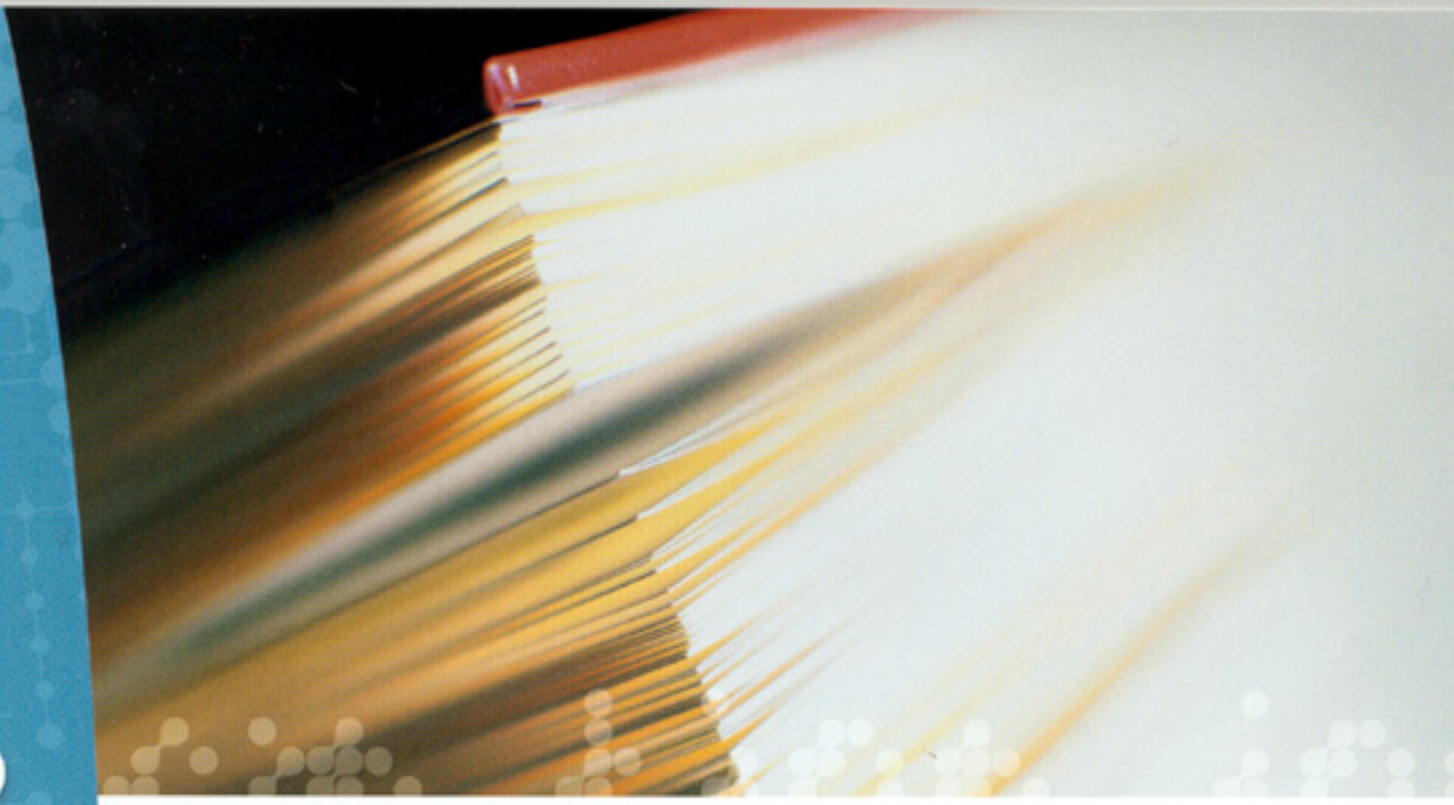


information

formation

recherche

coopération internationale

UTILISATION DU FICHIER DES PAIEMENTS À L'ACTE DE LA RAMQ POUR IDENTIFIER LES CAS DE CANCER NON DÉCLARÉS AU FICHIER DES TUMEURS DU QUÉBEC

ÉTUDE DE FAISABILITÉ
VOLET : CANCER DE LA PROSTATE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec

UTILISATION DU FICHIER DES PAIEMENTS À L'ACTE DE LA RAMQ POUR IDENTIFIER LES CAS DE CANCER NON DÉCLARÉS AU FICHIER DES TUMEURS DU QUÉBEC

ÉTUDE DE FAISABILITÉ
VOLET : CANCER DE LA PROSTATE

DIRECTION PLANIFICATION, RECHERCHE ET INNOVATION

FÉVRIER 2006

Institut national
de santé publique
Québec

AUTEURS

Rabiâ Louchini, M. Sc.
Unité Connaissance-surveillance, direction Planification, recherche et innovation,
Institut national de santé publique du Québec

Michel Beaupré, responsable du fichier des tumeurs
Direction de la promotion de la santé et du bien-être, ministère de la Santé et des Services sociaux

Simone Provencher, M.D., M. Sc.
Direction de santé publique de la Montérégie

AVEC LA COLLABORATION DE

Yves Fradet, M.D.
Centre de recherche de l'Hôtel-Dieu de Québec, Université Laval

MISE EN PAGE

Line Mailloux
Unité Connaissance-surveillance, direction Planification, recherche et innovation,
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM (HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA)
COTE : INSPQ-2006-038

