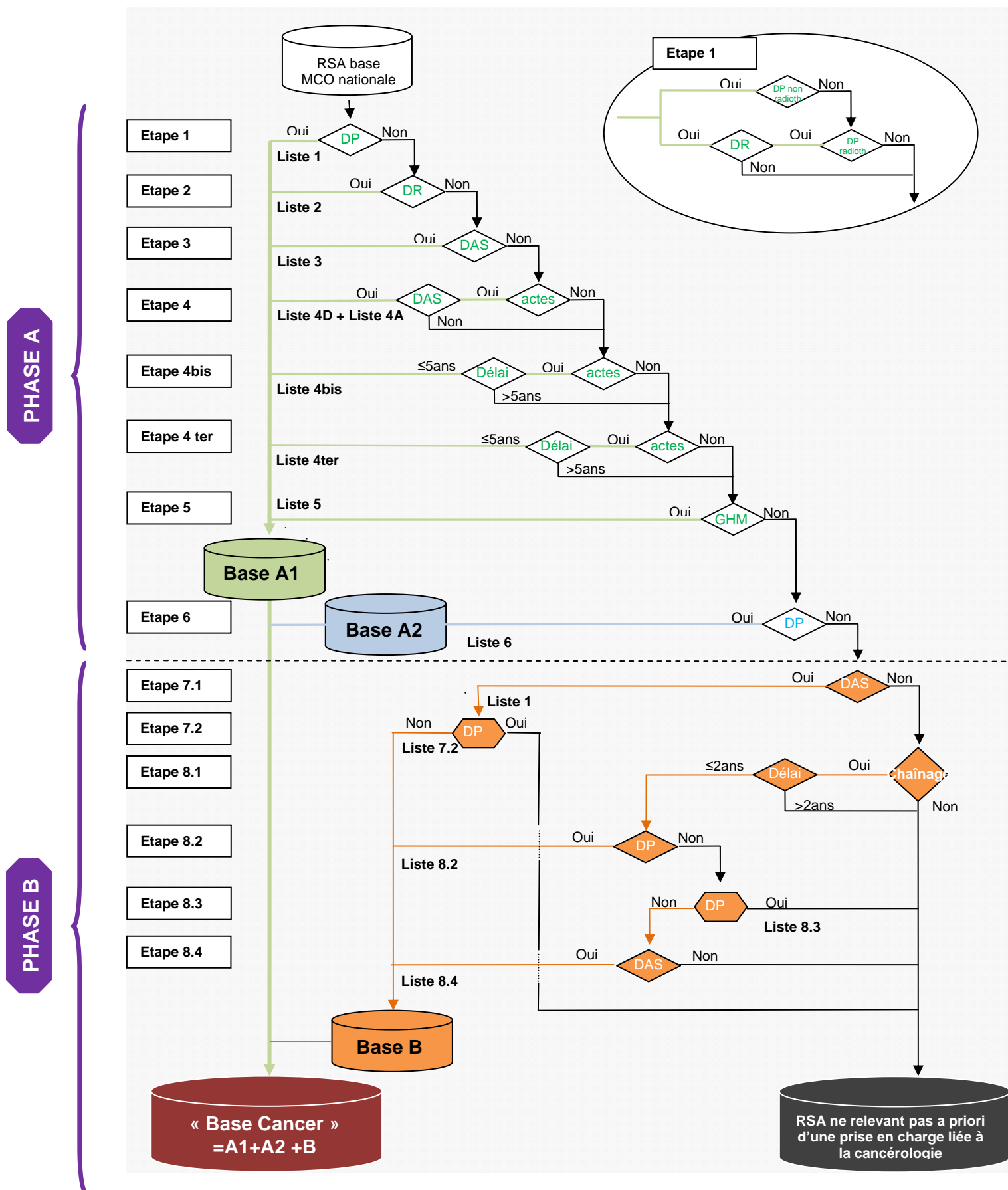


NB : Ce document est un extrait de l'Algorithme de sélection des hospitalisations liées à la prise en charge du cancer dans les bases nationales d'activité hospitalière de court séjour, publié sur le site de l'INCA.

