

INDICATEURS DE QUALITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE ET DE L'ESTOMAC

SYNTHÈSE





Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé est un parastatal, créé par la loi-programme (1) du 24 décembre 2002 (articles 259 à 281), sous tutelle du Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales. Il est chargé de réaliser des études éclairant la décision politique dans le domaine des soins de santé et de l'assurance maladie.

Conseil d'Administration

	Membres effectifs	Membres suppléants
Président	Pierre Gillet	
Fonctionnaire dirigeant de l'INAMI (vice président)	Jo De Cock	Benoît Collin
Président du SPF Santé publique (vice président)	Dirk Cuypers	Christiaan Decoster
Président du SPF Sécurité sociale (vice président)	Frank Van Massenhove	Jan Bertels
Administrateur général de l'AFMPS	Xavier De Cuyper	Greet Musch
Représentants du ministre de la Santé publique	Bernard Lange	Brieuc Van Damme
	Bernard Vercruysse	Annick Poncé
Représentants du ministre des Affaires sociales	Lambert Stamatakis	Vinciane Quidbach
	Ri De Ridder	Koen Vandewoude
Représentants du Conseil des ministres	Jean-Noël Godin	Philippe Henry de Generet
	Daniël Devos	Wilfried Den Tandt
Agence intermutualiste	Michiel Callens	Frank De Smet
	Patrick Verertbruggen	Yolande Husden
	Xavier Brenez	Geert Messiaen
Organisations professionnelles représentatives des médecins	Marc Moens	Roland Lemye
	Jean-Pierre Baeyens	Rita Cuypers
Organisations professionnelles représentatives des infirmiers	Michel Foulon	Ludo Meyers
	Myriam Hubinon	Olivier Thonon
Fédérations hospitalières	Johan Pauwels	Katrien Kesteloot
	Jean-Claude Praet	Pierre Smiets
Partenaires sociaux	Rita Thys	Leo Neels
	Paul Palsterman	Celien Van Moerkerke
Chambre des Représentants	Lieve Wierinck	



Contrôle

Commissaire du Gouvernement

Yves Roger

Direction

Directeur Général
Directeur Général Adjoint

Raf Mertens
Christian Léonard

Directeur du programme d'études

Kristel De Gauquier

Contact

Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)
Doorbuilding (10^e étage)
Boulevard du Jardin Botanique, 55
B-1000 Bruxelles
Belgique

T +32 [0]2 287 33 88

F +32 [0]2 287 33 85

info@kce.fgov.be

<http://www.kce.fgov.be>

INDICATEURS DE QUALITÉ POUR LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE ET DE L'ESTOMAC

SYNTHÈSE

JOAN VLAYEN, CINDY DE GENDT, SABINE STORDEUR, VIKI SCHILLEMANS, CECILE CAMBERLIN, FRANCE VRIJENS, ELIZABETH VAN EYCKEN, TONI LERUT

Titre :	Indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de l'œsophage et de l'estomac – Synthèse
Auteurs :	Joan Vlayen (KCE), Cindy De Gendt (Fondation Registre du Cancer), Sabine Stordeur (KCE), Viki Schillemans (Fondation Registre du Cancer), Cécile Camberlin (KCE), France Vrijens (KCE), Elizabeth Van Eycken (Fondation Registre du Cancer), Toni Lerut (KUL)
Relecture :	Raf Mertens, Dominique Paulus, Geneviève Veereman
Experts externes :	<u>Experts cliniques (réunions 16/10/2012 et 15/01/2013):</u> Tom Boterberg (UGent), Michel Buset (CHU St.-Pierre), Donald Claeys (AZMM), Johan De Mey (UZ Brussel), Pieter Demetter (Hôpital Erasme), Karin Haustermans (UZ Leuven), Anne Jouret-Mourin (Cliniques universitaires Saint-Luc), Philippe Martinive (CHU Liège), Philippe Nafteux (UZ Leuven), Piet Pattyn (UGent), Marc Peeters (UZA), Hans Prenen (UZ Leuven), Eric Van Cutsem (UZ Leuven), Daniel Van Daele (CHU Liège), Jean-Luc Van Laethem (ULB), Joseph M. Weerts (CHC Liège) <u>Validation par 6 hôpitaux:</u> Marcella Chavez (CHU Liège), Gwenny De Metter (OLVZ Aalst), Frédéric Forget (CHA), Marc Huyghe (GZA), Aline Kayumba (Institut Jules Bordet), Béatrice Leduc (CHA), Cécile Maurois (CHU Liège), Oumhani Meftahi (CHA), Johnny Moons (UZ Leuven), Michel Moreau (Institut Jules Bordet), Philippe Nafteux (UZ Leuven), Marianne Paesmans (Institut Jules Bordet), Petra Van Aalderen (GZA), Daniel Van Daele (CHU Liège), Yves Van Molhem (OLVZ Aalst)
Remerciements :	Stephan Devriese (KCE)
Validateurs externes :	Jean-Marie Collard (Cliniques universitaires Saint-Luc), Valery Lemmens (IKNL Eindhoven), Michel Wouters (NKI-AVL Amsterdam)
Autres intérêts déclarés :	Tous les experts externes consultés exercent dans un hôpital où des patients sont traités pour un cancer de l'oesophage ou de l'estomac. Bourse, honoraire ou fonds en tant que membre d'un staff ou autre forme de compensation pour la conduite d'une recherche: Johan De Mey (projets de recherche MRI, CT-scan [GE Philips]) Rémunération pour une communication, subside de formation, prise en charge de frais de voyage ou paiement pour participation à un symposium: Yves Van Molhem (workshops life chirurgie + nomination à la demande de J&J). Présidence ou fonction de responsable au sein d'une institution, d'une association, d'un département ou d'une autre entité pour lequel les résultats de ce rapport pourraient avoir un impact: Jean-Marie Collard (Président de la section chirurgie de la SRBC)



Layout : Sophie Vaes

Disclaimer :

- **Les experts externes ont été consultés sur une version (préliminaire) du rapport scientifique. Leurs remarques ont été discutées au cours des réunions. Ils ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et n'étaient pas nécessairement d'accord avec son contenu.**
- **Une version (finale) a ensuite été soumise aux validateurs. La validation du rapport résulte d'un consensus ou d'un vote majoritaire entre les validateurs. Les validateurs ne sont pas co-auteurs du rapport scientifique et ils n'étaient pas nécessairement tous les trois d'accord avec son contenu.**
- **Finalement, ce rapport a été approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration.**
- **Le KCE reste seul responsable des erreurs ou omissions qui pourraient subsister de même que des recommandations faites aux autorités publiques.**

Date de publication : 29 avril 2013 (2nd print ; 1st print : 16 avril 2013)

Domaine : Good Clinical Practice (GCP)

MeSH : Esophageal Neoplasms ; Stomach Neoplasms ; Quality of Health Care ; Quality Indicators, Health Care ; Quality Assurance, Health Care ; Physician's Practice Patterns

Classification NLM : WI 149

Langue : Français

Format : Adobe® PDF™ (A4)

Dépot légal : D/2013/10.273/18

Copyright : Les rapports KCE sont publiés sous Licence Creative Commons « by/nc/nd »
<http://kce.fgov.be/fr/content/a-propos-du-copyright-des-rapports-kce>.



Comment citer ce rapport ?

Vlayen J, De Gendt C, Stordeur S, Schillemans V, Camberlin C, Vrijens F, Van Eycken E, Lerut R. Indicateurs de qualité pour la prise en charge du cancer de l'œsophage et de l'estomac – Synthèse. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2013. KCE Reports 200Bs. D/2013/10.273/18.

Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.



■ PREFACE

Notre récent rapport sur la performance du système de santé belge a accordé de bons points à notre pays en matière de qualité des soins, en particulier en ce qui concerne les chiffres de survie après un cancer du sein. Le rapport que vous avez sous les yeux démontre que ces résultats ne se limitent pas au cancer du sein : les chances de survie après un cancer de l'œsophage ou de l'estomac en Belgique se situent clairement au dessus de la moyenne européenne. Et il s'agit là d'un indicateur très important, sinon le plus important.

Les premières recommandations nationales de bonne pratique à ce sujet datent de 2008. Nous en avons publié une version actualisée en 2012. Selon ces recommandations, il ressort clairement que les patients souffrant d'un cancer de l'œsophage ou de l'estomac nécessitent une approche complexe et hautement spécialisée, ce qui plaide en faveur d'une certaine centralisation. Or, paradoxalement, un grand nombre de centres proposent encore ce type de traitement dans notre pays.

Comme le plus souvent, les chiffres nationaux – même s'ils sont très bons, comme dans ce cas-ci – cachent des disparités importantes entre les hôpitaux. Et comme souvent aussi, les centres disposant d'une grande expérience obtiennent de meilleurs résultats que les centres qui ne traitent que peu de ces tumeurs annuellement. Bien sûr, cela ne signifie pas que les centres traitant moins de patients ne peuvent atteindre une excellente qualité. Autrement dit, il serait trop facile de juger les centres individuels uniquement sur la base de leur volume exprimé en nombre de cas par an.

Mais c'est précisément là que le bât blesse. L'enjeu le plus important se situe à un autre niveau que celui de l'évaluation des hôpitaux ou des spécialistes. Il s'agit en premier lieu d'offrir aux patients d'aujourd'hui et de demain les meilleures chances en termes de survie et de qualité des soins. Des indicateurs – par définition toujours basés sur le passé, et rarement complètement exempts de défauts - se sont révélés utiles pour mesurer la qualité des soins et les chances de survie. Ceci étant dit, il ne faut pas avoir étudié les statistiques de manière approfondie pour se rendre compte que 3 succès sur 3 ne peuvent offrir les mêmes garanties que 30 succès sur 30. Telle est la conclusion que tirera aussi le citoyen-patient, dont le droit à une qualité démontrable n'est plus contesté en 2013. Le secteur hospitalier devrait affronter cette réalité de manière ouverte et constructive : la nécessité de spécialisation, de multidisciplinarité et les besoins d'infrastructure réclament tous une impulsion vers une plus grande centralisation. Le volume devient alors une conséquence nécessaire des efforts d'amélioration de la qualité, non pas une fin en soi, et encore moins un critère a priori qui conduit trop souvent à des effets pervers.

Ce que ce rapport montre clairement, c'est qu'il ne s'agit pas d'opérer un choix dichotomique, noir ou blanc. Le volume en soi est sans doute nécessaire, mais pas suffisant. Une excellence avérée s'attache à toutes les dimensions des soins. Grâce à la combinaison des données provenant des cliniciens, des anatomopathologistes et des mutualités, rassemblées et traitées de manière experte par le Registre du Cancer, nous disposons aujourd'hui d'un ensemble validé d'indicateurs. Comme déjà mentionné plus haut : le patient y a droit.

Christian LEONARD
Directeur Général Adjoint

Raf MERTENS
Directeur Général



■ RESUME

Contexte : En Belgique, au cours de l'année 2010, plus de 2 300 patients ont eu un diagnostic de cancer de l'œsophage ou de l'estomac. Les patients ayant l'un ou l'autre type de cancer ont une faible chance de survie. En Belgique, la survie relative globale à 5 ans est plus élevée que dans les pays voisins, atteignant 21% pour le cancer de l'œsophage et 30% pour le cancer de l'estomac (2004-2008). Bien que la prise en charge de ces cancers requière une spécialisation particulière, elle reste très dispersée et se pratique dans presque tous les hôpitaux du pays.