DÉPÔT LÉGAL – 2E TRIMESTRE 2006
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-47323-X (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN 2-550-47324-8 (PDF)
©Institut national de santé publique du Québec (2006)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES III

1. INTRODUCTION 1

2. CANCER DE LA PROSTATE 3

2.1. Quelques notions 3

2.2. Les traitements du cancer de la prostate 3

2.3. Objectif spécifique 4

2.4. Méthode 4

2.4.1. Source de données 4

2.4.2. Démarche générale à suivre 4

2.4.3. Définition préalable de cas 4

2.4.4. Consultation d'un expert 5

2.4.5. Stratégie 5

2.4.6. Établissements 5

2.5. Résultats de l'application de la stratégie sur les données du fichier des paiements à l'acte de la RAMQ 6

2.5.1. Description des actes 8

2.5.2. Stratégies de sélection et application des critères pour la définition de cas 8

2.6. Résultats de l'application des critères B et C de la stratégie sur les cas retrouvés au FiTQ 12

2.7. Autres résultats : délai de « déclaration » au FiTQ 14

3. DISCUSSION 17

4. CONCLUSION ET ÉTAPES À VENIR 19

5. RÉFÉRENCES 21

ANNEXE 1 – QUELQUES DÉFINITIONS SUR LES ACTES 23

ANNEXE 2 – LISTE DES ACTES FACTURÉS RETENUS 27

ANNEXE 3 – LISTE DES CENTRES DE RADIO-ONCOLOGIE 33

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

Tableau 1 – Exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec selon le siège de cancer 1
Tableau 2 – Sensibilité du Fichier des paiements à l'acte de la RAMQ à identifier les cas de cancer de la prostate inscrits au FiTQ 6
Tableau 3 – Recherche des cas dans le Fichier des décès 6
Tableau 4 – Recherche des cas dans le Fichier des tumeurs mais avec un autre code de diagnostic que CIM-9 185 7
Tableau 5 – Fréquence des actes facturés à la RAMQ selon la spécialité du médecin pour les 35 389 cas identifiés à partir du fichier des paiements à l'acte de la RAMQ 7
Tableau 6 – Répartition des 18 661 personnes identifiées par le fichier de la RAMQ et non trouvées au FiTQ, selon qu'il y ait au moins une facturation avec un code de diagnostic CIM-9 185 réclamée par un radio-oncologue ou un hématologue 9
Tableau 7 – Répartition des 18 661 personnes identifiées par le fichier de la RAMQ et non trouvées au FiTQ, selon qu'il y ait au moins une facturation avec un code de diagnostic de cancer de la prostate (CIM-9 185) et un acte probablement relié au cancer 9
Tableau 8 – Répartition des personnes identifiées par le fichier de la RAMQ et non trouvées au FiTQ et n'ayant pas d'actes probablement reliés au cancer, selon le nombre de facturations individuelles pour un cancer de la prostate (CIM-9 185) 10
Tableau 9 – Synthèse des résultats 11
Tableau 10 – Répartition des actes facturés pour les cas retenus selon le type d'établissement 12
Tableau 11 – Répartition des 16 728 personnes trouvées au FiTQ, selon qu'il y ait au moins une visite chez un radio-oncologue ou un hématologue 13
Tableau 12 – Répartition des personnes identifiées par le fichier de la RAMQ et trouvées au FiTQ, selon le critère B, au moins une facturation avec un code de diagnostic CIM-9 185 et un acte possiblement relié au cancer inscrit ou selon le critère C, trois de facturations individuelles avec un code de diagnostic CIM-9 185 13
Tableau 13 – Différence entre la date de la première facturation à la RAMQ avec un diagnostic de cancer de la prostate et la date de diagnostic inscrite dans le Fichier des tumeurs 14
Tableau 14 – Distribution des personnes trouvées au Fichier des tumeurs dont la date de diagnostic est ultérieure à la date de service selon l'année de déclaration au FiTQ et l'année de la première facturation au fichier de la RAMQ 15

Tableau 15 – Distribution de l'âge chez les personnes trouvées au Fichier des tumeurs selon que la date de diagnostic au FiTQ est ultérieure à la date de service à la RAMQ 15
Figure 1 – Algorithme de l'étude de validation 20

1. INTRODUCTION

Le Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ) est actuellement l'unique source de données qui vise à recueillir tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués annuellement au Québec. Ce fichier est alimenté presque exclusivement par les dossiers d'hospitalisation et de chirurgie d'un jour. Les cas de cancer diagnostiqués dans un cabinet médical et traités en clinique externe ou en service ambulatoire ne sont pas déclarés au fichier. De plus en plus, des méthodes de diagnostic simplifiées et des procédures chirurgicales peu invasives font en sorte que certaines tumeurs facilement accessibles, ou à un stade précoce, peuvent être diagnostiquées et entièrement traitées sans nécessiter d'hospitalisation, ni de chirurgie d'un jour. Ces cas ne sont jamais déclarés au Fichier des tumeurs ou ne le seront qu'à un stade plus avancé de la maladie qui nécessitera une hospitalisation. L'ampleur de la sous-déclaration que cette situation génère a été estimée tout récemment par une étude d'évaluation de l'exhaustivité de la banque (Brisson et *al.* 2003). L'étude consistait à retrouver au Fichier des tumeurs entre 1996 et 1998 des cas de cancer chez les adultes diagnostiqués en 1996 et sélectionnés à partir des rapports de pathologie dans un échantillon de 33 laboratoires de pathologie des hôpitaux du Québec. L'étude portait également sur tous les cas pédiatriques de tumeur maligne de trois principaux établissements pédiatriques. Le tableau 1 présente les résultats de cette étude.

