des interventions pharmaceutiques (Échelle spécifique CLEO SFPC)	Bases de données internes aux hôpitaux et non disponibles au niveau national
Diagnostic	Délai entre le diagnostic anatomopathologique et la RCP	La date de la RCP n'est pas disponible dans les bases de données mais cela pourra être envisageable avec le DCC
Dépistage	Délai entre le 1 <sup>er</sup> symptôme et le diagnostic	La donnée sur les symptômes n'est pas disponible dans les bases de données
Traitement	Proportion de patients ayant reçu des soins de support innovants (DCC) : art-thérapie, activité physique adaptée...	La donnée sur les soins de support n'est pas disponible dans les bases de données mais cela pourra être envisageable avec le DCC
Suivi	Proportion de patients décédant d'une toxicité liée aux traitements et non de la progression du cancer	Le motif du décès n'est pas renseigné dans les bases de données actuelles (PMSI et DCIR) mais cela pourra être envisageable avec l'agrégation des données du CépiDC
Traitement	Proportion de patients ayant eu une activité physique adaptée après cancer colorectal localisé	Cette donnée n'est pas disponible dans les bases des données
Suivi	Proportion de patients ayant eu une consultation de stomathérapie	Cette donnée n'est pas disponible dans les bases des données
Suivi	Proportion de patients identifiés comme relevant des soins palliatifs dans les 3 derniers mois de vie	Difficile à réaliser car les patients relevant des soins palliatifs ne sont pas forcément mis en soins palliatifs. Cette donnée est actuellement mal renseignée dans les bases

## Annexe 2 : Processus de sélection des indicateurs

N°	Type de cancer	Phase du parcours de soins	Indicateurs	Pré-liste ou ajout du groupe de travail	Sélectionné au 1 <sup>er</sup> tour	Discussion face-à-face	Sélectionné au 2 <sup>e</sup> tour	Liste finale pour la phase de test
1	Colorectal	Dépistage	Proportion de patients âgés entre 50 et 74 ans ayant eu un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles versus un test de Gaïac	Pré-liste	Non			
2	Colorectal	Diagnostic	Proportion de patients ayant eu une coloscopie complète dans les 6 mois avant ou après chirurgie	Pré-liste	Oui	Intégré dans l'indicateur composite n° 102		
3	Colorectal	Diagnostic	Proportion de patients ayant eu une coloscopie complète ou une sigmoïdoscopie flexible ou une coloscopie virtuelle avant chirurgie	Pré-liste	Non			
4	Colorectal	Diagnostic	Proportion de patients avec une biopsie	Pré-liste	Non			
5	Colorectal	Diagnostic	Proportion de patients ayant eu un scanner-thoraco-abdomino-pelvien avant chirurgie	Pré-liste	Oui	Intégré dans l'indicateur composite n° 102		
6	Colorectal	Diagnostic	Proportion de patients ayant eu une IRM hépatique avant exérèse des métastases hépatiques	Pré-liste	Oui	Inchangé	Oui	Exclu
7	Colorectal	Diagnostic	Proportion de patients ayant eu un TEP scan avant exérèse des métastases	Pré-liste	Non			
8	Colorectal	Diagnostic	Temps d'attente pour un scanner ou une IRM	Pré-liste	Non			
9	Colorectal	Diagnostic	Proportion de patients métastatiques avec un dosage ACE	Pré-liste	Non			

