

FICHE D'INDICATEUR

Enregistrement : localisation œsophagienne ou gastrique incorrecte ou non spécifique

% de patients chez qui une ou plusieurs tumeurs primaires œsophagiennes ou gastriques ont été diagnostiquées, pour lesquels une localisation œsophagienne ou gastrique incorrecte ou non spécifique a été communiquée à la Fondation Registre du Cancer par un programme de soins en oncologie.

<i>Set d'indicateurs P4P 2020</i>	
<i>Domaine</i>	Indicateur lié à la pathologie / Indicateur de processus
<i>Date</i>	Juin 2020
<i>Version</i>	1
<i>Statut</i>	Le concept, les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis par la Fondation Registre du Cancer. La communication des résultats a été effectuée par la Fondation Registre du Cancer. Le groupe de travail stratégique P4P a défini l'attribution des points.
<i>Fiche de base</i>	
<i>Description et contexte de l'indicateur</i>	<p>Cet indicateur a été sélectionné pour le programme P4P 2020 en accord avec la Fondation Registre du Cancer.¹</p> <p>Les hôpitaux disposant d'un programme de soins de base en oncologie et les hôpitaux disposant d'un programme de soins en oncologie sont légalement tenus de participer à l'enregistrement des cancers. La topographie (c.-à-d. la localisation) de la tumeur primaire est une information dont l'enregistrement est obligatoire.</p>
<i>Lien avec la qualité</i>	<p>La localisation de la tumeur primaire est l'un des facteurs déterminants pour le choix du traitement individuel. Par ailleurs, une détermination adéquate du stade selon la classification TNM nécessite de connaître la localisation de la tumeur primaire, en particulier dans le cas de tumeurs de la jonction gastro-œsophagienne (c.-à-d. les tumeurs jonctionnelles, C16.0).^{2,3} Il incombe aux hôpitaux qui disposent d'un programme de soins en oncologie ou d'un programme de soins de base en oncologie d'enregistrer correctement cette information capitale.</p> <p>De plus, en intégrant cet indicateur dans le programme P4P, on améliore aussi la qualité de l'enregistrement des cancers en Belgique.</p>

Raisonnement

La localisation de la tumeur est classée sur la base de "*l'International Classification of Diseases for Oncology*" (ICD-O), troisième édition.^{4,5} Les codes topographiques C15.9 et C16.9 sont utilisés lorsque la localisation d'une tumeur, respectivement dans l'œsophage et dans l'estomac, ne peut être déterminée de façon précise (localisation non spécifique/non spécifiée).² La Fondation Registre du Cancer recommande d'encoder toujours la localisation de la façon la plus spécifique ou précise possible, et d'éviter autant que possible l'utilisation de codes topographiques non spécifiques.²

Fiche technique

<i>Type d'indicateur</i>	Indicateur de processus clinique
<i>Source</i>	<p>Cet indicateur est calculé à partir des données disponibles dans la base de données fermée de la Fondation Registre du Cancer pour les années d'incidence 2015, 2016 et 2017.</p> <p>Il faut au minimum un code topographique spécifique correct par diagnostic. Les patients sont attribués à l'hôpital ou aux hôpitaux qui ont effectué un enregistrement du cancer pour le diagnostic ; il se peut dès lors qu'un patient soit affecté à plusieurs hôpitaux. Si au moins un code topographique spécifique correct a été communiqué pour le patient par l'un des hôpitaux concernés, ce code est considéré comme correct pour tous les hôpitaux auxquels le patient a été attribué.</p> <p>La base de données utilisée est celle de la Fondation Registre du Cancer (caractéristiques du patient et des tumeurs).</p>
<i>Inclusion</i>	Les critères d'inclusion pour cet indicateur sont repris sur la fiche technique de la Fondation Registre du Cancer .
<i>Exclusion</i>	Les critères d'exclusion pour cet indicateur sont repris sur la fiche technique de la Fondation Registre du Cancer .
<i>Indicateur</i>	% de patients domiciliés en Belgique chez qui une ou plusieurs tumeurs primaires œsophagiennes ou gastriques ont été diagnostiquées au cours des années d'incidence 2015-2017, pour lesquels la topographie a été enregistrée de façon insuffisamment spécifique ou incorrecte au moment du diagnostic par un programme de soins en oncologie et communiquée à la Fondation Registre du Cancer.
<i>Numérateur</i>	Tous les patients domiciliés en Belgique chez qui une ou plusieurs tumeurs primaires œsophagiennes ou gastriques ont été diagnostiquées au cours des années d'incidence 2015-2017, pour lesquels la topographie a été enregistrée de façon insuffisamment spécifique (sauf