Tableau 1 – Exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec selon le siège de cancer

Siège du cancer chez les adultes	N	Exhaustivité (%)[1]
Poumon	103	97,1
Sein	160	98,8
Prostate	106	67,9
Colorectal	173	97,1
Lymphome	64	90,6
Vessie	43	86,0
Rein	15	93,3
Mélanome	26	65,4
Leucémie	9	100,0
Utérus	46	100,0
Pancréas	8	100,0
Oral	31	96,8
Estomac	34	94,1
Col de l'utérus	16	100,0
Autres	129	93,8
Ensemble des cancers chez les enfants	210	96,7

Source : Brisson et al. 2003.

Comme on peut le constater au tableau 1, la sous-déclaration varie selon le siège ou le type de cancer. Parmi les sièges de cancer les plus touchés (prostate, mélanome et vessie), la prostate et la peau (le mélanome) sont particulièrement susceptibles d'être dépistées et traitées en cabinet privé et en clinique

1. Il s'agit de l'exhaustivité pour les cas confirmés par histologie, soit environ un peu plus de 80 % de l'ensemble des cancers déclarés au FiTQ.

externe. En effet, l'étude rapporte que 65,4 % des nouveaux cas de mélanome, et 67,9 % des nouveaux cas de cancer de la prostate sont déclarés au FiTQ.

Le fichier des paiements à l'acte de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) est de plus en plus utilisé dans diverses études épidémiologiques. Dernièrement, l'Institut national de santé publique du Québec a utilisé principalement ce fichier pour estimer l'incidence et la prévalence du diabète au Québec (Émond, V. 2002). Ainsi, en s'inspirant des travaux réalisés pour le diabète, il serait pertinent d'évaluer la possibilité d'utiliser cette source d'information pour compléter l'identification de tous les nouveaux cas de cancer au Québec. Cette approche est aussi de plus en plus utilisée pour identifier les cas de cancer (Leung et *al*. 1999), ou d'autres maladies (Juster et *al*. 2005), ou dans la surveillance en santé publique (Virnig et McBean 2001) ou tout simplement pour bonifier les registres du cancer.

Le projet proposé ici offre une possibilité d'améliorer le FiTQ en utilisant le fichier des paiements à l'acte ainsi que le fichier d'inscription des personnes assurées de la RAMQ, pour repérer les nouveaux cas de cancer non déclarés au FiTQ. Le médecin qui reçoit le patient atteint de cancer et qui est rémunéré selon le mode de paiement à l'acte remplit un formulaire sur lequel il inscrit un diagnostic et un acte pour lequel il réclame des honoraires. Le diagnostic et l'acte sont codés. Le projet explore la capacité à utiliser une combinaison d'un diagnostic et de différents actes médicaux pour identifier les cas de cancer non hospitalisés mais vus en externe. Même si des erreurs peuvent se glisser dans ce type de fichier, des combinaisons peuvent être choisies pour en minimiser les effets.

Dans le but d'améliorer l'exhaustivité du Fichier des tumeurs du Québec, l'objectif général de cette étude est d'identifier les cas de cancer non déclarés au Fichier des tumeurs du Québec à partir du fichier des paiements à l'acte de la RAMQ pour chaque siège de cancer étudié. Les sièges de cancer visés par cette étude sont : la prostate, la vessie, le mélanome et le poumon. Le présent volet porte sur le cancer de la prostate.

2. CANCER DE LA PROSTATE

2.1. QUELQUES NOTIONS

La prostate est une glande, qui fait partie de l'appareil génital mâle. Elle est de la taille d'une grosse noix et est située juste en dessous de la vessie, à la base du pénis. La principale fonction de la glande de la prostate est la production du sperme. Les cancers de la prostate, presque uniquement des adénocarcinomes, débutent dans le tissu glandulaire de la prostate. On ne connaît pas les causes exactes du cancer de la prostate, mais il survient le plus souvent chez les hommes âgés de plus de cinquante ans. Les recherches démontrent que le risque de développer un cancer de la prostate est plus élevé si un parent a reçu un diagnostic de la maladie (Albright and *al.* 2005; Pharoah, 2005). Également, le cancer de la prostate semble être plus fréquent chez les hommes d'ascendance africaine que chez les hommes de race blanche (Jones and Wenzel 2005; Rebbeck 2005). Les populations asiatiques et autochtones semblent avoir les taux les moins élevés de cancer de la prostate. L'alimentation semble jouer un rôle dans le développement du cancer de la prostate. Une alimentation pauvre en gras pourrait protéger contre le risque de développer le cancer de la prostate (Chen and *al.* 2005). Les symptômes reliés au cancer de la prostate se manifestent par certains problèmes de miction comme la difficulté à commencer ou à arrêter le jet, l'incapacité d'uriner, le besoin fréquent d'uriner, la douleur ou sensation de brûlure lors de la miction, la présence de sang dans l'urine (rare) et la douleur constante dans le bas du dos ou le bassin.