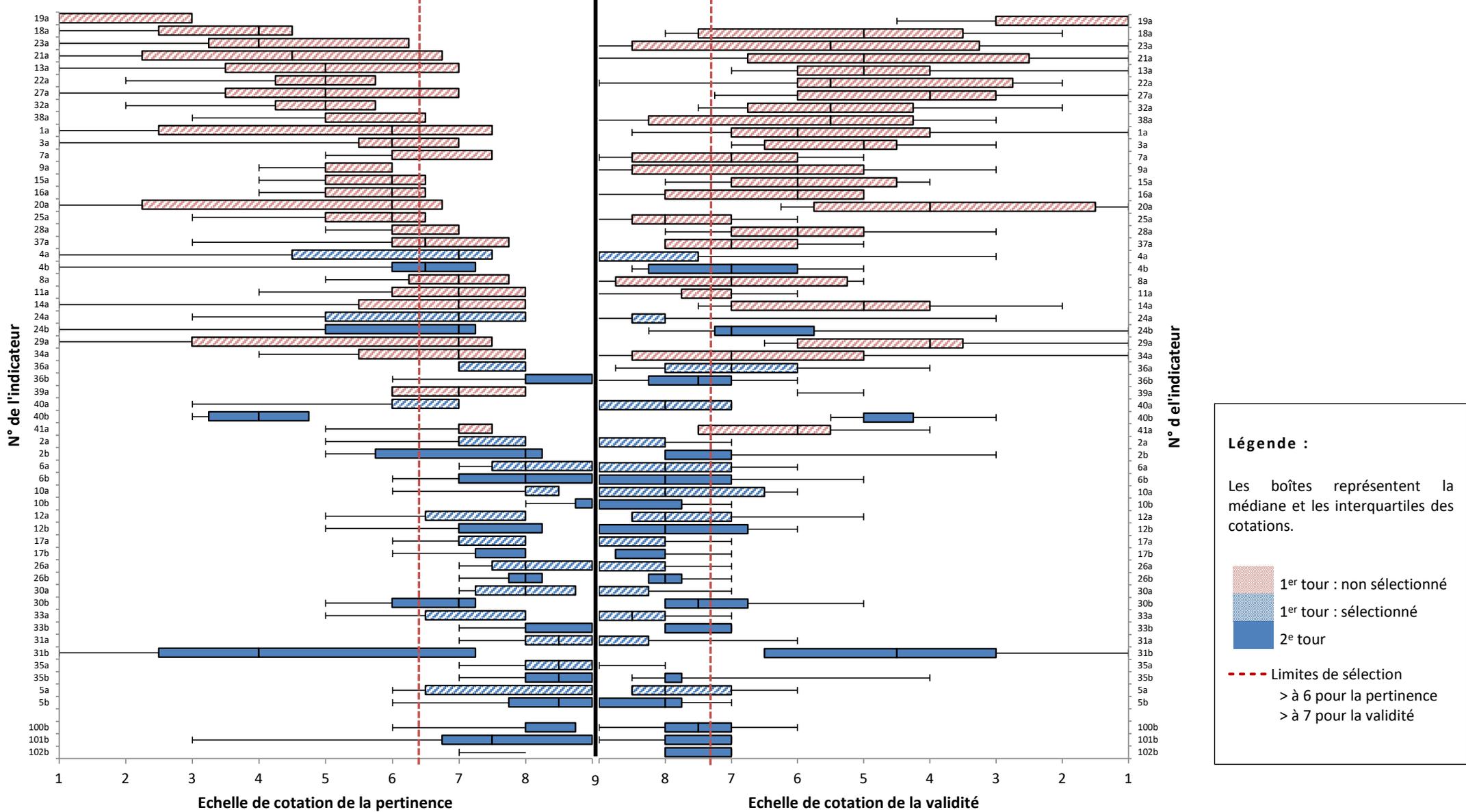
10	Colorectal	Traitement	Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal dont le délai entre la date de la dernière biopsie et la date du début du 1 <sup>er</sup> traitement est optimal	Pré-liste	Oui	Inchangé	Oui	Gardé IQSS B
11	Colorectal	Traitement	Proportion de patients sans traitement néoadjuvant et opéré dans les 8 semaines qui suivent la première consultation chirurgicale	Pré-liste	Non			
12	Colorectal	Suivi	Ratio de mortalité postopératoire à 90 jours chez les patients atteints d'un cancer colorectal invasif non métastatique	Pré-liste	Oui	Inchangé	Oui	Gardé IQSS D
13	Colorectal	Suivi	Taux de mortalité post coloscopie	Pré-liste	Non			
14	Colorectal	Suivi	Taux de morbidité post chirurgie	Pré-liste	Non			
15	Colorectal	Suivi	Proportion de patients ayant eu régulièrement un dosage ACE dans les 2 ans qui suivent la chirurgie	Pré-liste	Non			
16	Colorectal	Suivi	Proportion de patients ayant eu une coloscopie 1 an après le traitement	Pré-liste	Non			
17	Colorectal	Suivi	Proportion de patients ayant eu un scanner thoraco-abdomino-pelvien dans l'année qui suit le traitement	Pré-liste	Oui	Intégré dans l'indicateur composite n° 100		
18	Colorectal	Suivi	Proportion de patients ayant eu un PET scan pour surveillance	Pré-liste	Non			
19	Côlon	Diagnostic	Proportion de patients ayant eu une scintigraphie parmi les patients non métastatiques	Pré-liste	Non			
20	Côlon	Traitement	Proportion de patients ayant eu une prothèse colique pour cancer non métastatique avec occlusion	Pré-liste	Non			
21	Côlon	Traitement	Proportion de patients ayant eu une pose de prothèse colique dans les 12 à 24h suivant leur admission pour occlusion	Pré-liste	Non			
22	Côlon	Traitement	Proportion de patients ayant eu une pose de prothèse colique par voie endoscopique	Pré-liste	Non			
23	Côlon	Traitement	Proportion de patients ayant eu une prothèse colique et des anti-angiogéniques	Pré-liste	Non			