Objectifs : Les objectifs premiers de ce rapport étaient de développer un ensemble d'indicateurs de qualité pour le cancer gastro-oesophagien et d'évaluer leur mesurabilité à l'aide des données du registre du cancer et des données administratives disponibles. L'objectif secondaire consistait à calculer ces indicateurs en vue d'évaluer la qualité des soins au niveau national et au niveau des hôpitaux grâce à des données belges couvrant une période de 5 ans. Le but ultime du projet est d'améliorer la qualité des soins pour les patients ayant un cancer gastro-oesophagien.

Processus de sélection des indicateurs de qualité et mesurabilité : Un set de 15 indicateurs pour le cancer de l'œsophage et de 14 indicateurs pour le cancer de l'estomac a été élaboré, portant sur l'ensemble du trajet de soins. Les patients diagnostiqués avec un cancer de l'œsophage (ICD-10 C15.0-16.0; n= 5 813) ou un cancer de l'estomac (ICD-10 C16.1-16.9; n= 4 847) entre 2004 et 2008 ont été sélectionnés dans la base de données de la Fondation Registre du Cancer. Ces données ont été couplées aux données de facturation de l'Agence InterMutualiste (AIM). Sur la base de ces données couplées, certains indicateurs n'ont pas pu être mesurés. Le set final contient 13 indicateurs ayant démontré de façon fiable leur mesurabilité.

Résultats des indicateurs de qualité au niveau national et par hôpital : La survie à 5 ans apparaît plus élevée en Belgique en comparaison avec les pays voisins. Au contraire, la mortalité post-opératoire est plus élevée que dans certains pays voisins. Pour les patients ayant un cancer de l'œsophage traités par chirurgie, la mortalité à 30 jours s'élève à 4,8% et la mortalité à 90 jours s'élève à 9,9%.

Ensuite, des tendances positives ont été dégagées telles que le recours plus fréquent au CT scan pour la stadification du cancer gastrique. A l'inverse, certaines interventions recommandées seraient sous-utilisées,



particulièrement chez les patients âgés (p.ex. la chimiothérapie combinée en situation palliative pour les cancers de l'estomac métastasés).

Au cours de la période 2004-2008, (presque) tous les hôpitaux aigus en Belgique ont traité des patients souffrant d'un cancer gastro-oesophagien. Une relation claire entre le nombre de patients opérés par hôpital et, d'une part, une plus faible mortalité post-opératoire (cancer de l'œsophage) et, d'autre part, une meilleure survie à 5 ans (cancer de l'œsophage et de l'estomac) a été démontrée.

Finalement, le rapportage insuffisant du stade du cancer à la Fondation Registre du Cancer est une découverte majeure de cette étude. Le rapportage du stade du cancer constitue en soi un indicateur de qualité, et devrait être rendu obligatoire.

Suggestions d'initiatives pour améliorer la qualité des soins :
Premièrement, les hôpitaux et les prestataires de soins vont recevoir leur *feedback individuel* de la Fondation Registre du Cancer, incluant une comparaison avec les résultats anonymes obtenus par les autres hôpitaux, leur permettant d'entreprendre des *actions correctrices ciblées*.

Deuxièmement, en plus des évaluations récurrentes au moyen du set complet d'indicateurs mesurables, des évaluations approfondies pourront être conduites sur des indicateurs spécifiques ; de telles évaluations requerront probablement un affinage des indicateurs mesurables et l'enregistrement de données supplémentaires. L'enregistrement additionnel de l'intention de traitement, de la comorbidité, de la récurrence et de données cliniques ciblées (marges de résection, complications post-opératoires, envahissement ganglionnaire) devrait améliorer la pertinence et l'exhaustivité du set d'indicateurs.

Troisièmement, la *centralisation des soins* mérite une attention particulière. Ce rapport n'indique pas comment organiser la centralisation des soins, mais peut constituer un point de départ pour les discussions sur cette thématique.

Finalement, toutes les actions citées ci-dessus devraient faire partie d'un *système de qualité intégré*.



■ SYNTHÈSE

TABLE DES MATIÈRES

■	PREFACE.....	1
E	RESUME	2
■	SYNTHÈSE	4
1.	CONTEXTE ET FINALITÉS.....	6
2.	UN ENSEMBLE EXHAUSTIF D'INDICATEURS DE QUALITÉ?	7
2.1.	PROCESSUS DE SELECTION DES INDICATEURS DE QUALITE	7
2.2.	MESURABILITE DES INDICATEURS DE QUALITE SELECTIONNES.....	7
3.	QUE NOUS APPRENNENT LES INDICATEURS SUR LA QUALITÉ DES SOINS ?	10
3.1.	AU NIVEAU NATIONAL	10
3.2.	AU NIVEAU DU CENTRE	16
4.	STADE DU CANCER INCONNU : UN INDICATEUR DE QUALITÉ EN SOI.....	18
5.	SOMMES-NOUS PRÊTS POUR LA CENTRALISATION DES SOINS ?.....	19
6.	DIFFÉRENCES D'ÂGE ET DE SEXE INEXPLIQUÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UN CANCER GASTRO-OESOPHAGIEN	20
6.1.	DIFFERENCES D'AGE	20
6.2.	DIFFERENCES ENTRE LES SEXES	20
7.	POINTS FORTS ET LIMITATIONS DE L'ÉTUDE	22
8.	POINTS CLÉS DU RAPPORT	23
9.	BON À SAVOIR : ET MAINTENANT ?	24
10.	RÉFÉRENCES	28
■	RECOMMANDATIONS.....	30



LISTE DES ABRÉVIATIONS

Abréviation	Définition
AIM	Agence InterMutualiste
COM	Concertation Oncologique Multidisciplinaire
combStage	Stade combiné
cStade	Stade clinique
CT	Computed tomography
GC	Gastric Cancer
IC 95%	Intervalle de confiance à 95%
ICD	International Classification of Diseases
KCE	Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
OC	Oesophageal cancer
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
pStade	Stade pathologique
TNM	Tumour – Node – Metastasis (Tumeur – Ganglion – Métastase)



1. CONTEXTE ET FINALITÉS

En 2011, le KCE a publié un rapport dans lequel il recommandait de mettre sur pied un système de qualité intégré en oncologie. Un tel système devrait couvrir le développement et la mise en œuvre de recommandations de pratique clinique, la surveillance de la qualité des soins sur la base d'indicateurs, l'envoi d'un feed-back aux prestataires de soins et aux hôpitaux, et enfin, si nécessaire, l'identification des actions destinées à améliorer la qualité¹. Des ensembles d'indicateurs de qualité ont déjà été élaborés pour le cancer rectal^{2,3}, le cancer du sein⁴ et le cancer du testicule⁵. Compte tenu de cette expérience, il a été décidé de mettre sur pied un projet dont le but est d'évaluer la qualité des soins dans le cancer gastro-oesophagien (comprenant à la fois le cancer de l'œsophage et le cancer de l'estomac) et ceci pour les raisons suivantes :

- **Le cancer gastro-oesophagien a des conséquences majeures**

En Belgique, en 2010, 680 hommes et 242 femmes ont eu un diagnostic de cancer de l'œsophage (ICD-10 15.0-15.9) alors que 854 hommes et 547 femmes ont eu un diagnostic de cancer de l'estomac (ICD-10 16.0-16.9) (www.registreducancer.org). Ces deux types de cancer sont responsables d'un nombre élevé de décès par cancer⁶. En 2008, 3,4% et 3,2% de l'ensemble des décès par cancer chez les hommes et 1,4% et 2,6% chez les femmes ont été attribués à un cancer de l'œsophage ou de l'estomac respectivement. Selon les données les plus récentes de la Fondation Registre du Cancer (2004-2008), la survie relative globale à 5 ans est de 21,7% pour les hommes et 21,6% pour les femmes souffrant d'un cancer de l'œsophage et de 28,4% pour les hommes et 31,4% pour les femmes souffrant d'un cancer de l'estomac.

- **La prise en charge du cancer de l'œsophage et du cancer de l'estomac nécessite une spécialisation particulière, mais reste très dispersée en Belgique.**

Les premières recommandations nationales relatives au traitement du cancer gastro-oesophagien ont été élaborées par le Collège d'Oncologie en collaboration avec le KCE en 2008⁷ et actualisées en 2012⁸. Ces recommandations soulignent le défi clinique que représente la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer gastro-oesophagien.

Dans les deux versions, la centralisation des soins était recommandée sur la base de la littérature scientifique disponible. Au cours de la période 2004-2008, un traitement médico-chirurgical a été délivré aux patients souffrant d'un cancer de l'œsophage dans 111 des 115 hôpitaux aigus que compte la Belgique, tandis que 114 hôpitaux ont pris en charge des patients ayant un cancer de l'estomac.

Les objectifs premiers de ce rapport étaient de développer un set d'indicateurs de qualité pour le cancer gastro-oesophagien et d'évaluer leur mesurabilité à l'aide des données de la Fondation Registre du Cancer et des données administratives disponibles. L'objectif secondaire consistait à calculer ces indicateurs en vue d'évaluer la qualité des soins au niveau national et au niveau des hôpitaux grâce à des données belges couvrant une période de 5 ans. Le but ultime du projet est d'améliorer la qualité des soins pour le cancer gastro-oesophagien.



2. UN ENSEMBLE EXHAUSTIF D'INDICATEURS DE QUALITÉ?

2.1. Processus de sélection des indicateurs de qualité

Les recommandations nationales actualisées sur le cancer gastro-oesophagien⁸ ont servi de source principale pour l'identification des indicateurs de qualité (54 indicateurs potentiels). La littérature indexée et la littérature grise ont ajouté 30 indicateurs potentiels. La liste des 84 indicateurs qui en a résulté a été soumise à un processus de sélection en deux étapes. Premièrement, un panel de 14 experts a sélectionné des indicateurs de qualité sur la base de leur pertinence. Ensuite, les 33 indicateurs restants ont été évalués par un groupe de travail restreint sur la base de leur fiabilité, de leur facilité d'interprétation et de leur potentiel d'action.

Ce processus de sélection formel a débouché sur le choix de 15 indicateurs pour le cancer de l'œsophage et de 14 indicateurs pour le cancer de l'estomac (Tableau 1). Un bon équilibre a été obtenu entre les indicateurs de processus (*process*) et d'efficacité des soins (*outcomes*), mais aucun indicateur de structure n'a été sélectionné. Les dimensions de la qualité couvertes sont : l'efficacité, l'adéquation, la continuité, la sécurité, l'opportunité (ou délai d'intervention) et l'orientation patient. Aucun indicateur n'a porté sur l'efficience ou l'équité.