en cas de tumeurs primaires métastasées) ou incorrecte au moment du diagnostic par un programme de soins en oncologie et communiquée à la Fondation Registre du Cancer.

Dénominateur

Tous les patients domiciliés en Belgique chez qui une ou plusieurs tumeurs primaires œsophagiennes ou gastriques ont été diagnostiquées au cours des années d'incidence 2015-2017.

Valeur cible

≤ 10 %

Attribution des points

Dans son feed-back aux hôpitaux, la Fondation Registre du Cancer utilise souvent le graphique en forêt ("forest plot") pour la visualisation des résultats. Pour l'évaluation d'indicateurs dans le programme P4P, de même que pour cet indicateur, il est fait usage d'un graphique en entonnoir ("funnel plot"), dans lequel les hôpitaux qui s'écartent de manière significative (au-dessus ou en dessous de la limite de contrôle) de la valeur cible sont positionnés associés à un numéro anonyme.

Le graphique en entonnoir présente l'avantage (1) d'éviter un classement suggestif des hôpitaux (basé sur le résultat, sans tenir compte du degré d'incertitude), (2) de permettre une évaluation plus facile de la distribution des résultats à l'intérieur et hors des limites des différentes lignes de percentile, (3) de permettre une visualisation de la relation volume-résultat et (4) de visualiser la plus grande variabilité en cas de volumes plus faibles. Le diagramme en entonnoir fournit des informations faciles à interpréter sur les résultats de l'hôpital, en visualisant l'intervalle de fiabilité en fonction du volume et en tenant compte de la variation aléatoire.^{6,7}

Méthodologie statistique

Les indicateurs de processus cliniques doivent être considérés comme des processus binaires (binomiaux ou de Bernoulli). Comme pour les indicateurs de résultats, on peut parler de "taux" ou de « proportions ». ⁸ Il existe un degré d'incertitude dans les variables binaires et cette incertitude est plus grande si les volumes sont faibles. ⁹ En ce sens, un graphique en entonnoir est une représentation appropriée et statistiquement correcte d'un indicateur de processus. Puisque pour cet indicateur "Enregistrement : localisation œsophagienne ou gastrique incorrecte ou non spécifique", l'enregistrement d'une localisation spécifique n'est pas toujours possible, il est permis d'affirmer qu'un degré d'incertitude existe pour cet indicateur.

Les graphiques en entonnoir ne sont pas un instrument approprié pour une comparaison directe de deux hôpitaux et ne doivent pas être utilisés à cette fin. Dans le contexte de l'amélioration de la qualité, une distinction doit être établie entre pertinence clinique (toute amélioration est utile) et signification statistique (un écart de résultat n'est pas dû au hasard).

Dans une perspective globale d'amélioration de la qualité, chaque hôpital est encouragé à améliorer ses résultats, même s'ils se situent dans les limites de contrôle de la représentation en entonnoir. Du point de vue de l'évaluation de la qualité, l'objectif est d'identifier les hôpitaux qui s'écartent de manière significative de la norme (ou de la cible) d'un point de vue statistique. Si aucune valeur cible préétablie n'est disponible, la comparaison se fait alors avec la moyenne de l'ensemble des hôpitaux comme c'est le cas par exemple pour les indicateurs de mortalité.