2.2. LES TRAITEMENTS DU CANCER DE LA PROSTATE

Plusieurs traitements sont utilisés pour traiter les hommes atteints du cancer de la prostate selon les cas :

- La chirurgie : L'ablation chirurgicale de la prostate, connue sous le nom de prostatectomie radicale, est disponible pour traiter le cancer localisé de la prostate. Cela implique la résection de la prostate et des tissus environnants, d'une partie de l'urètre et des vésicules séminales.
- La curiethérapie : Cela implique la mise en place d'implants radioactifs directement dans la prostate, où ils demeurent en permanence. La radiation qui en résulte est localisée à la prostate.
- La radiothérapie externe : La radiothérapie est l'une des principales options de traitement disponibles pour les hommes atteints du cancer localisé de la prostate. Des rayons à grande énergie « à l'extérieur » du corps sont dirigés vers une cible à l'intérieur du corps. De récents progrès en matière de radiothérapie permettent aux oncologues de diriger les rayons de radiation de façon plus précise et de donner une dose de radiation plus élevée à l'aide d'une technique nommée radiation conformale.
- L'observation : L'observation est une option de traitement qui inclut des tests APS (antigène prostatiques spécifiques ou PSA en anglais) périodiques et des touchers rectaux afin d'observer de près le comportement du cancer. Ce traitement peut être privilégié dans certaines situations.
- L'hormonothérapie : Il s'agit d'un des plus anciens traitements du cancer de la prostate. Le cancer de la prostate est généralement hormono-dépendant et en privant la prostate d'hormones, le cancer s'en trouve réduit. L'hormonothérapie peut être administrée seule ou combinée à d'autres thérapies. Par elle-même, l'hormonothérapie n'est pas un traitement curatif, mais une façon de ralentir la croissance du cancer de la prostate.

2.3. OBJECTIF SPÉCIFIQUE

Trouver une stratégie pour repérer les cas de cancer de la prostate non déclarés au Fichier des tumeurs du Québec (FiTQ) à partir du fichier des paiements à l'acte de la RAMQ.

2.4. MÉTHODE

2.4.1. Source de données

Les données utiles pour « tester » l'approche sont celles portant sur les consultations médicales pour cancer de la prostate inscrites au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ pour les années 1990 à 1999. Ce fichier est une base de données administratives qui enregistre tous les paiements des services médicaux offerts par des médecins. Alors, un acte est un service médical à visée diagnostique, évaluative ou thérapeutique. Il se déroule dans un lieu préalablement défini, est réalisé par un ou plusieurs médecins généralistes ou spécialistes et s'effectue toujours en présence d'un seul patient à la fois. L'honoraire relié à un acte est facturé à la RAMQ; c'est ce qu'on va appeler une facturation.

2.4.2. Démarche générale à suivre

Toutes les réclamations pour des actes ayant un diagnostic de cancer de la prostate ont été sélectionnées. Ce diagnostic réfère au code 185 de la neuvième classification internationale des maladies (CIM-9) utilisée dans les fichiers de la RAMQ durant la période de l'étude. Ainsi, toute personne pour laquelle un acte ayant un code de diagnostic 185 de la CIM-9 a été facturé, est retenue dans un premier temps. Ensuite, les démarches ci-dessous ont été suivies :

- apparier ces réclamations, le Fichier des tumeurs, le fichier d'inscription des personnes assurées de la Régie d'assurance maladie et le fichier des décès du MSSS;
- en se basant sur le Fichier des tumeurs, calculer la sensibilité du fichier des paiements à l'acte pour identifier les cas pour le type de cancer étudié;
- finalement, établir des stratégies pour identifier les cas réels de cancer à partir du fichier des paiements à l'acte.

2.4.3. Définition préalable de cas

Grâce à un identifiant unique pour chaque bénéficiaire inscrit dans le fichier des paiements à l'acte de la RAMQ, il est possible de calculer le nombre d'actes reçus par une même personne pour un diagnostic de cancer de la prostate.

Les informations contenues dans la banque de données des paiements à l'acte de la RAMQ ne permettent pas de savoir s'il s'agit d'une première consultation ou non pour un diagnostic spécifique de cancer chez un individu. En se basant sur des travaux préliminaires non publiés, des critères ont été établis pour l'identification d'un nouveau cas de cancer et serviront de base pour établir une stratégie. Alors, pour les personnes présélectionnées avec un code de diagnostic de cancer de la prostate (CIM-9 185), un nouveau cas de cancer est identifié si une personne correspond à l'un ou l'autre des critères suivants :

A. Elle est trouvée dans le FiTQ.

B. Elle a reçu des services pour un acte rémunéré, probablement associé au cancer de la prostate.
C. Elle a reçu des services pour au moins trois actes rémunérés à des dates différentes, dans un intervalle de moins de 731 jours suivant la première consultation pour cancer de la prostate.

Pour répondre aux critères d'identification d'un nouveau cas (surtout le critère C), nous tenons compte d'une période de délai dans les consultations avant de considérer un cas incident. Avec le postulat qu'une personne diagnostiquée pour un cancer (dans une première consultation) mettra moins de deux ans pour faire l'objet d'une investigation supplémentaire (dans une deuxième consultation), nous avons considéré qu'une période de deux ans était requise avant de pouvoir estimer qu'il s'agit d'un nouveau cas de cancer. Par exemple, pour estimer le nombre de nouveaux cas de 1994, les années 1992 et 1993 ont été considérées pour l'exclusion des personnes qui auraient consulté antérieurement pour le même cancer, soit de 1992 à 1993.