2.2. Mesurabilité des indicateurs de qualité sélectionnés

Pour calculer les indicateurs de qualité du cancer gastro-oesophagien, les patients diagnostiqués avec un cancer de l'œsophage (ICD-10 C15.0-16.0; n= 5 813) ou un cancer de l'estomac (ICD-10 C16.1-16.9; n= 4 847) entre 2004 et 2008 ont été sélectionnés dans la base de données de la Fondation Registre du Cancer. Ces données ont été couplées aux données de facturation de l'Agence InterMutualiste (AIM). Le statut vital de chaque patient a été obtenu auprès de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale, sur la base du numéro de sécurité sociale unique (NISS). Grâce à ces méthodes actives d'identification, les patients ont pu être suivis jusqu'au 1er janvier 2010.

Pour chaque type de cancer, 9 indicateurs seulement ont été considérés mesurables, le tiers restant des indicateurs sélectionnés ne pouvant pas être évalués à l'aide des données disponibles. Les principales raisons empêchant leur mesurabilité ont été:

- l'absence d'informations cliniques dans les bases de données administratives et de la Fondation Registre du Cancer (p. ex. sur la résection R0 [OC5, GC5], le nombre de ganglions lymphatiques réséqués [OC8, GC7], la fuite anastomotique [OC9, GC8]);
- l'absence de codes de nomenclature très spécifiques pour certaines interventions (p. ex. résection endoscopique de la muqueuse *en bloc* [OC3, GC3], oesophagectomie transthoracique avec dissection ganglionnaire à deux champs [OC7]);
- l'absence d'enregistrement systématique des données relatives à la récurrence auprès de la Fondation Registre du Cancer et l'absence d'un code de nomenclature spécifique pour l'enregistrement d'un traitement administré en raison d'une récurrence (OC12 et GC12).

**Tableau 1 – Sélection finale des indicateurs de qualité[§]**

Cancer de l'œsophage	Cancer de l'estomac	Type d'indicateur
Stadification		
OC1 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage discutés à la concertation oncologique multidisciplinaire	GC1 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'estomac discutés à la concertation oncologique multidisciplinaire	Processus
OC2 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage ayant eu un CT scan cou/thorax/abdomen	GC2 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'estomac ayant eu un CT scan thorax/abdomen	Processus
Traitement du cancer de la muqueuse		
OC3 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage cT1a traités par résection endoscopique de la muqueuse qui ont eu une résection en bloc	GC3 : Proportion de patients ayant un diagnostic de cancer de l'estomac cT1a traités par résection endoscopique de la muqueuse /dissection sous-muqueuse endoscopique qui ont eu une résection en bloc	Efficacité des soins (outcome)
Traitement néoadjuvant		
OC4 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage au-delà de la muqueuse (T ₂₋₄ N _{Any} M _{0-1a}) qui ont reçu un traitement néoadjuvant	GC4 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'estomac au-delà de la muqueuse (T ₂₋₄ N _{Any} M ₀) qui ont reçu un traitement néoadjuvant	Processus
Chirurgie		
OC5 : Proportion des patients traités par chirurgie qui ont eu une résection R0	GC5 : Proportion des patients traités par chirurgie qui ont eu une résection R0	Processus
OC6 : Taux de mortalité post-résection œsophagienne à 30 jours	GC6 : Taux de mortalité post-résection gastrique à 30 jours	Efficacité des soins (outcome)
OC7 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage ou de cancer de la jonction gastro-œsophagienne qui ont été traités par oesophagectomie transthoracique radicale couplée à une dissection ganglionnaire à deux champs des ganglions lymphatiques abdominaux et thoraciques		Processus
OC8 : Nombre moyen de ganglions lymphatiques réséqués/évalués	GC7 : Nombre moyen de ganglions lymphatiques réséqués/évalués	Efficacité des soins



<i>pendant l'oesophagectomie</i>	<i>pendant la gastrectomie</i>	(outcome)
<i>OC9 : Proportion de patients avec une fuite anastomotique après une oesophagectomie</i>	<i>GC8 : Proportion de patients avec une fuite anastomotique après une gastrectomie</i>	Efficacité des soins (outcome)

Chimioradiothérapie primaire

OC10 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage, quel que soit le stade, traités par chimioradiothérapie primaire		Processus
---	--	-----------

Métastases

	GC9 : Proportion de patients avec cancer de l'estomac métastasé qui ont reçu une chimiothérapie combinée	Processus
OC11 : Proportion de patients décédés d'un cancer de l'œsophage métastasé qui ont reçu des soins palliatifs	GC10 : Proportion de patients décédés d'un cancer de l'estomac métastasé qui ont reçu des soins palliatifs	Processus

Récidive

<i>OC12 : Proportion de patients avec cancer de l'œsophage récurrent discutés à la concertation oncologique multidisciplinaire avant tout traitement</i>	<i>GC11 : Proportion de patients avec cancer de l'estomac récurrent discutés à la concertation oncologique multidisciplinaire avant tout traitement</i>	Processus
--	---	-----------

Indicateurs génériques

OC13 : Survie relative à cinq ans par stade	GC12 : Survie relative à cinq ans par stade	Efficacité des soins (outcome)
OC14 : Survie globale à cinq ans	GC13 : Survie globale à cinq ans	Efficacité des soins (outcome)
OC15 : Proportion de patients ayant un cancer de l'œsophage traités par chirurgie dans des hôpitaux ayant des volumes d'actes élevés	GC14 : Proportion de patients ayant un cancer de l'estomac traités par chirurgie dans des hôpitaux ayant des volumes d'actes élevés	Processus

[§] Les indicateurs non mesurables sont en italique.



3. QUE NOUS APPRENNENT LES INDICATEURS SUR LA QUALITÉ DES SOINS ?

3.1. Au niveau national

La population de l'étude incluait 5 813 patients atteints d'un cancer de l'œsophage et 4 847 patients atteints d'un cancer de l'estomac diagnostiqués entre 2004 et 2008. Les données démographiques les plus importantes sont résumées dans le Tableau 2. Les scores des indicateurs au niveau national sont résumés dans le Tableau 3 et le Tableau 4 et discutés dans les paragraphes ci-dessous.

Tableau 2 – Informations démographiques sur la population de l'étude et caractéristiques de la tumeur par type de cancer

	Cancer de l'œsophage (N = 5 813)	Cancer de l'estomac (N = 4 847)
Ratio hommes/femmes	3,1 : 1	1,4 : 1
Age moyen (étendue)		
Hommes	65 ans (23 – 99)	71 ans (8 – 99)
Femmes	70 ans (36 – 101)	73 ans (15 – 103)
Adénocarcinome	56,2%	91,8%
Stade combiné[§] I / II / III / IV et documenté	16,6% / 24,4% / 26,7% / 32,3%	28,9% / 16,0% / 18,9% / 36,2%

[§] Etant donné que le stade c et/ou p est absent chez de nombreux patients, un stade combiné (stade comb) a été calculé pour chaque patient. Pour déterminer ce stade combiné, le stade p prévaut sur le stade c connu, sauf en cas de preuve clinique de métastases à distance. Si on ne connaît que le stade p ou le stade c, on considère qu'il s'agit d'un stade combiné. Si le stade p et le stade c sont inconnus, le stade combiné reste lui aussi inconnu.



Tableau 3 – Aperçu des résultats des indicateurs pour le cancer de l'œsophage au niveau national

Définition de l'indicateur		Résultats 2004-2008	Tendance au cours du temps [§]
Indicateurs de processus			
OC1	Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage discutés à la concertation oncologique multidisciplinaire dans un délai d'un mois à compter de la date d'incidence	44,0%	↑
OC2	Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage ayant eu un CT scan cou/thorax/abdomen dans un délai d'un mois à compter de la date d'incidence	88,3%	=
OC4	Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage au-delà de la muqueuse (T ₂₋₄ N _{Any} M _{0-1a}) qui ont reçu un traitement néoadjuvant	43,3%	↑
OC10	Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage, quel que soit le stade, traités par chimioradiothérapie primaire	21,1%	=
OC11	Proportion de patients décédés d'un cancer de l'œsophage métastasé qui ont reçu des soins palliatifs dans les trois mois précédant leur décès	44,0%	~
OC15	Proportion de patients avec cancer de l'œsophage traités par chirurgie dans des hôpitaux ayant des volumes d'actes élevés (≥ 20 oesophagectomies par an)	34,7%	=
Indicateurs d'efficacité des soins (outcomes)			
OC6	Taux de mortalité post-résection œsophagienne à 30 jours	4,8%	~
OC13	Survie relative à cinq ans par stade (tous les stades combinés)		
	Hommes	21,7%	Non calculé
	Femmes	21,6%	Non calculé
OC14	Survie globale à 5 ans (tous les stades combinés)		
	Hommes	18,9%	Non calculé
	Femmes	18,9%	Non calculé

[§] ↑ : tendance à la hausse; = : tendance stable; ~ : pas de tendance claire.



Tableau 4 – Aperçu des résultats des indicateurs pour le cancer de l'estomac au niveau national

Définition de l'indicateur		Résultats 2004-2008	Tendance au cours du temps [§]
Indicateurs de processus			
GC1	Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'estomac discutés à la concertation oncologique multidisciplinaire dans un délai d'un mois à compter de la date d'incidence	37,1%	↑
GC2	Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'estomac ayant eu un CT scan thorax/abdomen dans un délai d'un mois à compter de la date d'incidence	84,5%	↑
GC4	Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'estomac au-delà de la muqueuse (T ₂₋₄ N _{Amy} M ₀) qui ont reçu un traitement néoadjuvant	20,7%	↑
GC9	Proportion de patients avec cancer de l'estomac métastasé qui ont reçu une chimiothérapie combinée	42,0%	↑
GC10	Proportion de patients décédés d'un cancer de l'estomac métastasé qui ont reçu des soins palliatifs dans les trois mois précédant leur décès	43,9%	~
GC14	Proportion de patients ayant un cancer de l'estomac traités par chirurgie dans des hôpitaux ayant des volumes d'actes élevés (≥ 20 gastrectomies par an)	4,7%	=
Indicateurs d'efficacité des soins (outcomes)			
GC6	Taux de mortalité post-résection gastrique à 30 jours	5,6%	~
GC12	Survie relative à 5 ans (tous les stades combinés)		
	Hommes	28,4%	Non calculé
	Femmes	31,4%	Non calculé
GC13	Survie globale à 5 ans (tous les stades combinés)		
	Hommes	22,3%	Non calculé
	Femmes	25,3%	Non calculé

[§] ↑ : tendance à la hausse; = : tendance stable; ~ : pas de tendance claire.



Indicateurs de processus liés à des recommandations cliniques non ambiguës

Les concertations oncologiques multidisciplinaires sont-elles sous-utilisées ou non évaluables à l'aide de données administratives ?