L'interprétation d'un diagramme en entonnoir consiste donc à détecter une variation de "cause particulière", c'est-à-dire à identifier les hôpitaux qui se trouvent sous les limites de contrôle ou au-delà de celles-ci et pour lesquels une analyse plus approfondie des résultats est donc nécessaire. Dans le cadre du programme P4P, ces hôpitaux sont soit "récompensés" (avec 5 points), soit "pénalisés" (avec 0 point). Pour les hôpitaux qui se trouvent dans les limites de contrôle, on peut parler de variation de "cause commune" (fluctuation aléatoire qui n'est pas nécessairement due à des causes particulières). Il n'est pas permis ici d'affirmer avec certitude que cette variabilité est due à une différence de qualité des soins. Ces hôpitaux reçoivent 3 points dans le cadre du P4P. Les concepts de variation de "cause commune" et de variation de "cause spéciale" ont déjà été décrits par Shewhart en 1925 et plus tard (re)formulés par Spiegelhalter.^{8,9}

Lors de l'interprétation des graphiques dans le rapport de feed-back, il faut tenir compte du fait que les résultats des hôpitaux (des taux ou proportions) ayant des volumes d'activité différents ne sont pas directement comparables entre eux, à moins de comparer statistiquement les deux proportions en tenant compte du problème de tests multiples (correction de Bonferroni).

En fonction du volume, les limites de contrôle seront différentes. Seuls les hôpitaux ayant un volume comparable (situés sur un même axe vertical) possèdent des limites de contrôle comparables.

Dans le programme P4P, une limite de contrôle de 99,8 % est fixée afin d'éviter les résultats hors norme ("outliers") faussement positifs (c.-à-d. considérés à tort comme meilleurs ou pires que la cible par suite d'une variation aléatoire).

On retrouve cette limite dans la littérature, parfois aussi une limite à 95 %.^{9,10-13} Comme indiqué dans l'article de Spiegelhalter⁸, il est possible d'utiliser soit deux soit trois écarts-types pour distinguer une variation aléatoire normale ("random cause") de la variation "special cause" (c.-à-d. une variation qui n'est pas imputable à une variabilité intrinsèque). Deux écarts-types correspondent à une limite de contrôle de 95 % et trois écarts-types à une limite de contrôle de 99,8 %.

Au cours de la phase de démarrage du P4P, il a délibérément été opté en faveur d'un modèle assorti de limites de contrôle strictes de 99,8 % afin de placer la barre suffisamment haut et de permettre une interprétation sans ambiguïté des résultats. Cela permettra aussi à terme d'évaluer l'amélioration sur la base du même étalon de mesure. L'utilisation de plusieurs limites de contrôle permettrait peut-être de mieux nuancer les résultats pour certains indicateurs, mais elle prêterait davantage à discussion dans le contexte d'un P4P.

Cet indicateur relève du domaine des indicateurs de processus cliniques en oncologie.

La valeur cible pour cet indicateur a été fixée à 10 % en concertation avec la Fondation Registre du Cancer. Les résultats sont affichés dans un entonnoir autour de cette valeur cible.

Les hôpitaux sont répartis en 3 groupes en fonction des points obtenus. Cela se fait sur la base d'une limite de contrôle de 99.8 % (il s'agit de l'intervalle de confiance exact à 99,8 % d'une variable répartie de manière binomiale).

Les points de données situés dans les limites de contrôle sont considérés comme une variation normale (imputable au seul hasard) autour de la valeur cible de 10 %.

Les points de données situés hors des limites de contrôle inférieure ou supérieure sont considérés comme "hors variation normale" (imputables à des causes "spéciales") autour de la valeur cible de 10 %.

Nombre de points à obtenir pour ce domaine

Le nombre maximal de points à gagner pour le domaine des indicateurs de processus cliniques en oncologie est de 25.

Nombre de points à obtenir pour cet indicateur

Le nombre maximum de points à obtenir avec cet indicateur est de 10. Il est attribué 5, 3 ou 0 points en fonction de la position dans le graphique en entonnoir. Ce score est ensuite recalculé sur un total de 10 points.

Pour cet indicateur, un faible pourcentage correspond à un bon résultat.

Hôpitaux avec % de conformité \geq limite de contrôle supérieure	0 point
Hôpitaux avec % de conformité dans les limites de contrôle	3 points
Hôpitaux avec % de conformité \leq limite de contrôle inférieure	5 points

Feed-back et rapportage aux hôpitaux

En juillet 2020, les hôpitaux recevront un rapport de feed-back individuel avec les résultats obtenus pour les indicateurs. Ce rapport sera mis à la disposition des hôpitaux via Portahealth. Dans le rapport de feed-back de l'hôpital, le résultat individuel en % pour cet indicateur est communiqué, de même que le numérateur, le dénominateur et les limites de contrôle. Dans le graphique en entonnoir, le numéro d'hôpital anonyme n'est mentionné que pour les hôpitaux qui présentent un résultat déviant.