À l'instar de la définition de la période de délai, une période minimale de deux ans est aussi requise pour assurer le suivi et ainsi respecter le critère C de la définition des cas (la personne a reçu au moins trois actes rémunérés pour un même diagnostic à des dates différentes et dans un intervalle de moins de 731 jours). Ainsi, les années 1995 et 1996 sont nécessaires pour vérifier si une personne, identifiée en 1994, a consulté plusieurs fois pour le même cancer durant les années subséquentes, soit durant 731 jours après son identification.

2.4.4. Consultation d'un expert

La liste des actes facturés avec un diagnostic de cancer de la prostate a été produite et revue par un spécialiste en urologie afin d'identifier les actes possiblement associés au cancer de la prostate. À la lumière de ce qui a été retenu et des informations tirées de la littérature, une stratégie a été établie. Cette stratégie consolide la définition de cas, selon le critère B.

2.4.5. Stratégie

La spécialité des médecins a été examinée pour l'ensemble des facturations portant le code de diagnostic cancer de la prostate ainsi que selon les facturations portant le code de diagnostic de cancer de la prostate et un acte (diagnostique ou thérapeutique) possiblement relié au cancer de la prostate. Ensuite, une stratégie de repérage des cas selon une séquence a été utilisée.

2.4.6. Établissements

Le lieu de la facturation est aussi important pour se reporter ultérieurement aux dossiers médicaux des cas retenus à partir de la stratégie. Le type d'établissement où l'acte a eu lieu sera présenté.

2.5. RÉSULTATS DE L'APPLICATION DE LA STRATÉGIE SUR LES DONNÉES DU FICHIER DES PAIEMENTS À L'ACTE DE LA RAMQ

Par le jumelage, les personnes identifiées au fichier de la RAMQ ont été recherchées dans le Fichier des tumeurs (FiTQ) afin d'identifier les cas non déclarés. Les jumelages ont été rendus possible grâce à un identifiant unique qui est le numéro d'assurance maladie de la personne, crypté de la même façon dans tous les fichiers. La recherche couvre la période de 1984 à 1999 inclusivement. La période couverte au Fichier des tumeurs est volontairement plus étendue afin de tenir compte des situations où des personnes reçoivent des services pour une récidive d'un cancer ou qui ont simplement un suivi médical pour cette maladie.

Entre 1992 et 1997 inclusivement, 35 389 hommes ont été identifiés dans le Fichier des paiements à l'acte de la RAMQ avec un code de diagnostic CIM-9 185, dont 18 661 n'ont pas été trouvés au FiTQ.

Les personnes non retrouvées dans le Fichier des tumeurs ont été également recherchées dans le fichier des décès afin d'identifier les personnes ayant le diagnostic de cancer de la prostate inscrit dans les causes de décès. Parmi les 18 661 non trouvés au FiTQ, 415 ont été trouvées dans le fichier des décès (voir tableau 3).

Tableau 2 – Sensibilité du Fichier des paiements à l'acte de la RAMQ à identifier les cas de cancer de la prostate inscrits au FiTQ

		FiTQ (1984 à 1999) +	FiTQ (1984 à 1999) -	
Fichier des paiements à l'acte de la RAMQ, 1992-1997	+	16 728*	18 661	35 389
	-	2 400**		
		19 128		

Sensibilité : 88 %.

* 280 personnes trouvées dans une période à l'extérieur de 1992-1997.

** Dans le Fichier des tumeurs de 1992 à 1997.

Tableau 3 – Recherche des cas dans le Fichier des décès

Cas non retrouvés dans le FiTQ de 1984 à 1999 avec code CIM-9 185	18 661
Cas retrouvés au Fichier des décès entre 1992 et 1999 avec CIM-9 185	415
Cas inscrits au Fichier des décès sous code CIM 185 et non identifiés à la RAMQ	111

Tableau 4 – Recherche des cas dans le Fichier des tumeurs mais avec un autre code de diagnostic que CIM-9 185

Cas non retrouvés dans le FiTQ de 1984 à 1999 avec code CIM-9 185	18 661
Cas retrouvés dans le FiTQ de 1984 à 1999 avec un autre code que CIM-9 185	4 930
Cas retrouvés dans le FiTQ de 1992 à 1997 avec un autre code que CIM-9 185	2 857

La distribution des actes de toutes les réclamations retenues du fichier des paiements à l'acte de la RAMQ selon la spécialité du médecin a montré que 60 % des actes sont facturés par un urologue, 20 % par un radio-oncologue, 14 % par un omnipraticien et 6 % par un autre médecin. La répartition de ces actes selon que la personne est déclarée au FiTQ ou non a permis d'observer que le pourcentage d'actes facturés par un urologue est plus élevé chez les personnes déclarées au FiTQ (62,8 % versus 53,9 %) tandis que l'inverse est observé pour les actes facturés par un radio-oncologue (17,1 % versus 28,2 %).

Tableau 5 – Fréquence des actes facturés à la RAMQ selon la spécialité du médecin pour les 35 389 cas identifiés à partir du fichier des paiements à l'acte de la RAMQ

Spécialité du médecin	Nombre d'actes			Pourcentage		
	Cas identifiés à la RAMQ	Cas trouvés dans le FiTQ	Cas non trouvés dans le FiTQ	Cas identifiés à la RAMQ	Cas trouvés dans le FiTQ	Cas non trouvés dans le FiTQ
Omnipratique	67 885	50 219	17 666	14,34	15,06	12,63
Hématologie	7 191	5 232	1 959	1,52	1,57	1,40
Médecine interne	6 992	5 710	1 282	1,48	1,71	0,92
Radiologie diagnostique	2 689	705	1 984	0,57	0,21	1,42
Radio-oncologie	96 393	56 993	39 400	20,36	17,09	28,16*
Urologie	284 726	209 340	75 386**	60,14	62,76	53,89

* Pourcentage élevé pour les cas non trouvés dans le FiTQ.