Sur la base des données disponibles, entre 2004 et 2008, 44% et 37% des patients avec un diagnostic de cancer de l'œsophage ou de cancer de l'estomac respectivement, ont fait l'objet d'une *concertation oncologique multidisciplinaire* dans un délai d'un mois à compter de la date d'incidence. Sur cette période, la proportion des cas ayant fait l'objet d'une concertation a clairement augmenté pour les deux types de cancer (à 49% pour le cancer de l'œsophage et à 41% pour le cancer de l'estomac en 2008). Cette proportion peut sembler faible à première vue, et ceci très certainement si elle est comparée à d'autres types de cancer comme le cancer du sein par exemple⁴, mais cette donnée doit être interprétée avec prudence. Premièrement, l'absence d'enregistrement d'un code de nomenclature pour la concertation oncologique multidisciplinaire d'un patient ne signifie pas nécessairement qu'il n'y a pas eu de concertation oncologique multidisciplinaire. Certains centres peuvent ne pas facturer les concertations oncologiques multidisciplinaires et de ce fait, celles-ci n'apparaissent pas dans la base de données de l'AIM. Deuxièmement, certains centres organisent plusieurs réunions de concertation oncologique multidisciplinaire pour chaque patient et ne facturent que la dernière, souvent plusieurs mois après la date d'incidence (alors que la première réunion a bien eu lieu dans un délai d'un mois à compter de la date d'incidence). Cela peut avoir mené à une sous-estimation de la proportion réelle. En fait, cette justification a été confirmée pendant la phase de validation. Troisièmement, en Belgique, la concertation oncologique multidisciplinaire n'est pas obligatoire. Toutefois, en plus du remboursement de la concertation, des incitants financiers supplémentaires ont été mis en place en 2009 par le biais du financement des hôpitaux. Le financement d'un gestionnaire des données, de psycho-oncologues, etc. a été subordonné au nombre de concertations multidisciplinaires enregistrées. On s'attend donc à une augmentation significative de la proportion de patients faisant l'objet d'une concertation oncologique multidisciplinaire à partir de cette date. Enfin, ces données administratives ne fournissent pas d'informations sur la qualité des réunions de concertation à proprement parler : quels sont les spécialistes

qui y participent, quelle a été la stratégie diagnostique proposée, quels ont été les traitements proposés et quels ont été les traitements finalement délivrés ? Etant donné toutes ces lacunes, les résultats de cet indicateur ne peuvent actuellement pas être utilisés pour évaluer la qualité des soins.

CT scan de stadification légèrement sous-utilisé

Sur l'ensemble des patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage ou de l'estomac posé entre 2004 et 2008, 88% et 85% respectivement ont eu un *CT scan de stadification* dans un délai d'un mois avant et d'un mois après la date d'incidence. Etant donné que le CT scan compte parmi les interventions diagnostiques clés pendant la phase de stadification des intervenants qui ont un cancer de l'œsophage ou de l'estomac⁸, cette proportion peut être considérée comme étant trop faible. Toutefois, lorsque le délai a été allongé à 3 mois après la date d'incidence, les proportions d'utilisation de cet examen ont augmenté à 92% et 88%, respectivement. Des proportions de 99% (pour le cancer de l'œsophage, aux Pays-Bas)⁹ et de 89% (pour le cancer gastro-oesophagien au Royaume-Uni)¹⁰ ont été rapportées dans les pays voisins. Dans ces pays, l'intervalle de temps entre la date d'incidence et le CT scan n'a toutefois pas été clairement établi.

Augmentation du recours à la chimiothérapie palliative combinée, mais sous-utilisation chez les patients âgés

La chimiothérapie palliative combinée est fortement recommandée chez les patients souffrant d'un cancer de l'estomac métastasé qui ont un bon état général et cette recommandation repose sur des données probantes de qualité élevée⁸. Des patients souffrant d'un cancer de l'estomac métastasé posé entre 2004 et 2008, 42% ont reçu une chimiothérapie combinée dans un délai d'un mois avant et de trois mois après la date d'incidence, et cette proportion a légèrement augmenté entre 2004 (40,4%) et 2008 (47,9%). Ces résultats s'avèrent supérieurs à ceux obtenus au Royaume-Uni (25%)¹¹ et aux USA (22%)¹². Malheureusement, on ne trouve pas d'informations relatives à l'indice de performance et à la comorbidité dans les bases de données administratives utilisées pour ce rapport, ce qui nuit à une interprétation correcte de cet indicateur. Quoi qu'il en soit, on a constaté une nette baisse de cette proportion avec l'âge. Environ deux tiers des patients de moins de 70 ans ont reçu une chimiothérapie palliative combinée comparativement à 8% environ des patients de 80 ans et plus.

Sous-utilisation des soins palliatifs mais leur utilisation est sous-estimée

Environ 44% des patients ayant un cancer de l'œsophage ou de l'estomac métastasé, diagnostiqué entre 2004 et 2008 ont bénéficié de *soins palliatifs* dans les 3 mois précédant leur décès. Aucune tendance claire dans le temps n'a été identifiée. On a toutefois noté de nettes différences entre les provinces belges, différences qui n'ont pas été les mêmes pour les deux types de cancer. Les taux les plus élevés de recours à des soins palliatifs pour le cancer de l'œsophage ont été enregistrés dans les provinces de Luxembourg (59,3%) et du Limbourg (52,2%), tandis que les taux les plus élevés de recours à des soins palliatifs pour le cancer de l'estomac ont été enregistrés dans les provinces de Namur (63,2%) et de Flandre occidentale (53,5%). De telles différences peuvent être dues au faible nombre de patients concernés. Un autre point important réside dans le fait que les taux sont probablement sous-estimés étant donné que tous les codes de nomenclature pertinents pour ce projet de recherche n'étaient pas disponibles et notamment les codes de nomenclature des visites de médecins généralistes pour soins palliatifs à domicile. De plus, d'autres interventions de soins palliatifs n'ont pas, non plus, été enregistrées dans les bases de données administratives, notamment les interventions des équipes de soins palliatifs hospitalières. Pour cette raison, l'enregistrement prospectif offre probablement une meilleure option pour évaluer correctement cet indicateur.

Les indicateurs de processus liés à des recommandations cliniques moins spécifiques

Absence de définition claire du cancer localement avancé

Certains indicateurs de processus sélectionnés sont liés à des recommandations moins spécifiques expliquant la variabilité dans la pratique. Un premier exemple, est celui du recours à un *traitement néoadjuvant* chez les patients ayant un cancer de l'œsophage de stade $T_{2-4} N_{Any} M_{0-1a}$ ou de l'estomac de stade $T_{2-4} N_{Any} M_0$. Les recommandations de 2012 stipulent que 'si, après concertation oncologique multidisciplinaire, un traitement néoadjuvant est envisagé pour le traitement d'un cancer de l'œsophage localement avancé ou de la jonction gastro-œsophagienne, la préférence doit être donnée à une chimioradiothérapie néoadjuvante' (par rapport à une chimiothérapie néoadjuvante uniquement)⁸. De manière

similaire, 'si, après concertation oncologique multidisciplinaire, un traitement néoadjuvant est envisagé pour un cancer de l'estomac localement avancé, une chimiothérapie néoadjuvante est recommandée'. Ces recommandations accordent une certaine liberté d'interprétation et le traitement néoadjuvant n'est pas obligatoire pour tous les patients qui ont un cancer localement avancé étant donné qu'aucune définition claire du cancer localement avancé n'est apportée dans la littérature ou par les experts consultés. Quoi qu'il en soit, en Belgique, la chimiothérapie néoadjuvante est de plus en plus utilisée dans le cancer de l'œsophage et de l'estomac étant donné que près de 50% des patients souffrant d'un cancer de l'œsophage de stade $T_{2-4} N_{Any} M_{0-1a}$ et 40% des patients souffrant d'un cancer de l'estomac de stade $T_{2-4} N_{Any} M_0$ ont reçu ce traitement en 2008. Il est important de souligner que les résultats présentés dans ce rapport concernent la période 2004-2008, période au cours de laquelle des résultats contradictoires ont été rapportés dans la littérature internationale et les recommandations nationales n'avaient pas encore été formulées. Des études plus récentes soutiennent le recours au traitement néoadjuvant dans le cancer de l'œsophage localement avancé et le cancer locorégional, amenant certaines agences à revoir leurs recommandations¹⁴⁻¹⁶. Étant donné le caractère ouvert de la formulation de ces recommandations, cet indicateur ne peut pas être utilisé pour évaluer la qualité des soins mais les résultats obtenus peuvent servir de valeurs de départ pour une comparaison avec de futures mesures.

Nécessité d'avoir des indications claires pour la chimioradiothérapie primaire

Une critique similaire a été émise à l'égard de l'indicateur relatif à la *chimioradiothérapie primaire* pour les patients ayant un cancer de l'œsophage. Sur la base des recommandations de 2012, une 'chimioradiothérapie concomitante définitive' doit être envisagée chez les patients ayant un cancer de l'œsophage, quel que soit le type histologique, si la tumeur est considérée comme non résécable, si le patient n'est pas apte à subir une chirurgie ou si le patient refuse la chirurgie⁸. Deux études sur la chimioradiothérapie (l'étude RTOG 85-01¹⁷ et l'étude RTOG 94-05/INT 0123¹⁸) ont été décisives pour admettre la chimioradiothérapie comme traitement standard dans les pays occidentaux. Plus tard, une étude de phase III (FFCD 9102)¹⁹ a conclu que les patients atteints d'un carcinome épidermoïde qui répondaient à une chimioradiothérapie



primaire avaient une survie médiane et une qualité de vie similaires avec ou sans résection. Ces études ont mené les cliniciens à adopter différentes stratégies en fonction du type histologique du cancer de l'œsophage et de la réponse morphologique après induction du traitement²⁰. Pour les adénocarcinomes localement avancés, la chimiothérapie néoadjuvante ou la chimioradiothérapie néoadjuvante ont été considérées comme la norme à suivre. En France, par exemple, la chimioradiothérapie primaire a été envisagée pour le traitement du carcinome épidermoïde localement avancé (stade cIII) chez les patients présentant une réponse morphologique et a mené à une survie globale similaire liée à une morbidité et à une mortalité post-traitement moins élevées que la chimioradiothérapie néoadjuvante suivie d'une chirurgie²¹. En Belgique, entre 2004 et 2008, environ un patient sur cinq souffrant d'un cancer de l'œsophage a été traité par chimioradiothérapie primaire et ces proportions ont été plus élevées pour les cancers épidermoïdes de stade avancé (stades cIII et IV). Toutefois, étant donné l'absence de valeur cible, il est impossible de dire si ces résultats sont bons ou mauvais. De plus, l'intention de traitement n'a pas été enregistrée dans les bases de données utilisées, ce qui complique l'interprétation. Pour cette raison, il est impossible de faire la distinction entre un patient qui a reçu une chimioradiothérapie dans une intention de traitement néoadjuvant mais pour lequel une chirurgie a été annulée pour raison de comorbidité, et un patient qui a reçu une chimioradiothérapie primaire. Pour ces raisons, cet indicateur ne peut pas être utilisé pour évaluer la qualité des soins.

