

**FICHE  
D'INDICATEUR**

**Mortalité postopératoire du cancer du rectum**

% mortalité postopératoire à 90 jours après une chirurgie radicale pour un cancer du rectum diagnostiqué au cours des années d'incidence 2014-2016

<p><b>Set d'indicateurs P4P 2019</b></p> <p><i>Domaine</i> <i>Date</i> <i>Version</i> <i>Statut</i></p>	<p>Qualité des soins</p> <p>Avril 2019</p> <p>2 (2019)</p> <p>Validée par la Fondation Registre du Cancer</p>
<p><b>Fiche de base</b></p>	
<p><i>Description et contexte de l'indicateur</i></p>	<p>Cet indicateur a été sélectionné pour le programme P4P 2019 en concertation avec la Fondation Registre du Cancer (BCR).<sup>1</sup></p> <p>Cet indicateur permet de mesurer la qualité du traitement chirurgical en cas de résection du rectum.</p>
<p><i>Justification</i></p>	<p>La résection radicale des tumeurs invasives du rectum, au cours de laquelle le mésorectum et donc le tissu lymphatique sont également enlevés, est considérée comme curative. Une excision mésorectale adéquate, en fonction de la localisation de la tumeur primaire, a un impact sur le risque de récurrence locale. On observe un taux de survie spécifique au cancer &gt; 95% chez les patients ayant bénéficié d'une chirurgie adéquate.<sup>2</sup></p>
<p><i>Lien avec la qualité</i></p>	<p>La mortalité postopératoire, corrigée en fonction de certaines caractéristiques des patients et des tumeurs, est un indicateur important de la qualité des soins fournis. Les soins chirurgicaux, en particulier la chirurgie rectale radicale, couvrent l'entièreté du processus, depuis la sélection adéquate des patients (évaluation des risques), le choix du type d'intervention, les phases pré- et périopératoires jusqu'à la prestation de soins postopératoires efficaces.<sup>3,4</sup></p>

## Fiche technique

<i>Type d'indicateur</i>	Indicateur de résultat
<i>Source</i>	<p>Cet indicateur est calculé sur la base de l'état des données disponibles dans la base de données fermée du BCR pour les années d'incidence 2014 à 2016.</p> <p>Les bases de données utilisées sont celles de la Fondation Registre du Cancer (caractéristiques des patients et des tumeurs), de l'Agence Intermutualiste (informations relatives à la chirurgie) et de la Banque Carrefour de la sécurité sociale (statut vital).</p>
<i>Inclusion</i>	Les critères d'inclusion spécifiques à cet indicateur sont décrits dans la <a href="#">fiche technique de la Fondation Registre du Cancer</a> .
<i>Exclusion</i>	Les critères d'exclusion spécifiques à cet indicateur sont décrits dans la <a href="#">fiche technique de la Fondation Registre du Cancer</a> .
<i>Indicateur</i>	% mortalité postopératoire à 90 jours après une chirurgie radicale pour un cancer du rectum invasif diagnostiqué au cours des années d'incidence 2014-2016.
<i>Dénominateur</i>	Tous les patients diagnostiqués d'un cancer invasif du rectum au cours des années d'incidence 2014-2016 qui ont reçu une chirurgie à visée curative dans les 9 mois après la date d'incidence et dont le statut vital est connu ou qui n'ont pas été perdus de vue ('lost-to follow up') dans les 90 jours suivant la chirurgie (définis ici comme $\Sigma$ patients inscrits dans le BCR).
<i>Numérateur</i>	Tous les patients inclus dans le dénominateur qui sont décédés dans les 90 jours suivant la chirurgie.
<i>Valeur de référence</i>	$\frac{\Sigma \text{ décès observés}(O)}{\Sigma \text{ patients inscrits dans le BCR}} * 100$ pour tous les hôpitaux réunis.

## Octroi des points

<p><i>Cet indicateur relève du domaine des indicateurs de résultat</i></p>	<p>Afin de pouvoir comparer différents hôpitaux le plus précisément possible, un indicateur standardisé a été calculé. La standardisation est décrite dans la <a href="#">fiche technique de la Fondation Registre du Cancer</a>.</p> <p>Les différences des populations de patients (cas cliniques) entre les hôpitaux ont été prises en compte. Les caractéristiques suivantes des patients et des tumeurs ont été prises en compte pour la standardisation: âge au moment du diagnostic, sexe, score de performance OMS et stade clinique au moment du diagnostic.</p> <p>La standardisation a été obtenue sur la base d'un modèle logistique qui utilise les caractéristiques susmentionnées des patients et des tumeurs comme prédicteurs indépendants. Le nombre de décès attendus au sein d'un hôpital est égal à la somme des prédictions du modèle pour chaque patient de cet hôpital. Cela correspond au nombre de décès attendus si les soins moyens étaient dispensés dans cet hôpital.</p> <p>Le "<i>Standardized Event Ratio (SER)</i>" a été calculé pour chaque hôpital. Le SER est égal au nombre de décès (O) divisé par le nombre de décès attendus (E) au sein de l'hôpital après standardisation.</p> <p>En multipliant le SER par la valeur de référence (définition, voir page précédente), on obtient pour chaque hôpital la mortalité postopératoire du cancer du rectum à 90 jours corrigée en fonction des risques.</p> <p>Le résultat de l'indicateur de mortalité est présenté à l'aide d'un graphique en entonnoir ("funnel plot") dans lequel les hôpitaux qui présentent un écart significatif sont positionnés avec un code anonyme.<sup>5,6</sup> Il est ainsi possible de montrer quels hôpitaux s'éloignent sensiblement de la valeur de référence (autrement dit, la ligne de référence dans le graphique en entonnoir).</p> <p>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 fiabilité exact à 99,8% d'une variable partagée de manière binomiale).</p> <p>Les points de données situés hors des limites de contrôle ou aux limites de contrôle inférieure ou supérieure sont considérés comme "hors variation normale" (imputables à des causes "spéciales") autour de la valeur de référence.</p> <p>Les points de données situés dans les limites de contrôle sont considérés comme une variation "normale" (imputable au hasard) autour de la valeur de référence.</p>
<p><i>Nombre de points à acquérir dans ce domaine</i></p>	<p>Le nombre maximum de points à acquérir pour cet indicateur de mortalité est de 5. Le nombre total de points pour cet indicateur de résultat correspond au score du domaine sur 5 points.</p>
<p><i>Nombre de points à acquérir pour cet indicateur</i></p>	<p>Les hôpitaux peuvent obtenir 5, 3 ou 0 point(s) pour cet indicateur, selon le résultat obtenu (position dans le funnel). Pour cet indicateur, un faible pourcentage correspond à un bon résultat.</p>