L'intégralité du document est disponible à cette adresse :

<http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Algorithme-de-selection-des-hospitalisations-liees-a-la-prise-en-charge-du-cancer-dans-les-bases-nationales-d-activite-hospitaliere-de-court-sejour>

Figure 1. Schéma de l'algorithme cancer V1



Phase A : détail des étapes de l'algorithme cancer

Pour la réalisation de la phase A, c'est-à-dire pour la sélection des séjours et séances relevant de façon quasi certaine d'une prise en charge liée à la cancérologie, une double contrainte s'est imposée :

- minimiser le risque de « faux positifs », c'est-à-dire de sélectionner à tort des séjours où figurerait un code traceur de cancer, mais où aucune prise en charge en lien avec la cancérologie n'aurait été effectuée ;
- minimiser également le risque de ne pas sélectionner des séjours dans cette phase alors qu'il y aurait eu une prise en charge liée à la cancérologie.

Pour être intégrée durant la phase A, la prise en charge doit inclure la présence d'un code traceur dans les champs diagnostics, actes, ou GHM du RSA (Résumé de sortie anonyme).

La liste des codes traceurs « diagnostics » a été établie à partir de la classification internationale des maladies (CIM10), en tenant compte des évolutions annuelles depuis 2005.

La liste des codes traceurs « actes » a été établie à partir de la classification commune des actes médicaux (CCAM), en tenant compte des évolutions annuelles depuis 2005.

La liste des codes traceurs « GHM » a été établie à partir des classifications des GHM V10 à V11d.

Étape 1

Codes « diagnostics traceurs » en Diagnostic Principal (Liste 1)

- codes de tumeur maligne invasive, *in situ* ou à évolution imprévisible (C00-D09 et D37-D48)
- codes de chimiothérapie pour tumeur (Z51.1)
- codes de radiothérapie (préparation ou irradiation) (Z51.0-) si le DR est un code de tumeur maligne invasive, *in situ* ou à évolution imprévisible (C00-D09 et D37-D48) ou si le DR n'est pas renseigné
- codes d'examen de contrôle après traitement de tumeur maligne (Z08)
- codes de pathologies dont le libellé inclut des pathologies tumorales (ex : G73.2 : « autres syndromes myasthéniques au cours de maladies tumorales (C00-D48) »), ou une complication du traitement du cancer (ex : K52.0 : « gastroentérite et colite dues à une irradiation »)
- codes en liaison avec les greffes de moelle osseuse (présence (Z94.80-), rejet, réaction du greffon (T86.-)) si la greffe de moelle a été réalisée pour tumeur maligne

Les codes de tumeurs à évolution imprévisible ont été pris en compte, car elles représentent pour les cliniciens des pathologies dont la prise en charge est proche de celles des cancers, et elles évoluent potentiellement vers un cancer. En outre, ceci est conforme à la méthodologie de nombreuses statistiques publiées sur le cancer.

La liste de ces codes traceurs a été établie à partir de la CIM10 incluant les modifications introduites en 2012
Le détail des codes retenus est présenté en annexe

À cette étape comme aux suivantes, les séjours sélectionnés sur la présence de codes en liaison avec les greffes de moelle osseuse (présence, échec, rejet) en diagnostic principal, relié ou associé significatif, n'ont été retenus que si la greffe a été réalisée pour tumeur maligne (en remontant jusqu'aux RSA de 2007) ou si le séjour lui-même mentionne une tumeur primitive.

Remarque : les tumeurs bénignes intracrâniennes n'ont pas été prises en compte, car les codes CIM10 leur correspondant ne permettent pas de distinguer les formes bénignes (les plus fréquentes) des formes graves qui font l'objet d'une prise en charge similaire à la prise en charge d'une tumeur maligne.

Étape 2

Codes « diagnostics traceurs » en Diagnostic Relié (Liste 2)

- codes de tumeur maligne invasive, *in situ* ou à évolution imprévisible (C00-D09 et D37-D48)
- codes de pathologies dont le libellé inclut les pathologies tumorales (ex : G73.2 : « autres syndromes myasthéniques au cours de maladies tumorales (C00-D48) »), ou une complication du traitement du cancer (ex : K52.0 : « gastroentérite et colite dues à une irradiation »)
- codes en liaison avec les greffes de moelle osseuse (présence, rejet, réaction du greffon, ex : T86) si la greffe de moelle a été réalisée pour tumeur maligne

La liste de ces codes traceurs a été établie à partir de la CIM10 incluant les modifications introduites en 2012
Le détail des codes retenus est présenté en annexe