Indicateurs d'efficacité des soins (outcomes)

Quelles que soient les modalités diagnostiques et les stratégies de traitement, comparativement aux autres pays, en Belgique, la prise en charge des patients qui ont un cancer de l'œsophage ou de l'estomac semble efficace en termes de survie à 5 ans. L'étude EURO-CARE-4 rapporte une estimation européenne de survie relative à 5 ans de 9,8% (IC à 95% 9,4-10,1%) pour le cancer de l'œsophage entre 1995 et 1999²². La Belgique enregistrait les taux de survie les plus élevés chez les hommes (17,2%) et se plaçait au deuxième rang des taux de survie les plus élevés pour les femmes (20,9%)²². Notre analyse des données belges sur une période plus récente (2004-2008) a débouché sur une estimation légèrement plus élevée (environ 22% pour les deux sexes). Comparativement, au cours de la période 2002-2006, l'Allemagne

rapportait un taux de survie relative à 5 ans de 18,3%²³. En Belgique, la survie relative à 5 ans des patients ayant un cancer de l'estomac était de 22,3% pour les hommes et de 25,3% pour les femmes. A titre de comparaison, ces taux allaient de 33% pour l'Allemagne à 17% pour l'Angleterre et l'Ecosse²⁴.

A l'inverse, *la mortalité postopératoire* s'avère moins favorable en Belgique que dans certains de nos pays voisins. Pour les patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage posé entre 2004 et 2008 traités par résection œsophagienne, on note un taux de mortalité à 30 jours de 4,8% et un taux de mortalité à 90 jours de 9,9%. Aux Pays-Bas, par exemple, en 2011, le taux de mortalité à 30 jours était de 1,4%⁹. Il est important de souligner que ces résultats ont été mesurés après l'instauration d'un critère de volume pour le traitement des patients ayant un cancer de l'œsophage. Dans la cohorte belge, la mortalité à 30 jours et à 90 jours des patients traités dans les centres ayant des volumes d'actes élevés (définis comme opérant au moins 20 patients par an) étaient respectivement de 1,7% et de 5,0% comparativement à 7,4% et 12,6% pour les patients traités dans des centres ayant des volumes d'actes peu élevés (définis comme opérant 5 patients ou moins par an).

Centres ayant des volumes d'actes élevés

Enfin, les recommandations de 2012 préconisaient *la centralisation des soins* des patients souffrant d'un cancer de l'œsophage ou de l'estomac⁸. Sur la période 2004-2008, 111 et 114 des 115 hôpitaux aigus belges ont délivré des traitements médico-chirurgicaux à des patients souffrant d'un cancer de l'œsophage et de l'estomac respectivement. Au cours de cette période, environ un tiers seulement des patients ayant un cancer de l'œsophage ont été traités dans des hôpitaux ayant des volumes d'actes élevés (au moins 20 patients opérés par an). La proportion de patients ayant un cancer de l'estomac traités dans un hôpital ayant des volumes d'actes élevés (au moins 20 patients opérés par an) n'a été que de 5% environ sur la même période. La nécessité d'une centralisation est discutée plus en détail dans le chapitre 5.



3.2. Au niveau du centre

Pour évaluer la qualité des soins au niveau des centres et la comparer entre les différents centres, les patients doivent être attribués à un seul centre où ses soins sont coordonnés. Ce n'est pas évident car certains patients sont diagnostiqués dans un centre, traités chirurgicalement dans un autre et suivent une radiothérapie dans un troisième centre. Pour résoudre ce problème, un algorithme prédéfini a été utilisé permettant d'attribuer 96,8% des patients à un seul centre.

Pour les indicateurs d'efficacité des soins (mortalité postopératoire, survie à 5 ans), on a observé une importante variabilité entre les centres, même après correction des facteurs confondants connus (Figure 1 et Figure 2). Une partie de cette variabilité pourrait s'expliquer par une corrélation volume-efficacité des soins (outcome), discutée plus loin dans le chapitre 5. La survie à 5 ans, particulièrement élevée chez les patients qui n'ont pu être attribués à un centre spécifique (140 cas pour le cancer de l'œsophage), est surprenante. Une explication plausible à cette situation pourrait être qu'un grand nombre de ces patients avaient un cancer de stade T1a traité par résection endoscopique de la muqueuse (ou dissection sous-muqueuse endoscopique dans le cas du cancer de l'estomac), un traitement pour lequel il n'y avait pas de code de nomenclature avant juin 2009.

Pour réduire la variabilité dans la pratique, les recommandations cliniques doivent être les plus spécifiques possible. Les indicateurs portant sur le traitement néoadjuvant (OC4 et GC4) et sur la chimioradiothérapie primaire (OC10) montrent que des recommandations moins spécifiques

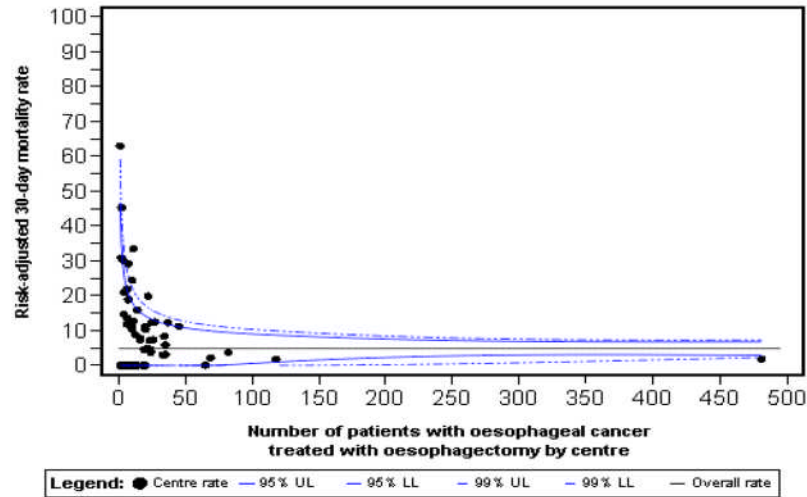
peuvent entraîner une variabilité importante. Ces indicateurs ne peuvent pas, actuellement, être utilisés pour évaluer la qualité des soins. De même, la variabilité observée dans le recours à la concertation oncologique multidisciplinaire n'est pas une surprise. Comme expliqué précédemment, la facturation de cette concertation oncologique multidisciplinaire diffère d'un centre à un autre. Pour cette raison, la variabilité observée peut être expliquée par des raisons administratives plutôt que qualitatives.

Au niveau des autres indicateurs de processus, la variabilité des soins est moins évidente. Une faible variabilité a été observée dans le recours au CT scan de stadification pour les deux types de cancer. Inversement, l'utilisation de la chimiothérapie combinée palliative dans le traitement du cancer de l'estomac est très variable selon les hôpitaux mais cette variabilité reste dans les limites de l'IC à 95%, ce qui peut être dû au faible nombre de patients concernés. Une situation similaire a été observée dans le recours aux soins palliatifs pour les deux types de cancer. Toutefois, l'interprétation de ces résultats est entravée par le fait qu'un centre n'a pas forcément d'impact sur les soins palliatifs. De plus, la connaissance des structures de soins palliatifs existantes et de leurs modalités de remboursement n'est pas optimale. En outre, les soins palliatifs sont parfois coordonnés par le médecin généraliste ou délivrés dans un autre centre que celui dans lequel le patient a été initialement traité.

Pour cette raison, cet indicateur ne doit pas être utilisé pour comparer la qualité des soins entre les centres (mais il reste valable pour l'évaluation de la qualité des soins au niveau national).

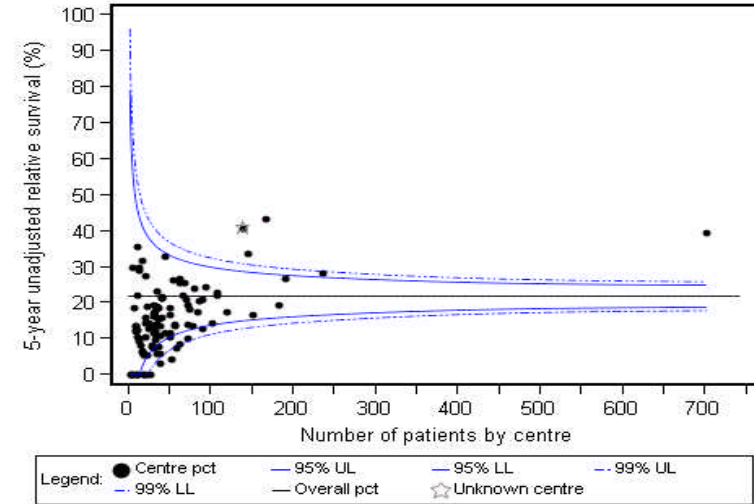


Figure 1 – Graphique en entonnoir du taux de mortalité à 30 jours après oesophagectomie, par centre, ajusté pour l'âge et le stade du cancer (stade combiné ; 2004-2008)



Remarque : En raison de la petite taille de l'échantillon dans la majorité des centres et des faibles pourcentages de mortalité, il convient de rester prudent dans l'interprétation des taux ajustés ; de petits changements peuvent avoir un impact majeur sur le taux ajusté (taux observé / taux attendu).

Figure 2 – Graphique en entonnoir de la survie relative à 5 ans des patients ayant un cancer de l'œsophage, par centre (2004-2008)



Tous les patients qui ne pouvaient pas être attribués à un centre ont été regroupés et marqués d'un astérisque sur le graphique en entonnoir.



4. STADE DU CANCER INCONNU : UN INDICATEUR DE QUALITÉ EN SOI

Un résultat majeur du présent rapport réside dans le nombre élevé de stades manquants rapportés à la Fondation Registre du Cancer, tant pour le cancer de l'œsophage que pour le cancer de l'estomac. Entre 2004 et 2008, 28,9% des stades combinés pour le cancer de l'œsophage et 34,9% pour le cancer de l'estomac étaient inconnus. Dans environ un tiers des cas, les stades T, N et M étaient tous inconnus. On a observé une variabilité au niveau du rapportage du stade du cancer et une nette différence entre les centres ayant des volumes d'actes élevés (qui rapportaient moins de données manquantes) et les autres centres, du moins en ce qui concerne le cancer de l'œsophage (Tableau 5). La proportion élevée de stades manquants a déjà été rapportée dans 2 autres rapports du KCE concernant d'autres types de cancer^{4,5}. Mais il n'est pas besoin de chercher une bonne explication à ce sous-rapportage. Dans certains cas, le dossier médical ne contenait probablement pas

suffisamment d'informations pour décider du stade final. Dans d'autres cas, les informations nécessaires étaient probablement disponibles mais aucune décision finale concernant le stade du cancer n'avait été enregistrée dans le dossier ou sur papier. Enfin, dans certains cas, toutes les informations nécessaires et le stade final étaient probablement disponibles dans le dossier médical mais elles n'ont jamais été communiquées à la Fondation Registre du Cancer. De toute manière, le nombre élevé de stades manquants est inacceptable et affaiblit les résultats de ce rapport, étant donné que ces informations sont nécessaires pour l'élaboration ou le calcul de plusieurs indicateurs.

Au cours de la discussion avec les experts cliniques, il est apparu que le rapportage du stade des cancers devait être considéré comme indicateur de qualité. De plus, des actions doivent être mises en place pour améliorer l'enregistrement du stade du cancer. Lier le remboursement de la concertation oncologique multidisciplinaire à l'enregistrement du stade du cancer pourrait constituer une intervention ciblée à ce niveau.