** Le pourcentage d'actes en urologie chez le groupe cas trouvés dans le FiTQ est plus élevé que le groupe cas non trouvés dans le FiTQ.

Comme mentionné dans la section méthode, l'ensemble des actes ont été revus par un spécialiste en urologie afin de retenir ceux qui sont possiblement associés au cancer de la prostate. La description de ces actes est présentée ci-dessous, et une liste détaillée est présentée en annexe.

2.5.1. Description des actes

Les actes trouvés et qui sont probablement associés au cancer de la prostate sont les suivants :

Actes diagnostiques

5739	Échographie prostatique transrectale
227	Biopsie avec ou sans guidage échographique (unique ou multiple) prostate (à l'aiguille)
320	Urologie cystoscopies
8679, 8681	Scintigraphie

Actes thérapeutiques

277, 8521, 8522, 8529, 8533, 8537, 8544, 8545, 8546, 8547, 8548, 8549, 8550	Curiethérapie
734, 470, 94	Chimiothérapie
6310	Hormonothérapie
483, 8507, 8508, 8509, 8510, 8511, 8513,8515, 8516, 8518, 8519, 8520, 8553, 8554, 8555, 9134, 9141,9144, 9146, 9168	Radio-oncologie
6239	Prostatectomie (HBP méthode diagnostic fortuite, palliatif)
6243, 6244	Prostatectomie radicale
6247	Prostatectomie transurétrale
6056	Prostate incision exploration chirurgicale pour biopsies étagées des ganglions du petit bassin
6051	Prostate incision implantation de substances radio-isotopes
6055	Prostate incision biopsie ouverte
4161, 4242, 4243, 4244, 4248, 4255, 4280	Système lymphatique

2.5.2. Stratégies de sélection et application des critères pour la définition de cas

Les personnes qui ont été trouvées dans le FiTQ ont d'abord été retenues (le critère A de la définition des cas). Le fichier des décès n'a pas été considéré dans notre stratégie pour retenir les cas (n = 415), car, éventuellement, ces cas vont faire partie du fichier des tumeurs.

Nous avons considéré qu'une personne pour laquelle un acte a été facturé en radio-oncologie ou en hématologie pour un diagnostic de cancer de la prostate (code CIM 185) est nécessairement atteinte de cancer, car elle reçoit des traitements spécifiques au cancer. Nous avons utilisé cette information comme un niveau élevé de certitude dans notre processus de sélection pour retenir les sujets ou les cas. Le tableau 6 présente le nombre des personnes selon qu'il y a eu au moins une facturation (le critère B de la définition des cas) du département de radio-oncologie ou d'hématologie. Le nombre de personnes pour lesquelles un acte est facturé en radio-oncologie ou en hématologie avec un diagnostic de cancer de la prostate est de 3 052 (16 %). Les actes diagnostiques n'ont pas été retenus ou

considérés comme un critère de sélection car une investigation diagnostique ne signifie pas que la personne est atteinte d'un cancer sauf pour le système lymphatique qui est une investigation diagnostique pour vérifier ou rechercher des métastases.

Tableau 6 – Répartition des 18 661 personnes identifiées par le fichier de la RAMQ et non trouvées au FiTQ, selon qu'il y ait au moins une facturation avec un code de diagnostic CIM-9 185 réclamée par un radio-oncologue ou un hématologue

Radio-oncologie	Hématologie	Nombre de personnes	Pourcentage
Non	Non	15 609	83,7
Non	Oui	148	0,8
Oui	Non	2 540	13,6
Oui	Oui	364	1,9
Total		**18 661**	**100,0**

D'après les experts, une personne pour laquelle un acte est facturé en radio-oncologie ou hématologie est nécessairement atteinte de cancer.

Il existe d'autres actes diagnostiques et thérapeutiques qui constituent un niveau de certitude élevé pour retenir les cas : la prostatectomie radicale, les actes reliés au système lymphatique, l'hormonothérapie et la chimiothérapie (voir tableau 7). Ces actes ont permis d'identifier 374 autres cas, ce qui totalise 3 426 hommes identifiés, soit 18 % des personnes non trouvées au FiTQ.

Tableau 7 – Répartition des 18 661 personnes identifiées par le fichier de la RAMQ et non trouvées au FiTQ, selon qu'il y ait au moins une facturation avec un code de diagnostic de cancer de la prostate (CIM-9 185) et un acte probablement relié au cancer

Actes	Nombre de cas
Radio-oncologie	2 904
Hématologie	148
Prostatectomie radicale	202
Système lymphatique	42
Hormonothérapie	115
Chimiothérapie	15
Total	**3 426**

Finalement, pour les cas restants, nous avons appliqué le critère C de notre définition de cas. Par ce critère, une personne est retenue si elle a reçu au moins trois actes rémunérés pour un même diagnostic à des dates différentes dans un délai de 731 jours. Le tableau 8 présente la répartition des cas selon le nombre de facturations portant le même code de diagnostic CIM-9 185 pour le même individu. L'application de ce critère a permis d'ajouter 6 592 hommes totalisant ainsi 10 018 cas retenus.