Étape 3

Codes « diagnostics traceurs » en Diagnostic Associé Significatif (Liste 3)

- tumeurs malignes secondaires (C77-C79)
- codes d'examen de contrôle après traitement de tumeur maligne (Z08)
- codes de chimiothérapie pour tumeur ou radiothérapie (dont préparation) (Z51.0-, Z51.1)
- codes d'effets indésirables des traitements antitumorales (Y43.1, Y43.2, Y43.3, Y63.2)
- présence de greffe (moelle osseuse, cellules souches hématopoiétiques) si la greffe de moelle a été réalisée pour tumeur maligne

La liste de ces codes traceurs a été établie à partir de la CIM10 incluant les modifications introduites en 2012
Le détail des codes retenus est présenté en annexe

Étape 4

Codes « actes traceurs » (Liste 4A)

Sont retenus à cette étape les RSA mentionnant un des actes suivants :

- injection d'agent anticancéreux
- irradiation externe (séances, préparations, reprises de préparations)
- curiethérapie (y compris pose de guide)
- pose de système de repérage de tumeur
- supplément pour diagnostic histopathologique portant sur des lésions malignes tumorales
- prélèvements pour thérapie cellulaire
- injections IV pour thérapie cellulaire
- destruction tissulaire photodynamique de lésion de l'arbre trachéobronchique avec laser, par fibroscopie
- poses d'endoprothèse digestive (œsogastroduodénale, biliaire, pancréatique ou colique), trachéobronchique ou urinaire
- destruction de tumeur hépatique par radiofréquence, par voie transcutanée avec guidage

Afin d'éviter une sélection de prises en charge concernant des tumeurs bénignes, la présence d'un code diagnostique (liste 4D=liste 1 + codes d'effets indésirables des traitements anti-tumoraux) en DAS est requise en plus de la présence d'un code CCAM traceur.

L'activité de radiothérapie réalisée dans les cabinets libéraux ne figure pas dans la base nationale : ce champ d'activité ne peut pas être abordé par cet outil.

La liste des codes traceurs « actes » a été établie à partir de la classification CCAM (2005-2012)
Le détail des codes retenus est présenté en annexe

Étape 4 bis

Reconstruction mammaire (Liste 4 bis)

Sélection des séjours comportant un acte de reconstruction mammaire et/ou de symétrisation chez des patientes si la chirurgie mammaire pour cancer du sein date de 5 ans au plus. Les séjours de chirurgie carcinologique mammaire sont sélectionnés selon un sous-algorithme présenté dans la figure ci-après.

La liste des codes traceurs « actes » a été établie à partir de la classification CCAM (2005-2012)
Le détail des codes retenus est présenté en annexe

Figure 2. Sous-algorithme de sélection des séjours de chirurgie carcinologique mammaire

« K sein » = Tumeurs malignes invasives, Tumeurs *in situ*, Tumeurs à évolution imprévisible

La liste de ces codes diagnostics traceurs été établie à partir de la CIM10 incluant les modifications introduites en 2011

Source : INCa

Étape 4 ter

Reconstruction ORL (Liste 4 ter)

Sélection des séjours comportant un acte de reconstruction ORL chez des patients si la chirurgie ORL pour cancer date de 5 ans au plus. Les séjours de chirurgie ORL considérés ici ont été sélectionnés selon une liste de diagnostic en diagnostic principal et le classement du séjour dans un GHM chirurgical (lettre C en 3^e position).

La liste des codes traceurs « actes » a été établie à partir de la classification et CCAM (2005-2012)

La liste des codes diagnostics traceurs a été établie à partir de la CIM 10 incluant les modifications introduites en 2012

Le détail des codes retenus est présenté en annexe

Méthode de calcul du délai pour les étapes 4 bis et 4 ter

- Entre deux hospitalisations postérieures à 2005 : le délai entre deux hospitalisations d'une même personne a été calculé à l'aide du numéro de séjour (ANO) corrigé selon les indications de l'ATIH² pour les années 2006 à 2008.

$$\text{Délai (années)} = (\text{ANO hosp12} - (\text{ANO hosp1} + \text{durée de séjour hosp1}))/365,25$$

- Entre une hospitalisation de 2005 et une hospitalisation postérieure : le numéro ANO de 2005 ne peut être rapporté aux années suivantes. La date de sortie de chaque hospitalisation a été mise arbitrairement au 15 du mois.