Tableau 5 – Proportions de stades combinés manquants ou inconnus par volume d'actes

	Volume faible (<6 interventions chirurgicales par an)	Volume moyen (6-19 interventions chirurgicales par an)	Volume élevé (≥20 interventions chirurgicales par an)	Total
Cancer de l'œsophage	35,2%	27,7%	5,8%	28,9%
Cancer de l'estomac	39,3%	31,2%	33,2%	34,9%



5. SOMMES-NOUS PRÊTS POUR LA CENTRALISATION DES SOINS ?

La centralisation des soins aux patients souffrant d'un cancer gastro-oesophagien était déjà préconisée dans les recommandations de 2012⁸. Cette recommandation reposait sur les preuves apportées par la littérature scientifique. Ce rapport, s'appuyant sur la base de données belges sur une période de 5 ans, confirme ce que cette littérature nous avait déjà enseigné.

Premièrement, il est clair que les soins aux patients souffrant d'un cancer de l'œsophage et de l'estomac ne sont pas du tout centralisés. Selon les définitions de volume utilisées dans le présent rapport (volume élevé : ≥ 20 interventions chirurgicales/an; volume moyen : 6-19 interventions chirurgicales /an; volume bas : < 6 interventions chirurgicales /an), seuls deux hôpitaux ayant des volumes d'actes élevés ont été identifiés pour le cancer de l'œsophage et un seulement pour le cancer de l'estomac. Environ 35% et 5% seulement des patients ayant un cancer de l'œsophage et un cancer de l'estomac, respectivement, ont été traités dans ces centres ayant un volume d'actes élevé.

Deuxièmement, des différences notables ont été trouvées dans le cas-mix des patients sur la base du volume des hôpitaux. Pour le cancer de l'œsophage, les centres ayant des volumes d'actes élevés ont traité plus d'hommes et de jeunes patients, plus d'adénocarcinomes et moins de tumeurs de stade IV. Pour le cancer de l'estomac, les centres ayant des volumes d'actes élevés ont traité plus de femmes et de jeunes patients et moins de tumeurs de stade IV. Ces résultats suggèrent que les centres ayant des volumes d'actes élevés ont traité des patients présentant des caractéristiques plus favorables.

Troisièmement, en ce qui concerne les patients ayant un cancer de l'œsophage et de l'estomac qui ont subi une chirurgie, le volume d'actes de l'hôpital est significativement associé à une plus faible mortalité postopératoire (pour le cancer de l'œsophage) et à une meilleure survie à 5 ans (pour le cancer de l'œsophage [voir Figure 2] et le cancer de l'estomac). Pour tous les patients ayant un cancer de l'œsophage ou un cancer de l'estomac, quel que soit le traitement, le volume d'actes de l'hôpital est significativement associé à la survie à 5 ans.

Quatrièmement, les scores des indicateurs de processus mesurables sur la base des données administratives n'ont pas permis d'expliquer cette corrélation volume-efficacité des soins (outcome). De plus, là où le cas-mix suggérait que les centres ayant des volumes d'actes élevés traitaient des patients qui avaient des caractéristiques plus favorables, l'association volume-efficacité des soins (outcome) est restée significative, et ce, même après correction pour l'âge, le sexe, le stade du cancer et le type histologique de la tumeur.

Une grande lacune au niveau de ces résultats réside dans l'absence d'informations sur les comorbidités car il est, en effet, toujours possible que les différences de résultats liées au volume d'actes puissent être expliquées par des différences de comorbidité, c'est-à-dire que les centres ayant des volumes d'actes élevés traiteraient des patients ayant moins de comorbidités. Pour explorer cette piste, il faudrait enregistrer la comorbidité des patients cancéreux (p. ex. à l'aide de l'indice de performance de l'OMS) de manière cohérente et il faudrait clairement définir le degré de comorbidité considéré comme cliniquement pertinent. Actuellement, la Fondation Registre du Cancer enregistre l'indice de performance de l'OMS au moment du diagnostic pour tous les patients. Toutefois, moins de la moitié des dossiers ont rapporté cette information entre 2004 et 2008. Une autre option consisterait à élaborer un score de comorbidité sur la base des données de l'Agence InterMutualiste.

Malgré cet aléa, ces résultats ne peuvent pas être ignorés et confirment la recommandation précédemment publiée sur la centralisation des soins des patients souffrant d'un cancer gastro-oesophagien. Ce point de vue a recueilli le soutien consensuel des experts qui ont participé au projet. Toutefois, ce rapport ne permet pas de formuler des recommandations sur la manière d'organiser ces soins centralisés. Aucune recherche n'a en effet été effectuée sur une valeur seuil idéale en termes de volume d'actes ou de caractéristiques essentielles des centres ou des prestataires de soins. Le 'taux de résection' n'a pas non plus été sélectionné comme indicateur de qualité, même s'il a permis de se faire une idée des modèles en vigueur pour référer les patients en Belgique.



6. DIFFÉRENCES D'ÂGE ET DE SEXE INEXPLIQUÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT D'UN CANCER GASTRO-OESOPHAGIEN

6.1. Différences d'âge

Pour la majorité des indicateurs, les résultats ont été moins favorables pour les patients de 80 ans et plus (ou même 70+ ou 60+ pour certains indicateurs) (Tableau 6). Une exception a été celle des soins palliatifs aux patients souffrant d'un cancer de l'œsophage métastasé, pour lesquels les patients de 80 ans et plus ont enregistré plus de prises en charge. Pour les patients souffrant d'un cancer de l'œsophage traités dans des centres à volume d'actes élevé, la différence n'a pas été significative. En l'absence de données relatives à la comorbidité, ces résultats n'ont pas pu être étudiés de manière plus approfondie mais on peut néanmoins supposer que cette comorbidité pourrait partiellement expliquer certains de ces résultats.

6.2. Différences entre les sexes

Certains résultats des indicateurs de qualité suggèrent aussi une différence au niveau de l'approche thérapeutique entre les hommes et les femmes atteints d'un cancer de l'œsophage ou de l'estomac. Toutefois, la stratification par âge ne montre plus de différence entre les sexes qu'au niveau de la concertation oncologique multidisciplinaire, des soins palliatifs aux patients atteints d'un cancer de l'œsophage de 80 ans et +, du CT scan de stadification (catégories d'âge 60-69 ans et 80+ ans) et de la chimiothérapie combinée palliative (catégorie d'âge 70-79 ans) pour les patients souffrant d'un cancer de l'estomac. Du fait de l'absence de données relatives à la comorbidité, aucune autre stratification n'a été possible pour ce facteur. Ces différences restent donc inexpliquées.



Tableau 6 – Résultats des indicateurs de processus par catégorie d'âge

	< 50 ans (%)	50-59 ans (%)	60-69 ans (%)	70-79 ans (%)	80+ (%)
Le cancer de l'œsophage					
Concertation oncologique multidisciplinaire dans un délai d'un mois à compter de la date d'incidence	44,4	46,8	45,0	43,1	39,4 [§]
Stadification par CT scan cou/thorax/abdomen	88,9	91,8	89,8	88,3	80,0 [§]
Traitement néoadjuvant des cancers T ₂₋₄ N _{any} M _{0-1a}	62,6	47,5	45,9	33,3 [§]	0,0 [§]
Chimioradiothérapie primaire	22,0	29,1	25,3	17,5 [§]	7,3 [§]
Soins palliatifs dans les 3 mois précédant le décès	50,0	43,8	41,7	40,5	53,9 [§]
Traitement dans un centre ayant des volumes d'actes élevés	40,4	36,7	34,0	32,4	26,2
Le cancer de l'estomac					
Concertation oncologique multidisciplinaire dans un délai d'un mois à compter de la date d'incidence	34,2	40,4	40,9	37,8	33,9 [§]
Stadification par CT scan thorax/abdomen	78,1 [†]	86,4	88,7	87,9	79,6 [§]
Traitement néoadjuvant des cancers T ₂₋₄ N _{any} M ₀	50,0	24,2	29,2	17,6 [§]	2,0 [§]
Chimioradiothérapie primaire	66,7	71,6	61,2	35,4 [§]	7,8 [§]
Soins palliatifs dans les 3 mois précédant le décès	50,8	54,4	42,1 [£]	42,2 [£]	40,3 [£]
Traitement dans un centre ayant des volumes d'actes élevés	8,2	5,4	6,3	3,6 [§]	3,5 [§]

[§] Différence significative comparativement aux 80 ans-. [§] Différence significative comparativement aux 70ans -. [†] Différence significative comparativement aux 50-. [£] Différence significative comparativement aux 60-.



7. POINTS FORTS ET LIMITATIONS DE L'ÉTUDE

Le principal point fort de ce rapport est la disponibilité d'une large base de données de la population contenant les données de plus de 10 000 patients atteints d'un cancer gastro-oesophagien sur une période de 5 ans. Cette caractéristique en fait une des plus grandes études à avoir analysé, par exemple, la corrélation volume-efficacité des soins (outcome) dans le cancer gastro-oesophagien²⁷. Les patients ont été sélectionnés dans la base de données de la Fondation Registre du Cancer, dans laquelle les diagnostics de cancer proviennent de deux voies différentes, à savoir un réseau clinique (programmes de soins oncologiques) et un réseau pathologique (laboratoires d'anatomopathologie). Ces flux de données permettent de recenser plus de 98% de tous les cas de cancer en Belgique.

Un autre point fort de ce rapport réside dans la validation des résultats par 6 hôpitaux belges. Cette validation a montré que 92-100% des patients avaient été correctement attribués aux hôpitaux et que seules de petites différences existaient entre les résultats de l'indicateur calculé en utilisant les données des hôpitaux versus les données de la Fondation Registre du Cancer liées aux données de facturation de l'AIM (à l'exception des données de la concertation oncologique multidisciplinaire).

L'absence de variables pertinentes dans les données disponibles (données du Registre liées aux données de facturation de l'AIM) peut être considérée comme la principale faiblesse de cette étude du fait que 11 indicateurs sur 29 n'ont pas pu être mesurés dans le cadre d'un schéma d'étude rétrospectif. De plus, des informations essentielles permettant

d'ajuster les résultats selon les niveaux de risque, et notamment la comorbidité et le statut socioéconomique, ont également fait défaut. En plus de leur manque de spécificité et de détail, les données administratives sont collectées pour d'autres raisons que l'évaluation de la qualité des soins et elles sont donc entachées d'un risque de sur- ou de sous-codage. Tout cela illustre la nécessité de mettre sur pied des registres adéquats pour obtenir toutes les informations nécessaires pour surveiller et améliorer les soins dans le traitement du cancer gastro-oesophagien. L'enregistrement de certaines variables (p. ex. la stadification) devrait être obligatoire, comme expliqué plus haut. Pour cette raison, à l'avenir, des projets d'enregistrement prospectif devraient être mis sur pied pour apporter des informations spécifiques supplémentaires à ces résultats.

Cette étude a aussi rapporté des analyses basées sur les dernières données disponibles - 2008 étant la dernière année disponible. A l'avenir, elle peut donc servir de base pour la mise en place d'un suivi de la qualité des soins.