Tableau 8 – Répartition des personnes identifiées par le fichier de la RAMQ et non trouvées au FiTQ et n'ayant pas d'actes probablement reliés au cancer, selon le nombre de facturations individuelles pour un cancer de la prostate (CIM-9 185)

Autres actes	Nombre de cas
Six facturations ou plus	*3 146*
Cinq facturations	*747*
Quatre facturations	*1 164*
Trois facturations	*1 535*
Total de trois facturations ou plus	**6 592**
Deux facturations	2 632
Une facturation	6 011
Total	**15 235**

Tableau 9 – Synthèse des résultats

	Nombre de cas
Cas trouvés au FiTQ (critère A)	**16 728***
Cas non trouvés au FiTQ	
Actes associés au cancer (critère B)	3 426
3 actes ou plus (critère C)	6 592
Sous total (critères B ou C)	**10 018**
Cas ne répondant pas aux critères	8 643
Total	**18 661**
Total	**35 389**

* 280 personnes trouvées dans une période à l'extérieur de 1992-1997.

- 18 848 ont été déclarés au FiTQ pendant la période 1992-1997.
- 2 400 cas ont été déclarés au FiTQ pendant la période 1992-1997 et n'ont pas été identifiés par le code CIM-9 185 du fichier des paiements à l'acte de la RAMQ.

Comme les 10 018 cas retenus sont des personnes non déclarées au FiTQ et qui de ce fait n'ont probablement pas été hospitalisées, il devient important de connaître où ces personnes ont reçu leurs traitements. Le tableau 10 présente la répartition des actes facturés des cas retenus selon le type d'établissement. En fait, pour 10 018 personnes, il y a eu 128 859 actes facturés dont 95 235 (73 %) proviennent des centres hospitaliers pour 8 829 (88 %) personnes retenues.

Tableau 10 – Répartition des actes facturés pour les cas retenus selon le type d'établissement

Type d'établissement	Nombre d'actes	Pourcentage
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	95 235	73,91
Centre d'hébergement public et de soins de longue durée : hébergement public ou centre de réadaptation	285	0,22
Centre d'hébergement public et de soins de longue durée : hébergement privé	145	0,11
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés : unité de soins intensifs reconnus	65	0,05
Clinique privée	33 090	25,68
Centre locaux de services communautaires	39	0,03
Total	**128 859**	**100,0**

2.6. RÉSULTATS DE L'APPLICATION DES CRITÈRES B ET C DE LA STRATÉGIE SUR LES CAS RETROUVÉS AU FITQ

Les 16 728 cas retrouvés au FiTQ sont des cas confirmés. Ceci permet de tester la stratégie et sa sensibilité à identifier les cas. Alors, nous avons appliqué les critères B et C de la stratégie sur les cas retrouvés dans le FiTQ. Les résultats de cette application sont présentés dans les tableaux 11 et 12. Parmi les personnes qui ont été retrouvées au FiTQ, 341 (2,0 %) ont eu une facturation d'un hématologue, 3 895 (23,3 %) d'un radio-oncologue et 537 (3,2 %) des deux (voir tableau 11). L'exploration d'autres actes a permis d'identifier d'autres patients. De ces patients, 4 373 ont été identifiés par la prostatectomie radicale, 338 par des actes reliés au système lymphatique, 172 par hormonothérapie et 25 par la chimiothérapie. Le critère B a permis de retenir 9 681 (58 %) cas. L'application du critère C a permis d'ajouter un autre 5 684 (34 %) (voir tableau 12) totalisant ainsi 15 365 (92 %).

Tableau 11 – Répartition des 16 728 personnes trouvées au FiTQ, selon qu'il y ait au moins une visite chez un radio-oncologue ou un hématologue

Radio-oncologie	Hématologie	Nombre de personnes	Pourcentage
Non	Non	11 955	71,5
Non	Oui	341	2,0
Oui	Non	3 895	23,3
Oui	Oui	537	3,2
Total		**16 728**	**100,0**

Tableau 12 – Répartition des personnes identifiées par le fichier de la RAMQ et trouvées au FiTQ, selon le critère B, au moins une facturation avec un code de diagnostic CIM-9 185 et un acte possiblement relié au cancer inscrit ou selon le critère C, trois de facturations individuelles avec un code de diagnostic CIM-9 185

Critère	Actes	Nombre de cas
B	Radio-oncologie	4 432
	Hématologie	341
	Prostatectomie radicale	4 373
	Système lymphatique	338
	Hormonothérapie	172
	Chimiothérapie	25
	Total critère B	**9 681**
C	*Six facturations ou plus*	4 201
	Cinq facturations	427
	Quatre facturations	474
	Trois facturations	582
	Deux facturations	793
	Une facturation	670
	Total	7 047
	Total critère C : trois facturations ou plus	**5 684**
Total B + C		**15 365**

2.7. AUTRES RÉSULTATS : DÉLAI DE « DÉCLARATION » AU FITQ

Un des problèmes reliés à la source de déclaration est le délai entre la date de la déclaration au FiTQ et la date réelle du diagnostic. La déclaration au FiTQ se fait parfois à un stade plus avancé de la maladie. Les cas non déclarés peuvent être traités initialement en externe sans nécessiter une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour. Pour les 16 728 cas retrouvés dans le fichier des tumeurs, nous avons comparé la date de déclaration au FiTQ et la date de la première facturation portant le diagnostic cancer de la prostate. Le tableau 13 présente la différence entre ces dates pour les cas dont la date de diagnostic est ultérieure à la date de service; 14 935 (89 %) ont une date de diagnostic ultérieure à la date de service. De ce nombre, 13 070 (88 %) ont été déclarés dans un intervalle de moins d'un an et 1 865 (12 %) patients ont été déclarés après 1 an. La médiane de délai pour ce dernier groupe est de 828 jours. La distribution du nombre de patients selon l'année de la déclaration au FiTQ et l'année de service est présentée au tableau 14.