	<table border="1"> <tr> <td>Hôpitaux avec un % <math>\geq</math> limite de contrôle supérieure</td> <td>0 point</td> </tr> <tr> <td>Hôpitaux avec un % dans les limites de contrôle</td> <td>3 points</td> </tr> <tr> <td>Hôpitaux avec un % <math>\leq</math> limite de contrôle inférieure</td> <td>5 points</td> </tr> </table>	Hôpitaux avec un % $\geq$ limite de contrôle supérieure	0 point	Hôpitaux avec un % dans les limites de contrôle	3 points	Hôpitaux avec un % $\leq$ limite de contrôle inférieure	5 points
Hôpitaux avec un % $\geq$ limite de contrôle supérieure	0 point						
Hôpitaux avec un % dans les limites de contrôle	3 points						
Hôpitaux avec un % $\leq$ limite de contrôle inférieure	5 points						
<p><i>Feed-back et rapportage aux hôpitaux</i></p>	<p>Les informations suivantes concernant les résultats seront communiquées à chaque hôpital individuellement:</p> <p><u>Un tableau récapitulatif</u> reprenant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D = Dénominateur = nombre de patients inscrits dans le BCR qui ont été opérés dans cet hôpital</li> <li>• Décès (O) = nombre de décès observés</li> <li>• Décès attendus (E) = nombre de patients dont on s'attend au décès après la standardisation des données. Les caractéristiques suivantes des patients et des tumeurs ont été utilisées pour la standardisation: âge au moment du diagnostic, sexe, score de performance OMS et stade clinique au moment du diagnostic.</li> <li>• Standardized Event Ratio (SER) = O/E = décès/décès attendus au sein de l'hôpital</li> <li>• Mortalité à 90 jours (en %) = SER * la valeur de référence = O/E * la valeur de référence</li> </ul> <p><u>Un graphique en entonnoir</u> (funnel plot) affichant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour chaque hôpital, la mortalité postopératoire du cancer du rectum à 90 jours (%)</li> <li>• Les limites de contrôle</li> </ul> <p>Les hôpitaux présentant un écart significatif peuvent se positionner dans le graphique en entonnoir (funnel plot) au moyen du numéro anonyme.</p> <p>En avril 2019, les hôpitaux recevront un rapport de feedback qui leur permettra de valider les résultats obtenus par indicateur.</p> <p>Le rapport sera disponible sur <i>Portahealth</i> à partir de juillet 2019.</p>						
<p><i>Références</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Note <a href="#">Programme Pay for Performance 2019 pour les hôpitaux généraux, SPF Santé publique</a>.</li> <li>2. Peeters M, Zlotta A, Roucoux F, De Greve J, Van Belle S, Haelterman M, Ramaekers D, Dargent G. Recommandations nationales du Collège d'oncologie: A. Cadre général pour un manuel d'oncologie. B. Base scientifique pour itinéraires cliniques de diagnostic et traitement, cancer colorectal et cancer du testicule. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Avril 2006. KCE reports vol. 29B (D/2006/10.273/13).</li> <li>3. Penninckx F, Roels S, Leonard D, Laurent S, Decaestecker J, De Vleeschouwer C, et al. Assurance de Qualité pour le cancer du rectum - Phase 1: Recommandation de bonne pratique pour la prise en charge du cancer rectal. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2007. KCE reports vol. 69B (D/2007/10.273/55).</li> <li>4. Vlayen J, Verstreken M, Mertens C, Van Eycken E, Penninckx F. Assurance de qualité pour le cancer rectal - Phase 2: développement et test d'un ensemble d'indicateurs de qualité. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE reports vol. 81B (D/2008/10.273/39).</li> <li>5. Spiegelhalter DJ. Funnel plots for comparing institutional performance. Stat Med 2005; 24(8):1185-1202.</li> </ol>						

---

6.	Vrijens F, De Gauquier K, Camberlain C. Le volume des interventions chirurgicales et son impact sur le résultat: étude de faisabilité basée sur des données belges. KCE reports vol. 113B, 1-260. 2009.
----	---

---