$$\text{Délai (années)} = ((\text{Date sortie hosp12} - \text{durée de séjour Hosp12}) - \text{Date sortie hosp1})/365,25$$

Étape 5

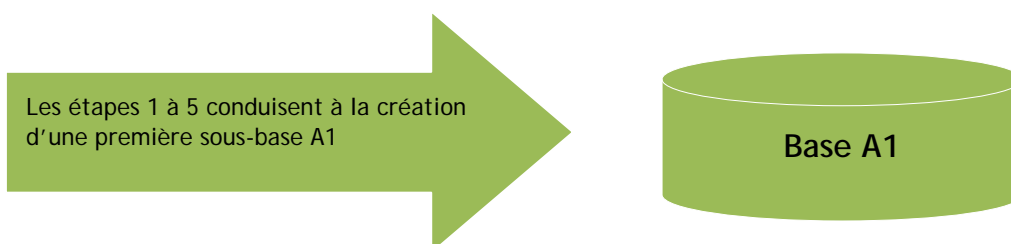
Groupes Homogènes de Malades spécifiques (Liste 5)

Les GHM spécifiques de cancérologie sont définis par la mention dans le libellé :

- d'une tumeur ou affection maligne
- d'une chimiothérapie pour tumeur maligne
- d'une prise en charge pour leucémie, lymphome ou autres affections malignes hématopoïétiques

La liste des GHM traceurs a été établie à partir des classifications des GHM v10 à v11d
Le détail des GHM retenus est présenté en annexe

Les GHM traduisant une activité de radiothérapie (préparation, irradiation externe ou curiethérapie) ne sont pas considérés ici afin de ne pas inclure ces prises en charges si elles sont réalisées en dehors du cancer. L'activité de radiothérapie pour cancer est sélectionnée à l'étape 1.



² Aide à l'utilisation des informations de chaînage, document ATIH, juillet 2011

Étape 6

Codes « diagnostics traceurs » en Diagnostic Principal (Liste 6)

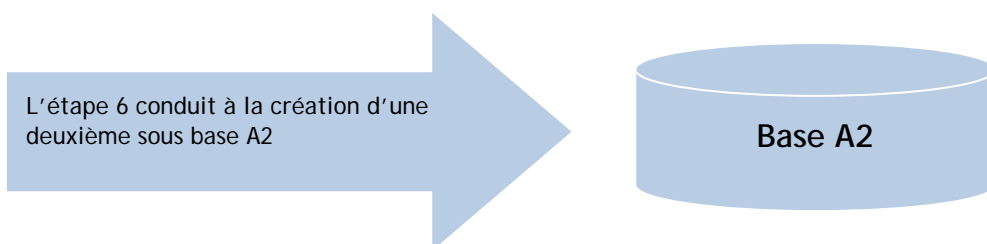
Sont sélectionnés à cette étape des séjours liés à la cancérologie, mais chez des personnes n'ayant pas de cancer ou considérées comme « guéries » de leur cancer :

- Prises en charge dans le cadre d'une surveillance à distance : code d'antécédent personnel de cancer en DP
- Prises en charge dans le cadre d'une prédisposition au cancer : code d'antécédent familial de cancer, ou chirurgie prophylactique pour facteur de risque de tumeur maligne
- Donneurs de moelle osseuse

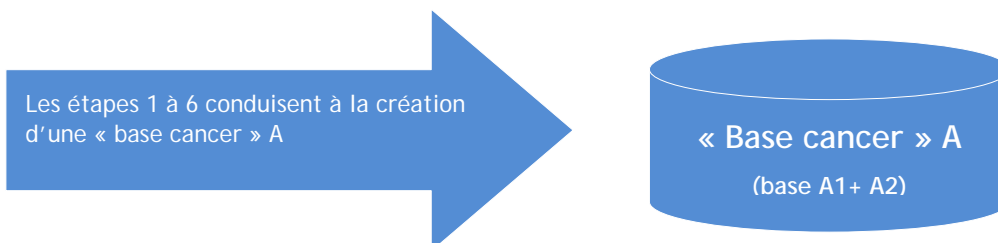
La liste de ces codes traceurs a été établie à partir de la CIM 10 incluant les modifications introduites en 2012
Le détail des codes retenus est présenté en annexe

En cas de don de moelle, il n'est pas possible de faire le lien entre le donneur et le receveur, a fortiori d'identifier la pathologie du receveur. Tous les dons de moelle ont donc été retenus qu'ils soient en lien ou non avec un cancer.