Enfin, entre 2004 et 2008, 35% environ des informations de stadification du cancer de l'œsophage n'ont pas été communiquées à la Fondation Registre du Cancer ce qui a entravé la mesure correcte des indicateurs sélectionnés. Si ce faible taux de rapportage est probablement multifactoriel (voir section 1), le rapportage du stade du cancer est une obligation légale du médecin responsable de la concertation oncologique multidisciplinaire pour conserver l'accréditation du programme de soins en oncologie. Pour améliorer le rapportage des stades, des sanctions (p. ex. le retrait de l'accréditation, la suspension du remboursement de la concertation oncologique multidisciplinaire et du financement des gestionnaires des données) pourraient être envisagées si cette obligation n'est pas remplie.



8. POINTS CLÉS DU RAPPORT

- Un ensemble d'indicateurs de qualité du cancer gastro-oesophagien couvrant l'intégralité du trajet de soins a été défini. Sur la base de la nomenclature actuelle et des données de la Fondation Registre du Cancer, cet ensemble contient 13 indicateurs qui peuvent être mesurés de manière fiable. Les 5 indicateurs de qualité suivants ne sont pas utilisables actuellement : concertation oncologique multidisciplinaire (cancer de l'œsophage et de l'estomac), traitement néoadjuvant (cancer de l'œsophage et de l'estomac), chimioradiothérapie primaire (cancer de l'œsophage).
- L'enregistrement supplémentaire de l'intention de traitement, de la comorbidité, de la récurrence et de certaines données cliniques (marges de résection, complications postopératoires, envahissement ganglionnaire) permettrait d'accroître la pertinence et l'exhaustivité de l'ensemble des indicateurs.
- La constatation du sous-rapportage du stade du cancer auprès de la Fondation Registre du Cancer est un résultat majeur de cette étude. Un rapportage obligatoire de ces données est essentiel à la conduite de projets de qualité, tels que la présente étude. Le sous-rapportage du stade du cancer devrait être utilisé comme indicateur de qualité en soi.
- Sur la base des données de 2004-2008, en Belgique, la survie à long terme s'avère très bonne. Certains éléments indiquent toutefois une sous-utilisation des interventions recommandées et plus spécialement chez les patients (femmes) âgés. Ces résultats méritent une étude plus approfondie. Certaines tendances positives ont également été identifiées, notamment au niveau du recours au CT scan de stadification dans le cancer de l'estomac.
- Au cours de la période 2004-2008, (presque) tous les hôpitaux aigus belges ont délivré des soins à des patients atteints d'un cancer de l'œsophage ou de l'estomac. Malgré l'absence de données sur la comorbidité, une corrélation volume-efficacité des soins (outcome) a été clairement identifiée pour le cancer gastro-oesophagien, aussi bien au niveau de la mortalité postopératoire (cancer de l'œsophage) que de la survie à 5 ans (cancer de l'œsophage et de l'estomac).



9. BON À SAVOIR : ET MAINTENANT ?

Ce rapport contient différents types d'informations à l'intention de divers acteurs.

Impulsion pour des initiatives d'amélioration de la qualité

Avant tout, les centres et les prestataires de soins belges recevront leurs résultats de la Fondation Registre du Cancer pour un *feed-back individuel* en parallèle avec la publication du présent rapport. Des rapports précédents^{4 5} nous ont déjà appris que les hôpitaux et les prestataires de soins sont sensibles à l'obtention de ce type d'informations. L'analyse par centre leur permettra de comparer leurs résultats par rapport à ceux des autres centres. Si les variations ne doivent pas nécessairement être interprétées comme le signe d'un problème, elles représentent néanmoins des points qui méritent d'être étudiés en profondeur et évalués. Les centres qui désirent s'engager dans une approche *d'amélioration de la qualité* peuvent se comparer à d'autres centres qui ont atteint de meilleurs résultats au niveau des indicateurs incriminés et ainsi mieux comprendre les processus et pratiques en vigueur avant d'éventuellement les adopter. Il sera toutefois plus efficace de se concentrer sur tous les aspects des processus organisationnels plutôt que sur un seul élément parce que les résultats du premier de classe peuvent être induits par de nombreux facteurs²⁶.

Collège d'oncologie : interventions pour améliorer la qualité dans certains centres spécifiques

Outre le *feed-back*, *des actions ciblées et correctrices* représentent un autre élément essentiel du cycle d'amélioration de la qualité. Comme le prévoit la loi, le Collège d'oncologie pourrait effectuer des visites et des audits des centres qui se singularisent des autres (outliers) pour analyser les raisons de leur sur- ou sous-performance. Les « bons » centres peuvent aussi être visités pour mieux comprendre les processus qui mènent à leurs meilleurs résultats. Les cibles des actions d'amélioration à mettre en place dans un délai spécifique devraient être définies en collaboration avec les cliniciens concernés²⁶.

Importance d'une surveillance continue des données

L'absence de délai dans l'obtention des informations représente un élément important dans cette approche étant donné que de nombreuses procédures peuvent évoluer au fil du temps. Dans cette étude, nous avons utilisé des données de 2004-2008. Idéalement, le délai entre l'année d'incidence et l'année de disponibilité des données pour la recherche et sa publication doit être le plus court possible et un délai de 2 ans maximum doit être visé. La Fondation Registre du Cancer, expert dans le calcul des indicateurs et dans la communication de résultats, pourrait reproduire les analyses présentées sur les données 2010 qui sont devenues entretemps disponibles. Les données 2004-2008 pourraient être utilisées à l'avenir comme base pour les comparaisons et le suivi. En plus des *évaluations récurrentes* avec l'ensemble des indicateurs mesurables, des *évaluations approfondies* pourraient être effectuées sur des indicateurs spécifiques sélectionnés pour leur potentiel d'amélioration, leur caractère prioritaire pour les parties prenantes ou pour contribuer aux objectifs nationaux poursuivis dans le domaine de l'oncologie.

Affinement des indicateurs de qualité

Idéalement, les informations méthodologiques détaillées dans le présent rapport devraient permettre un *affinement* des indicateurs mesurables et inciter à l'*enregistrement de données supplémentaires* pour rendre les indicateurs non mesurables, mesurables et ainsi arriver à un ensemble d'indicateurs complet et pertinent (Tableau 7). Ces données supplémentaires comprennent l'intention de traitement, la comorbidité et la récurrence mais aussi des informations cliniques telles que la résection R0, le nombre de ganglions lymphatiques réséqués/évalués ou les fuites anastomotiques postopératoires.

Nécessité d'un système de qualité intégré

Enfin, comme déjà recommandé¹, toutes les actions citées plus haut devraient faire partie d'un *système de qualité intégré*. Les futures initiatives devraient adopter une approche bottom-up, selon laquelle les experts cliniques inviteraient les autres acteurs impliqués à mettre en œuvre ces idées de façon collaborative. La mise en place d'un tel système devrait permettre une actualisation permanente des recommandations et des indicateurs de qualité en collaboration avec le KCE.



Nécessité de centraliser

Ce rapport pourrait constituer un point de départ pour les discussions au sujet des questions organisationnelles, incluant la nécessité de centralisation. Mais avant cela, il faudrait décider de la méthodologie appropriée pour cette discussion. Les questions principales qui appellent une réponse sont : y a-t-il un niveau minimal d'activité et d'expérience requis ? Les résultats obtenus à la mesure des indicateurs de processus (*process*) et d'efficacité des soins (*outcomes*) doivent-ils être utilisés pour accréditer les hôpitaux ? Certains pré-requis structurels sont-ils recommandés (p.ex. disponibilité d'équipements de radiothérapie) ?

Puisque les hôpitaux de petit ou moyen volume peuvent aussi délivrer des soins de bonne qualité, la discussion ne devrait pas se concentrer uniquement sur le volume d'activités. Le seul exemple de discussion similaire disponible dans le domaine de l'oncologie en Belgique est celui du cancer du sein. Une nouvelle réglementation a été introduite par l'Arrêté Royal du 20 juillet 2007. Pour être agréé en tant que clinique du

sein, un centre doit procéder au diagnostic sur au moins 150 nouveaux patients par an depuis 2012. Dans le cas du cancer de l'œsophage et de l'estomac, les chiffres devront inévitablement être beaucoup plus faibles. Dans ce cas, les points d'attention essentiels se résument à la question : «Quel est le nombre minimal de patients, sur deux ou trois ans, qu'un praticien a besoin de traiter, afin d'être en mesure d'assurer avec une fiabilité statistique raisonnable pour ses patients que sa pratique est conforme aux normes de qualité en vigueur ? ». Il s'agit *a priori* d'une question statistique, et sous un angle théorique, il y a peu d'arguments valables pour accepter un volume inférieur à 30 voire 40 patients permettant d'offrir suffisamment de garanties sur le long terme. Néanmoins, sur le court et le moyen terme, nous devons accepter des volumes plus «réalistes», mais, sans surprise, la littérature ne nous procure pas de valeurs utiles vers lesquelles tendre. Il appartiendra aux parties prenantes à prendre leurs responsabilités et à dessiner un modèle pour l'avenir, dans un paysage plus centralisé.

Tableau 7 – Actions suggérées pour augmenter la mesurabilité et l'interprétabilité des indicateurs de qualité sélectionnés

Cancer de l'œsophage	Cancer de l'estomac	Action
Stadification		
OC1 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage discuté à la concertation oncologique multidisciplinaire	GC1 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'estomac discuté à la concertation oncologique multidisciplinaire	Enregistrement obligatoire de la concertation oncologique multidisciplinaire auprès de la Fondation Registre du Cancer belge
OC2 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage ayant eu un CT scan cou/thorax/abdomen	GC2 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'estomac ayant eu un CT scan thorax/abdomen	-
Traitement du cancer de la muqueuse		
OC3 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage cT1a traités par résection endoscopique de la muqueuse qui ont eu une résection en bloc	GC3 : Proportion de patients ayant un diagnostic de cancer de l'estomac cT1a traités par résection endoscopique de la muqueuse /dissection sous-muqueuse endoscopique qui ont eu une résection en bloc	Utilisation des données TNM 7 Création de codes de nomenclature pour l'enregistrement des résections en bloc

**Traitement néoadjuvant**

OC4 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage au-delà de la muqueuse (T₂₋₄ N_{A_{ny}} M_{0-1a}) qui ont reçu un traitement néoadjuvant

GC4 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'estomac au-delà de la muqueuse (T₂₋₄ N_{A_{ny}} M₀) qui ont reçu un traitement néoadjuvant

Décider de la définition du cancer de stade localement avancé et des stratégies de traitement appropriées

Chirurgie

OC5 : Proportion des patients traités par chirurgie qui ont eu une résection R0

GC5 : Proportion des patients traités par chirurgie qui ont eu une résection R0

Enregistrement obligatoire des marges de résection chirurgicales auprès de la Fondation Registre du Cancer belge

OC6 : Taux de mortalité post-résection œsophagienne à 30 jours

GC6 : Taux de mortalité post-résection gastrique à 30 jours

Enregistrement obligatoire de la comorbidité auprès de la Fondation Registre du Cancer belge

OC7 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage ou de cancer de la jonction gastro-œsophagienne qui ont été traités par oesophagectomie transthoracique radicale couplée à une dissection ganglionnaire à deux champs des ganglions lymphatiques abdominaux et thoraciques

Création de codes spécifiques de nomenclature pour l'oesophagectomie transthoracique et la dissection ganglionnaire à 2 champs