24	Côlon	Traitement	Proportion de patients opérés d'un cancer du côlon et ayant eu une cœlioscopie	Pré-liste	Oui	Inchangé	Non	
25	Rectum	Diagnostic	Proportion de patients ayant eu une écho-endoscopie rectale avant exérèse locale	Pré-liste	Non			
26	Rectum	Diagnostic	Proportion de patients ayant eu une IRM pelvienne ou une échographie endorectale avant chirurgie du rectum	Pré-liste	Oui	Intégré dans l'indicateur composite n° 102		
27	Rectum	Traitement	Proportion de patients ayant subi une destruction tumorale ou mucoséctomie dans le cadre d'un cancer du rectum	Pré-liste	Non			
28	Rectum	Traitement	Proportion de patients ayant eu une dérivation temporaire du flux fécal en cas d'anastomose sous douglassienne	Pré-liste	Non			
29	Rectum	Traitement	Proportion de patients de plus de 85 ans ayant subi une chirurgie	Pré-liste	Non			
30	Rectum	Traitement	Proportion de patients atteints d'un cancer du rectum non métastatique ayant eu une chimiothérapie concomitante à la radiothérapie en préopératoire	Pré-liste	Oui	Reformulé	Oui	Gardé IQSS C
31	Rectum	Suivi	Proportion de patients ayant eu une IRM pelvienne	Pré-liste	Oui	Inchangé	Non	
32	Rectum	Suivi	Proportion de patients ayant eu un scanner pelvien	Pré-liste	Non			
33	Colorectal	Dépistage	Proportion de patients âgés de 53 à 80 ans chez lesquels il existe un acte de dépistage précédant la coloscopie diagnostique du cancer du côlon ou du cancer du rectum	Ajout	Oui	Inchangé	Non	
34	Colorectal	Diagnostic	Délai entre le diagnostic et la première consultation	Ajout	Non			
35	Colorectal	Diagnostic	Proportion de patients métastatique ayant bénéficié d'une analyse moléculaire	Ajout	Oui	Inchangé	Oui	Exclu
36	Colorectal	Traitement	Proportion de patients atteints d'un cancer colorectal métastatique ayant reçu une chimiothérapie dans le dernier mois de vie	Ajout	Non	Repêché	Oui	Gardé IQSS F
37	Colorectal	Traitement	Proportion de patients ayant reçu une biothérapie coûteuse - en sous-groupe bevacizumab, cetuximab, panitumumab, aflibercept	Ajout	Non			

38	Colorectal	Traitement	Proportion de patients ayant au moins une cure de chimiothérapie après un diagnostic de cancer colorectal métastatique	Ajout	Non			
39	Colorectal	Traitement	Proportion de patients parmi les malades métastatiques bénéficiant d'une chirurgie des métastases - en sous-groupe hépatique, pulmonaire et péritonéal	Ajout	Non			
40	Colorectal	Suivi	Proportion de patients décédant en milieu hospitalier et à domicile - en sous-groupe unité de soins palliatifs, dans un service d'urgence ou de réanimation, dans une unité de médecine aigüe, dans un SSR ou un long séjour	Ajout	Oui	Inchangé	Non	
41	Colorectal	Suivi	Taux de complications (perforation et/ou hémorragie) après polypectomie ou mucosectomie endoscopique	Ajout	Non			
100	Colorectal	Suivi	Proportion de patients atteints d'un cancer invasif du côlon ou du rectum ayant eu un suivi post-thérapeutique précoce (3 ans) de qualité			Création indicateur composite regroupant le n° 17	Oui	Gardé IQSS E
102	Colorectal	Diagnostic	Proportion de patients atteints d'un cancer du côlon ou du rectum ayant eu un bilan de diagnostic et d'extension complet avant 1 <sup>er</sup> traitement			Création indicateur composite regroupant le n° 2,5 et 26	Oui	Gardé IQSS A
101	Rectum	Traitement	Proportion de patients ayant eu un traitement carcinologique avant chirurgie du rectum			Ajouté	Non	