Ces prises en charge retenues lors de l'étape 6 ont volontairement été isolées pour ne pas les prendre en compte dans l'étape 8.1 détaillée plus loin.



La première phase de l'algorithme conduit à la création d'une base de données relevant de manière quasi certaine d'une prise en charge liée à la cancérologie.



Phase B : Détail des étapes de l'algorithme cancer

L'étape 7 comprend deux sous-étapes.

Étape 7.1

Codes « diagnostics traceurs » en Diagnostic Associé Significatif (Liste 1)

Sont sélectionnés à cette étape les séjours non retenus à l'issue de l'étape 6 mentionnant en DAS un code de la liste utilisée à l'étape 1.

Ce seul critère ne sera pas suffisant pour une sélection finale.

La liste de ces codes traceurs a été établie à partir de la CIM 10 incluant les modifications introduites en 2012
Le détail des codes retenus est présenté en annexe

Cette étape est basée sur le principe que la présence du code traceur en DAS devrait répondre à la définition du diagnostic associé significatif : action, symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP, ou, ce qui revient au même, avec le couple DP-DR.

Un diagnostic associé est dit significatif :

- s'il est pris en charge à titre diagnostique ou thérapeutique
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection

Étape 7.2

Codes « diagnostics excluants » en diagnostic principal (Liste 7.2)

L'ensemble des séjours sélectionnés à l'étape 7.1 font néanmoins l'objet d'une étude du diagnostic principal. Ne seront retenus que les RSA dont le diagnostic principal n'appartient pas à une liste de diagnostics dits excluants.

Le principe a été de considérer comme ne relevant pas de la prise en charge du cancer l'association d'un code traceur en DAS et de l'un des types de diagnostic principal suivant :

- malformations
- pathologies congénitales
- anomalies génétiques
- perforations du tympan
- arthroses

La liste de ces codes traceurs a été établie à partir de la CIM 10 incluant les modifications introduites en 2012
Le détail des codes retenus est présenté en annexe

L'étape 8 fait intervenir le Chaînage des RSA, elle se décompose en quatre sous-étapes.

Étape 8.1

Numéros anonymes patients traceurs

Sont sélectionnés à cette étape les séjours non retenus à l'issue de l'étape 7.1 et concernant des patients ayant eu au moins un séjour sélectionné en base « A1 » datant de 2 ans au plus (recherche dans la base « A1 » des années N, N-1 et N-2).

Seuls les numéros anonymes générés sans erreur ont été retenus pour l'identification des personnes.

Ce seul critère ne sera pas suffisant pour une sélection finale.

Le cancer pouvant ne pas être recodé lors des hospitalisations pour complications en lien avec la pathologie cancéreuse ou ses traitements, cette étape vise à tenir compte des séjours de patients traités pour un cancer dans les deux ans mais pour lesquels aucun code traceur ne figure en DAS.

La méthode de calcul des délais est la même que pour les étapes 4 bis et 4 ter.

Étape 8.2

Codes « diagnostics incluants » en diagnostic principal (Liste 8.2)

Les séjours sélectionnés en étape 8.1 font l'objet d'une étude du diagnostic principal. Le RSA est retenu à cette étape si le DP appartient à une liste de diagnostics dits « incluants » correspondants à des symptômes ou pathologies qui sont fréquemment des complications de cancers ou de leur thérapeutique, spécifiques ou non.

La liste des diagnostics principaux incluants reprend principalement les codes ou groupe de codes suivants :

- les soins palliatifs
- les codes traduisant un désordre des fonctions vitales ou une pathologie lourde (choc, coma, embolie pulmonaire)
- les soins de contrôle incluant une intervention plastique reconstructrice
- les mises en place ou ajustement de prothèses ou implants
- les présences ou surveillances de stomies
- les complications d'injection, de perfusion ou transfusion (T80), d'actes (T81), de prothèse ou implants (T80 à T85, T88)
- les complications : symptômes ou une pathologie qui, associées à un code cancer évoquent une complication de celui-ci ou du traitement effectué :
 - cachexie, douleur, fatigue, compression, fistule...
 - polynévrite, hémiplégie, péricardite...
 - candidose, thrombopénie, zona...