Contrairement aux années précédentes, plus **aucune correction intermédiaire** ne sera appliquée.

Si un hôpital a une remarque à formuler concernant le financement octroyé pour l'année 2020, il doit le signaler officiellement conformément à l'article 108 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

Les hôpitaux disposent d'un délai d'un mois après la date de publication de l'AR adapté (automne 2020) pour introduire une réclamation officielle. S'il en résulte une implication financière, celle-ci sera imputée dans le montant de rattrapage de juillet 2021. Les hôpitaux pour lesquels des adaptations (de fond et/ou financières) sont apportées sur la base des réclamations officielles, reçoivent un rapport de feedback adapté.

Références

1. Programme Pay for Performance 2020 pour les hôpitaux généraux, SPF Santé publique, février 2020.
2. Lerut T, Stordeur S, Verleye L, Vlayen J, Boterberg T, De Hertogh G, De Mey J, Deprez P, Flamen P, Pattyn P, Van Laethem J-L, Peeters M. Actualisation des recommandations de bonne pratique clinique pour le cancer de l'œsophage et de l'estomac. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2012. KCE Report 179B. D/2012/10.273/32.
3. Brierley JD, Gospodarowicz MK and Wittekind C. TNM Classification of Malignant Tumours, Eighth Edition. Union for International Cancer Control (UICC) 2017; Wiley-Blackwell.
4. Manuel pour l'enregistrement d'un nouveau diagnostic de cancer et d'un follow up. Fondation Registre du Cancer 2017.
<https://kankerregister.org/media/docs/downloads/programmedesoins/SKankerRegisterHandleiding2017FR.PDF>
5. Fondation Registre du Cancer, CIM-O Classification internationale des maladies pour l'oncologie. Peut être obtenue gratuitement auprès du Registre du Cancer en cas de participation à la formation de base. Disponible également sur le site du Registre du Cancer <http://www.kankerregister.org>
6. Mohammed MA, Deeks JJ. In the context of performance monitoring, the caterpillar plot should be mothballed in favor of the funnel plot. *Ann Thorac Surg.* 2008 Jul;86(1):348; author reply 349. doi: 10.1016/j.athoracsur.2007.10.028.
7. van Dishoeck AM1, Looman CW, van der Wilden-van Lier EC, Mackenbach JP, Steyerberg EW. Displaying random variation in comparing hospital performance. *BMJ Qual Saf.* 2011 Aug;20(8):651-7. doi: 10.1136/bmjqs.2009.035881. Epub 2011 Jan 12.
8. Shewhart WA. The application of statistics as an aid in maintaining quality of a manufactured product. *J Am Stat Assoc.* 1925;20:546-548.
9. Spiegelhalter DJ. Funnel plots for comparing institutional performance. *StatMed.* 2005;24(0277-6715 (Print)):1185-1202. file:///G:/DG1/DM/Cel studies/litt?ature/%7B1957%7D Funnel plots for Comparing Institutional Performance.pdf.
10. Hirsch O, Donner-Banzhoff N, Schulz M, Erhart M. Detecting and Visualizing Outliers in Provider Profiling Using Funnel Plots and Mixed Effects Models-An Example from Prescription Claims Data. *Int J EnvironRes Public Heal.* 2018;15(1660-4601 (Linking)).

11. Sirwardena AN, Shaw D, Donohoe R, Black S, Stephenson J. Development and pilot of clinical performance indicators for English ambulance services. *Emerg Med J* 2010; 27(4):327-331.
12. Cahir C, Fahey T, Teljeur C, Bennett K. Prescriber variation in potentially inappropriate prescribing in older populations in Ireland. *BMC Fam Pract* 2014; 15:59.
13. Ohlssen DI, Sharpless LD, Spiegelhalter DJ. A hierarchical modelling framework for identifying unusual performance in health care providers. *J R Statist Soc A* 2007; 170:865-890.