### Annexe 3 : Résultats des deux tours de cotation des experts

Figure. Scores de pertinence et de validité de chaque indicateur lors du 1er (a) et du 2e (b) tour de cotation des experts



## Annexe 4 : Rationnel complet des indicateurs

### IQSS A

#### ◆ Recommandations

##### > TNCD – Cancer du côlon non métastatique - 2018

#### Examen clinique

- Scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste (en cas d'impossibilité de scanner avec injection : IRM hépatique injectée au gadolinium + scanner thoracique sans injection). Compte tenu des stratégies dans la prise en charge des cancers avancés (traitements néoadjuvants), il est nécessaire de réaliser un staging préopératoire précis [7].
- Pour une lésion de la charnière recto-sigmoïdienne, en cas de doute avec une lésion du haut rectum, une IRM rectale avec remplissage du rectum et des images de profil doit être réalisée pour préciser la hauteur de la lésion et son statut sus ou sous-péritonéal.
- Coloscopie (si incomplète en préopératoire, il faut la prévoir dans les 6 mois postopératoires). »

##### > TNCD – Cancer du rectum – 2016

« Les examens complémentaires du bilan locorégional sont la coloscopie, la rectoscopie, l'IRM, l'écho-endoscopie rectale (EER), et le TEP Scan en fonction du contexte et de sa disponibilité :

- la rectoscopie au tube rigide, qui permet la réalisation de biopsies multiples, est réalisée sans anesthésie en position genu-pectorale ou en décubitus latéral gauche sur un rectum vide. Elle apprécie comme la coloscopie l'extension circonférentielle, la taille et l'aspect de la lésion, et mesure avec précision la distance entre le pôle inférieur de la tumeur et la marge anale.
- La coloscopie sous anesthésie générale est dans l'immense majorité des cas le 1<sup>er</sup> examen réalisé pour le diagnostic étiologique de rectorragies. Elle devra être complétée, éventuellement pendant le même temps anesthésique, par une rectoscopie rigide permettant d'éviter les erreurs dans la mesure de la distance du pôle inférieur de la tumeur à la marge anale. La coloscopie totale permet de rechercher des lésions néoplasiques coliques sus-jacentes et d'en intégrer le traitement dans la stratégie thérapeutique.
- L'EER permet un bilan d'extension précis notamment pour les tumeurs limitées à la paroi rectale. Elle utilise une classification uTN dérivée du TNM (uT1 : muqueuse et sous muqueuse ; uT2 : musculuse ; uT3 : graisse périrectale ; uT4 : organe de voisinage). Sa précision diagnostique est évaluée à 87,5 % pour l'extension pariétale. Les sondes de hautes fréquences (15, 20, voire 30 MHz), peu utilisées, permettent de distinguer les tumeurs intra-muqueuses (m) des cancers envahissant la sous-muqueuse (sm), et parmi celles-ci d'établir une subdivision en 3 degrés (sm1, 2, 3) selon la profondeur de l'atteinte (Harewood, 2004). Pour les tumeurs de stade précoce (T1/2), mobiles au toucher rectal, l'EER est plus efficace que les autres examens dans la différenciation T1 vs T2 (atteinte de la musculuse). L'IRM n'apporte pas d'informations complémentaires.
- L'IRM pelvienne est réalisée dans pratiquement tous les cas notamment pour les tumeurs localement évoluées et les tumeurs basses. Elle conditionne le choix du traitement néoadjuvant. Elle est réalisée en séquence T2 et T1 en saturation de graisse, injection de gadolinium, coupes dans les 3 plans de l'espace et notamment coupes axiales perpendiculaires à l'axe du rectum et de la tumeur, séquence de diffusion axiale centrée sur la tumeur (calcul du

coefficient apparent de diffusion). C'est un examen indispensable pour les tumeurs circonférentielles, sténosantes, suspectes d'être T3 ou T4.