OC8 : Nombre moyen de ganglions lymphatiques réséqués/évalués pendant l'oesophagectomie

GC7 : Nombre moyen de ganglions lymphatiques réséqués/évalués pendant la gastrectomie

Enregistrement obligatoire du statut des ganglions lymphatiques et du nombre de ganglions lymphatiques réséqués auprès de la Fondation Registre du Cancer belge

OC9 : Proportion de patients avec une fuite anastomotique après une oesophagectomie

GC8 : Proportion de patients avec une fuite anastomotique après une gastrectomie

Enregistrement obligatoire des complications postopératoires auprès de la Fondation Registre du Cancer belge (après avoir clairement défini la fuite anastomotique)

Chimioradiothérapie primaire

OC10 : Proportion de patients avec diagnostic de cancer de l'œsophage, quel que soit le stade, traité par chimioradiothérapie primaire

Décider de la définition du cancer de stade localement avancé et des stratégies de traitement appropriées

Cancer métastatique

GC9 : Proportion de patients avec cancer de l'estomac métastaté qui ont reçu une chimiothérapie combinée -

OC11 : Proportion de patients décédés d'un cancer de l'œsophage métastaté qui ont reçu des soins palliatifs

GC10 : Proportion de patients décédés d'un cancer de l'estomac métastaté qui ont reçu des soins palliatifs

Collecte prospective de données

**Récidive**

OC12 : Proportion de patients avec cancer de l'œsophage récurrent discuté à la concertation oncologique multidisciplinaire avant tout traitement

GC11 : Proportion de patients avec cancer de l'estomac récurrent discuté à la concertation oncologique multidisciplinaire avant tout traitement

Enregistrement obligatoire des récidives auprès de la Fondation Registre du Cancer belge

Indicateurs génériques

OC13 : Survie relative à cinq ans par stade

GC12 : Survie relative à cinq ans par stade

Enregistrement obligatoire de la comorbidité auprès de la Fondation Registre du Cancer belge

OC14 : Survie globale à cinq ans

GC13 : Survie globale à cinq ans

Enregistrement obligatoire de la comorbidité auprès de la Fondation Registre du Cancer belge

OC15 : Proportion de patients ayant un cancer de l'œsophage traités par chirurgie dans des hôpitaux ayant des volumes d'actes élevés

GC14 : Proportion de patients ayant un cancer de l'estomac traités par chirurgie dans des hôpitaux ayant des volumes d'actes élevés

Réévaluation en tenant compte de la comorbidité et du statut socioéconomique



10. RÉFÉRENCES

1. Vlayen J, Stordeur S, Vrijens F, Van Eycken E. Kwaliteitsindicatoren in oncologie: voorwaarden voor het opzetten van een kwaliteitssysteem. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. Good Clinical Practice (GCP) KCE Report 152A (D/2011/10.273/01)
2. Goetghebeur E, R VR, Baert K, Vanhoutte K, Boterberg T, Demetter P, et al. Quality Assurance of rectal cancer diagnosis and treatment – phase 3: statistical methods to benchmark centers on a set of quality indicators. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. Good Clinical Practice (GCP) KCE Report 161C (D/2011/10.273/40)
3. Vlayen J, Verstreken M, Mertens C, Van Eycken E, Penninckx F. Kwaliteit van rectale kankerzorg – Fase 2: ontwikkeling en test van een set van kwaliteitsindicatoren. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2008. Good Clinical Practice (GCP) KCE Report 81A (D/2008/10.273/38)
4. Stordeur S, Vrijens F, Beirens K, Vlayen J, Devriese S, Van Eycken E. Quality indicators in oncology: breast cancer. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. Good Clinical Practice (GCP) KCE Report 150C (D2010/10.273/101)
5. Vlayen J, Vrijens F, Beirens K, Stordeur S, Devriese S, Van Eycken E. Kwaliteitsindicatoren in oncologie: teelbalkanker. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2011. Good Clinical Practice (GCP) KCE Report 149A (D2010/10.273/96)
6. Belgian Cancer Registry. Cancer Survival in Belgium. Brussels: 2012.
7. Peeters M, Lerut T, Vlayen J, Mambourg F, Ectors N, Deprez P, et al. Guideline pour la prise en charge du cancer oesophagien et gastrique : éléments scientifiques à destination du Collège d'Oncologie. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE); 2008. KCE Reports 75B (D/2008/10.273/17)
8. Lerut T, Stordeur S, Verleye L, Vlayen J, Boterberg T, De Hertogh G, et al. Actualisation des recommandations cliniques pour le cancer de l'oesophage et de l'estomac. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2012. Good Clinical Practice (GCP) KCE Report 179B (D/2012/10.273/33)
9. Dutch Institute for Clinical Auditing. DICA-Rapportages 2011 - Transparantie, keuzes en verbetering van zorg. Leiden: DICA Leids Universitair Medisch Centrum; 2012.
10. The NHS Information Centre for health and social care. National Oesophago-Gastric Cancer audit. Leeds: The NHS Information Centre; 2010.
11. The Royal College of Surgeons of England. National Oesophago-gastric Cancer Audit 2012. In. Leeds; 2012.
12. Cronin-Fenton DP, Mooney MM, Clegg LX, Harlan LC. Treatment and survival in a population-based sample of patients diagnosed with gastroesophageal adenocarcinoma. *World J Gastroenterol.* 2008;14(20):3165-73.
13. Gielen B, Remacle A, Mertens R. De CM neemt het levenseinde onder de loep: de cijfers. Landsbond der Christelijke Mutualiteiten; 2009. CM-informatie (CM-informatie 235)
14. Malthaner RA, Wong RK, Spithoff K, Rumble RB, Zuraw L, Gastrointestinal Cancer Disease Site Group. Preoperative or postoperative therapy for resectable esophageal cancer: guideline recommendations. Toronto: Cancer Care Ontario (CCO); 2008. Evidence-based series; no. 2-11
15. National Guideline Clearinghouse Preoperative or postoperative therapy for resectable esophageal cancer: guideline recommendations [Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ);2008 [cited 10/17/2012]. Available from: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=13013&search=oesophageal+cancer>
16. Integraal Kankercentrum Nederland Neoadjuvante chemotherapie voor Oesophaguscarcinoom [2010 [cited October 9, 2012]. Available from: <http://www.oncoline.nl/oesofaguscarcinoom>



17. Cooper JS, Guo MD, Herskovic A, Macdonald JS, Martenson JA, Jr., Al-Sarraf M, et al. Chemoradiotherapy of locally advanced esophageal cancer: long-term follow-up of a prospective randomized trial (RTOG 85-01). Radiation Therapy Oncology Group. *JAMA*. 1999;281(17):1623-7.
18. Minsky BD, Pajak TF, Ginsberg RJ, Pisansky TM, Martenson J, Komaki R, et al. INT 0123 (Radiation Therapy Oncology Group 94-05) phase III trial of combined-modality therapy for esophageal cancer: high-dose versus standard-dose radiation therapy. *J Clin Oncol*. 2002;20(5):1167-74.
19. Bedenne L, Michel P, Bouche O, Milan C, Mariette C, Conroy T, et al. Chemoradiation followed by surgery compared with chemoradiation alone in squamous cancer of the esophagus: FFCD 9102.[see comment]. *Journal of Clinical Oncology*. 2007;25(10):1160-8.
20. Mariette C, Piessen G, Triboulet JP. Therapeutic strategies in oesophageal carcinoma: role of surgery and other modalities. *Lancet Oncol*. 2007;8(6):545-53.
21. Mariette C. Current standards and options in the treatment of squamous cell oesophageal carcinoma. *Eur J Cancer*. 2009;45 Suppl 1:452-4.
22. Gavin AT, Francisci S, Foschi R, Donnelly DW, Lemmens V, Brenner H, et al. Oesophageal cancer survival in Europe: A EURO-CARE-4 study. *Cancer Epidemiol*. 2012.
23. Hiripi E, Jansen L, Gondos A, Emrich K, Holleczeck B, Katalinic A, et al. Survival of stomach and esophagus cancer patients in Germany in the early 21st century. *Acta Oncol*. 2012;51(7):906-14.
24. Brenner H, Francisci S, de Angelis R, Marcos-Gragera R, Verdecchia A, Gatta G, et al. Long-term survival expectations of cancer patients in Europe in 2000-2002. *Eur J Cancer*. 2009;45(6):1028-41.
25. Spiegelhalter DJ. Funnel plots for comparing institutional performance. *Stat Med*. 2005;24(8):1185-202.
26. Paul J, Blackstien-Hirsch P, Brown A. Aligning performance management with corporate strategy: a toolkit for Ontario's hospitals. Hospital Report Research Collaborative. 2006.
27. Wouters MWJM, Gooiker GA, Van Sandick JW, Tollenaar RAEM. The volume-outcome relation in the surgical treatment of esophageal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer*. 2012.



■ RECOMMANDATIONS^a

A l'attention de la Ministre de la Santé Publique après avis des organes compétents :

- L'ensemble des indicateurs de qualité du cancer gastro-oesophagien devrait faire partie d'un système de qualité comprenant un feed-back individuel et des actions d'amélioration de la qualité.
- La centralisation des soins aux patients souffrant d'un cancer gastro-oesophagien en Belgique devra être initiée immédiatement en prenant les résultats du présent rapport comme point de départ.
- Le remboursement de la concertation oncologique multidisciplinaire (COM) devrait être subordonné, pour chaque type de cancer, à l'enregistrement automatique obligatoire du stade du cancer et de variables essentielles prédéfinies.

A l'attention de la Fondation Registre du Cancer :

- Les variables suivantes devraient être ajoutées à la liste actuelle des variables devant obligatoirement être communiquées à la Fondation :
 - L'intention du traitement ;
 - La comorbidité, enregistrée de manière cohérente, avec une indication du degré de comorbidité cliniquement pertinent ;
 - La récurrence ;
 - Le statut des ganglions lymphatiques et le nombre de ganglions lymphatiques résectionnés et évalués ;
 - Les marges de résection chirurgicale.
- La corrélation volume-outcome (efficacité des soins délivrés) dans le traitement du cancer gastro-oesophagien devrait être étudiée et suivie de manière plus approfondie en tenant compte de la comorbidité.

^a Le KCE est le seul responsable des recommandations.



A l'attention des sociétés scientifiques de chirurgie, d'oncologie, de radiothérapie et aux prestataires des soins de santé impliqués dans la prise en charge des patients ayant un cancer gastro-oesophagien, y compris le Collège d'Oncologie :

- Les prestataires des soins de santé sont encouragés à comparer leurs résultats individuels aux indicateurs de qualité qui leur sont transmis par la Fondation Registre du Cancer, pour les comparer à ceux d'autres organisations et pour s'engager dans un processus d'amélioration de la qualité.
- Les cliniciens impliqués dans les soins aux patients atteints d'un cancer gastro-oesophagien devraient essayer d'aboutir à un consensus sur la définition précise du cancer de stade localement avancé et les indications du traitement néoadjuvant (pour le cancer de l'œsophage et le cancer de l'estomac) et de la chimioradiothérapie primaire (pour le cancer de l'œsophage).

Des valeurs cibles appropriées devraient être définies pour chaque indicateur de qualité.