La liste de ces codes traceurs a été établie à partir de la CIM 10 incluant les modifications introduites en 2012
Le détail des codes retenus est présenté en annexe

La liste des diagnostics principaux incluant a été établie, après examen dans les bases nationales, des codes traceurs en DAS observés pour chaque code de diagnostic principal potentiellement incluant, et ce, sur des critères de pertinence et de fréquence.

Le principe d'inclure dans l'algorithme à cette étape une confrontation entre le diagnostic principal et le code traceur en DAS, de façon à vérifier notamment la cohérence anatomique, n'a pas été retenu en raison de sa complexité et des problèmes de maintenance induits.

Étape 8.3

Codes « diagnostics excluants » en diagnostic principal (Liste 8.3)

Parmi les séjours identifiés en étape 8.1, mais non retenus à l'étape 8.2, cette étape confronte le DP du séjour à une liste de DP excluants.

Le principe a été de considérer comme ne relevant pas de la prise en charge du cancer l'association d'un code traceur en DAS et de l'un des types de diagnostic principal suivant :

- tumeurs bénignes
- malformations
- pathologies congénitales
- anomalies génétiques
- perforations du tympan
- arthroses

La liste de ces codes traceurs a été établie à partir de la CIM 10 incluant les modifications introduites en 2012
Le détail des codes retenus est présenté en annexe

Cette liste diffère de la liste des DP excluants de l'étape 7.2 par la présence supplémentaire des tumeurs bénignes que le groupe a jugé opportun de rajouter pour ces séjours identifiés uniquement par le Chaînage.

Étape 8.4

Codes « diagnostics incluant » en diagnostic associé significatif (Liste 8.4)

Parmi l'ensemble des séjours retenus à l'étape 8.3, l'étape 8.4 intègre dans la base cancer les séjours pour lesquels un DAS appartient à la liste de référence des DAS incluant.

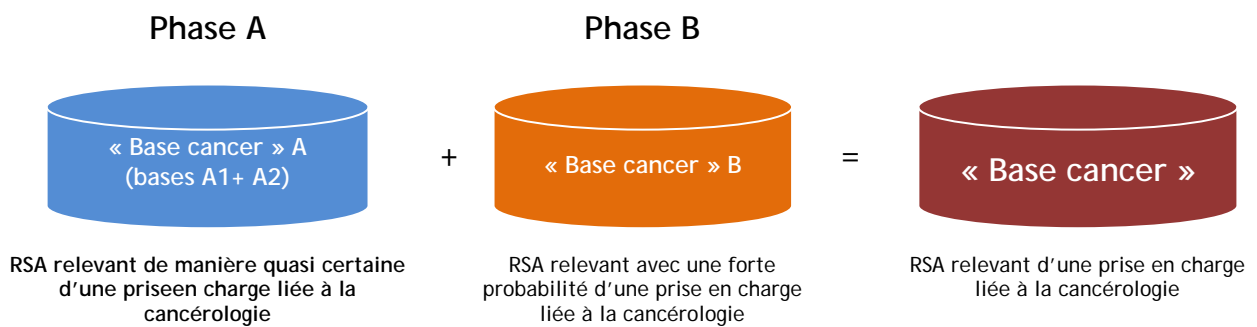
Il s'agit de codes traceurs qui, même en DAS, traduisent un cancer actif ou un traitement en cours, donc une prise en charge consacrée au moins partiellement au cancer :

- soins palliatifs
- acte de radiothérapie à l'origine de réactions anormales du patient ou de complications ultérieures, sans mention d'accident au cours de l'intervention
- surveillance de stomies (Z43.0 à Z43.6, Z46.5)

La liste de ces codes traceurs a été établie à partir de la CIM 10 incluant les modifications introduites en 2012
Le détail des codes retenus est présenté en annexe



La base cancer est constituée des deux bases issues de chacune des deux grandes phases de l'outil :



Au terme des phases A et B, les séjours qui n'ont pas été intégrés à la « Base cancer » sont classés comme séjours ne relevant pas d'une prise en charge liée à la cancérologie.

Le groupe a vérifié les listes de diagnostics principaux et des GHM des séjours non inclus dans la « Base cancer » pour s'assurer que ceux-ci n'étaient pas compatibles avec une prise en charge de cancer.