Le bilan à distance comporte la recherche des métastases hépatiques et pulmonaires par une TDM thoraco-abdominale. »

#### ◆ Parangonnage

À notre connaissance, il n'existe pas d'étude rapportant les résultats d'un indicateur composite sur le bilan de diagnostic et d'extension du cancer colorectal. Cependant, plusieurs pays ont développé des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur les éléments du bilan diagnostique. Le tableau ci-dessous cite ces indicateurs et leurs résultats (si calculés).

Étude	Contexte	Coloscopie	Scanner thoraco-abdomino-pelvien	IRM pelvienne	Biopsie
Étude française EVACCOR (ONCOMIP 2010)	Évaluation de la qualité et la pluridisciplinarité de l'accompagnement initial des patients atteints d'un cancer colorectal en Aquitaine et en Midi-Pyrénées en 2010 Développement d'un set d'indicateurs pour le cancer du côlon et du rectum par la méthode Delphi	« Tous les patients ont eu une coloscopie complète avant traitement opératoire tracée dans le dossier médical, lorsque celle-ci est réalisable » Résultats : côlon 45,2 % rectum 46,7 %	« Tous les patients ont eu un scanner abdomino-pelvien tracé dans le dossier médical » Résultats : côlon 66,1 % rectum 69,3 %  « Tous les patients ont eu un scanner thoracique tracé dans le dossier médical » Résultats : côlon 53,4 % rectum 60,5 %	« Tous les patients avec une tumeur localement évoluée à partir de T3 doivent avoir une IRM pelvienne »  Résultats : 40 %	« Tous les patients ont eu une biopsie par endoscopie tracée dans le dossier médical » Résultats : côlon 87,5 % rectum 94,0 %
Étude Suisse (Bianchi 2013)	Développement d'IQSS en Suisse sur le cancer colorectal - Méthode Delphi	“Proportion of patients with colorectal cancer, evaluated by preoperative colonoscopy” Pas de résultats			
Étude hollandaise (Gooiker 2013)	Évaluation de la validité d'IQSS sur le cancer colorectal, développés aux Pays-Bas par la méthode Delphi 85 hôpitaux enquêtés	“The percentage of patients, who had a “complete colonoscopy” before the resection. Complete colonoscopy is defined as a complete visualization of the colon until Bauhini's valve			

		by colonoscopy or ctcolonography” Résultats : Moyenne: 71 % Médiane: 69 %			
Étude américaine (Siegel 2014)	Évaluation de l’adhésion aux IQSS sur le cancer colorectal en Floride avec comparaison entre 2006 et 2009 - dans 10 centres	“For patients who had surgical resection, was “a barium enema or colonoscopy performed within 6 months before or 6 months after surgery?” Résultats : 2006: 86,7 % 2009: 80,8 %			

## IQSS B

### ◆ Recommandations

Cet indicateur ne s’appuie pas sur une recommandation spécifique, mais sur une forte demande des parties intéressées. En effet, la notion de délai a été citée à plusieurs reprises dans les contributions écrites rendues par les parties intéressées, aussi bien de la part des fédérations hospitalières que des représentants des patients.

Cet indicateur s’appuie également sur un des objectifs du Plan cancer 2014-2019 avec la volonté de développer une politique active de maîtrise des délais de traitement.

### ◆ Parangonnage

Au Québec, cet indicateur a été considéré comme étant un indicateur de qualité et de sécurité des soins lors d’un processus de consensus d’experts par méthode Delphi (Khare 2016). En France, il s’agit d’un indicateur déjà utilisé par Unicancer (« Délais de prise en charge dans le cancer colorectal » Unicancer, Institut Paoli Calmettes, 2007).

Les données de la littérature française rapportent deux études. La première est une étude rétrospective sur les données des registres entre 1999 et 2008 et a mesuré le délai médian entre le diagnostic et le 1<sup>er</sup> traitement. Pour le cancer du côlon, il était de 9 à 14 jours selon les registres et pour le cancer du rectum de 29 à 38 jours (Bouvier 2013). La seconde étude a mesuré le délai moyen entre la coloscopie et la chirurgie. Pour le cancer du côlon, il était de 25,6 jours (Pourcel 2013).

## IQSS C

### ◆ Recommandations

#### > TNCD – Cancer du rectum – 2016

« L’association d’une irradiation et d’une chimiothérapie concomitante est recommandée »

« Une radiochimiothérapie préopératoire est recommandée pour les cancers T3-T4 du moyen et bas rectum ou pour toutes les tumeurs qui à l’IRM sont à 1 mm ou moins du fascia recti quels qu’en soient le siège et le stade. Elle doit être discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire (grade A) »

## ◆ Parangonnage

À notre connaissance, il n'existe pas d'article reportant cet indicateur de qualité et de sécurité des soins pour le cancer colorectal.

## IQSS D

### ◆ Recommandation

Cet indicateur ne s'appuie pas directement sur une recommandation de bonne pratique spécifique mais est le résultat de la qualité des soins effectués. Il est en effet reconnu dans la littérature internationale (Shojania 2008) que la mortalité spécifique est « *une mesure adéquate de la performance, qu'il s'agisse de comparaison inter établissements de santé ou pour le suivi de la qualité des soins au cours du temps* » (Haute Autorité de santé 2017b).

Un rapport de la Haute Autorité de santé, publié en juillet 2017, recommande également de développer des indicateurs de mortalité spécifique qui est une mesure plus précise et plus médicale que la mortalité globale (Haute Autorité de santé 2017b).

Un délai de 30 jours est généralement utilisé pour cet indicateur. Cependant, pour le cancer colorectal, les complications chirurgicales surviennent souvent au-delà de 30 jours (Dekker. 2014). Plusieurs études conseillent donc d'utiliser un délai de 90 jours post-chirurgie (Visser 2009; de Vries 2014; Adam 2018).

Concernant les modèles d'ajustement, il n'existe pas de modèle type pour calculer les taux de mortalité (DREES 2011). Néanmoins, pour la mortalité post chirurgie du cancer colorectal, plusieurs variables sont systématiquement utilisées dans plusieurs études (Henneman 2014; Iversen 2014; Schootman 2014; de Vries 2014; Dekker 2014; Walker 2015; Adam 2018). L'objectif de notre indicateur étant d'évaluer la qualité de la chirurgie et des soins péri-opératoires, nous avons fait le choix de limiter les variables d'ajustement aux caractéristiques du patient et non aux caractéristiques du parcours de soins. Les variables retenues sont l'âge (65 ans, 65-74, > 74 ans), le sexe (homme, femme), les comorbidités (score de Charlson : 0, 1 ou > 1) et le type de chirurgie (Henneman 2014; de Vries 2014). Le type de chirurgie est utilisé ici comme une variable caractérisant le type de cancer et non comme une variable caractérisant la thérapie.

### ◆ Parangonnage

Le taux de mortalité postopératoire dans le cadre du cancer colorectal est un indicateur considéré par la méthode Delphi aux Pays-Bas (Gooiker 2013), en Suisse (Bianchi 2013) et au Québec (Khare 2016) comme étant un indicateur de qualité et de sécurité de soins utile à développer.

Aux Pays-Bas, le risque ajusté de la mortalité postopératoire à 30 jours était en moyenne de 3,6 %, avec une médiane (IQ) à 2,9 % (1,4 %-5,2 %) par établissement (Gooiker 2013). Une autre étude réalisée aux Pays-Bas montrait un taux brut de mortalité postopératoire à 30 jours de 4,3 % (Henneman 2014).

Une étude américaine réalisée à partir de la base de données nationale, a montré un taux brut de mortalité postopératoire à 90 jours de 4,4 % (Adam 2018).

Au Danemark, une autre étude réalisée à partir de bases de données médico-administratives a montré un taux brut de mortalité à 30 jours de 2,8 % en 2011 (Iversen 2014). Dans une étude réalisée auprès des patients âgés de 66 ans et plus, le taux brut de mortalité postopératoire à 30 jours était de 6,6 % (Schootman 2014).

En France, le réseau Oncomip et Unicancer ont également travaillé sur ce sujet.

En 2010, le réseau Oncomip rapportait des taux bruts de mortalité postopératoire à 30 jours de 1,8 % pour le côlon et de 1,9 % pour le rectum (Oncomip 2010).

« Taux de mortalité postopératoire à 30 jours » (Unicancer, Institut Paoli Calmette).

## IQSS E

### ◆ Recommandations

#### > TNCD 2016 – Cancer du rectum

« Coloscopie à 3 ans puis délai en fonction de la découverte ou non d'adénomes »

« Échographie abdominale et radiographie de thorax en alternance avec scanner thoraco-abdomino-pelvien tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans. »

#### > TNCD 2018 – Cancer du côlon non métastatique

« Coloscopie selon les recommandations de l'HAS

#### **En cas d'antécédent personnel de cancer colorectal :**

- si incomplète ou de mauvaises qualités avant l'intervention à faire dans les 9 mois postopératoire (accord professionnel), puis à 3 ans, puis à 5 ans, si celle à 3 ans est normale ;
- si complète et de bonnes qualités en préopératoire, elle sera refaite à 3 ans puis à 5 ans si celle à 3 ans est normale (niveau de la recommandation : grade B) ;
- en l'absence de syndrome de prédisposition génétique au cancer colorectal, après 3 coloscopies normales, le rythme de surveillance peut être espacé.

**Lorsque l'espérance de vie estimée est inférieure à 10 ans, la surveillance peut être interrompue (accord professionnel).**

#### **En cas de découverte d'adénome : se reporter aux recommandations de la HAS :**

- si syndrome de Lynch : contrôle tous les 1 à 2 ans avec chromoscopie par indigo-carmin à partir de l'âge de 20 ans (recommandation GENMAD 2009) [13] ;
- si PAF contrôle endoscopique avec chromoendoscopie du réservoir après anastomose iléo-anale tous les 2 ans (1 fois par an en cas d'anastomose iléo-rectale) (recommandation GENMAD 2009)[14] ;
- si polypose MYH contrôle endoscopique avec chromoendoscopie annuel du côlon restant (recommandation GENMAD 2009)[15]. »

« Échographie abdomino-pelvienne ou scanner abdomino-pelvien (ou en alternance) tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans. Scanner thoracique annuel pendant 5 ans. »

#### > HAS 2017 - Cancer colorectal : modalités de dépistage et de prévention chez les sujets à risque élevé et très élevé

Le suivi des patients avec un antécédent de cancer colorectal doit se faire par « une coloscopie à 1 an de la résection (ou sous 3-6 mois si coloscopie incomplète), puis tous les 5 ans (si résultats précédents normaux) » (Haute Autorité de santé 2017a).

### ◆ Parangonnage

À notre connaissance, très peu d'études se sont intéressées aux indicateurs sur la phase de suivi dans le parcours de soins. Seule une étude australienne a défini selon la méthode Delphi un indicateur de suivi dans les deux ans post-chirurgie : "Intensive follow-up (i.e. regular CEA and at least one CT) was performed within 2 years post-resection" (Young 2014). Les résultats ne sont pas cités dans l'étude.

### ◆ **Recommandations**

Cet indicateur ne s'appuie pas sur une recommandation particulière mais sur une demande des parties intéressées de développer un indicateur sur les soins de support.

Aussi cet indicateur s'appuie sur l'un des objectifs du Plan cancer 2014-2019 (Institut national du cancer, ministère des Affaires sociales et de la Santé, et ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche 2014) qui est d'améliorer la qualité de vie par l'accès aux soins de support.

Cet indicateur permet d'évaluer non seulement la qualité mais aussi la pertinence des soins chez des patients atteints d'un cancer métastatique.

### ◆ **Parangonnage**

Cet indicateur a été développé selon une méthode de consensus en Australie comme étant un indicateur de qualité et de sécurité des soins (Turner 2015).

De nombreuses études scientifiques se sont intéressées à la notion de soins agressifs en soins palliatifs pour les patients atteints d'un cancer, notamment l'administration d'une chimiothérapie dans le dernier mois de vie. Au Canada, une étude rétrospective a montré que 3,7 % des patients décédés d'un cancer colorectal de stade IV avaient reçu une chimiothérapie dans les 14 jours précédant leur décès (Hu 2014). Une étude multicentrique australienne s'est intéressée à plusieurs localisations de cancer. Concernant le cancer colorectal, 19 % des patients recevaient une chimiothérapie à 1 mois de leur décès et 7 % à 14 jours de leur décès (Kao 2009).

En France, une étude récente a montré que 19,5 % des patients recevaient une chimiothérapie dans le dernier mois de vie. Ce résultat n'était pas spécifique au cancer colorectal mais à un ensemble d'autres localisations cancéreuses (Rochigneux 2017).

**CANCER COLORECTAL**  
**INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS**



52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00  
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'Institut national du cancer  
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa

Réalisation : INCa

ISBN : 978-2-37219-950-6

ISBN net : 978-2-37219-951-3

DEPÔT LÉGAL NOVEMBRE 2022

Pour plus d'informations  
**e-cancer.fr**

Institut national du cancer  
52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00  
diffusion@institutcancer.fr