Tableau 13 – Différence entre la date de la première facturation à la RAMQ avec un diagnostic de cancer de la prostate et la date de diagnostic inscrite dans le Fichier des tumeurs

Délai	Nombre	Pourcentage
0 an	13 070	87,5
1 an	766	5,1
2 ans	495	3,3
3 ans	294	2,0
4 ans	189	1,3
5 ans	82	0,5
6 ans	31	0,2
7 ans	8	0,1
Total	**14 935**	**100,0**

Tableau 14 – Distribution des personnes trouvées au Fichier des tumeurs dont la date de diagnostic est ultérieure à la date de service selon l'année de déclaration au FiTQ et l'année de la première facturation au fichier de la RAMQ

Année de facturation à la RAMQ	Année de déclaration au FiTQ							
	1993	**1994**	**1995**	**1996**	**1997**	**1998**	**1999**	**Total**
1992	44	83	44	38	32	22	16	**279**
1993	0	80	103	72	50	38	31	**374**
1994	0	3	32	119	78	91	66	**436**
1995	0	0	0	60	101	81	62	**304**
1996	0	0	0	0	60	97	86	**243**
1997	0	0	0	0	0	98	131	**229**
Total	**44**	**163**	**229**	**289**	**321**	**427**	**392**	**1 865**

Le tableau 15 présente la distribution selon l'âge pour les cas qui ont un délai de 1 an ou plus. La fréquence des personnes âgées dont la date déclarée au FiTQ est ultérieure à la date de service est plus élevée que celle des autres personnes. Cette différence se manifeste à partir de 70 ans.

Tableau 15 – Distribution de l'âge chez les personnes trouvées au Fichier des tumeurs selon que la date de diagnostic au FiTQ est ultérieure à la date de service à la RAMQ

Groupe d'âge	Date de déclaration au FiTQ (date de diagnostic) est ultérieure à la date de service		Date de déclaration au FiTQ (date de diagnostic) n'est pas ultérieure à la date de service	
	Nombre	**Pourcentage**	**Nombre**	**Pourcentage**
0-59 ans	199	10,7	1 896	12,8
60-64 ans	249	13,3	2 459	16,5
65-69 ans	352	18,9	3 480	23,4
70-74 ans	395	21,2	2 950	19,9
75-79 ans	338	18,1	1 988	13,3
80-84 ans	236	12,7	1 282	8,7
85 ans et +	96	5,1	808	5,4
Total	**1 865**	**100,0**	**14 531**	**100,0**

3. DISCUSSION

L'objectif de cette étude est de développer une stratégie qui permet d'identifier les cas de cancer de la prostate non déclarés au FiTQ à partir du fichier administratif des paiements à l'acte de la RAMQ. En utilisant ce fichier, nous avons développé cette stratégie. Les actes reliés au cancer de la prostate facturés par les médecins à la RAMQ ont été retenus. L'identification de ces actes a été faite avec l'aide d'un urologue expert. Pour minimiser les faux positifs, les actes se rapportant à des traitements spécifiques au cancer, de même que la récurrence des facturations ayant pour diagnostic le cancer de la prostate, constituent finalement la piste la plus probable pour retenir les cas de cancer.

Cette stratégie a permis d'identifier 10 018 cas de cancer de la prostate non déclarés au FiTQ entre 1992 et 1997. L'ajout de ce nombre aux 18 848 nouveaux cas déclarés au FiTQ pour la même période permet d'augmenter de 34,7 % le nombre de nouveaux cas, pour un total de 28 866.

Les résultats ont montré que 29 % de ces cas non déclarés au FiTQ ont été traités par radio-oncologie et 88 % ont été traités dans des centres hospitaliers. Au Québec, on compte sept centres de radio-oncologie. La répartition des actes selon la spécialité du médecin a montré que la fréquence des actes en radio-oncologie chez les personnes non déclarés au FiTQ comparées à celles qui y sont déclarées est plus élevée (17 % vs 28 %).

La répartition des actes facturés selon les centres hospitaliers a permis de recenser 173 établissements. Nous avons constaté que les grands centres hospitaliers incluant ceux qui font de la radio-oncologie sont les plus nombreux.

Les résultats ont également montré que le fichier des paiements à l'acte de la RAMQ a une grande sensibilité pour identifier les cas de cancers. En effet, en utilisant la variable diagnostic, 88 % des cas de cancer de la prostate déclarés au Fichier des tumeurs ont été identifiés par le fichier des paiements à l'acte de la RAMQ par le code de diagnostic cancer de la prostate (CIM-9 185). Plusieurs études ont regardé si les cas de cancer déclarés aux registres de cancer ont été identifiés par les données administratives. La sensibilité se situe dans l'intervalle de 73 % à 94 % (Virnig et McBean, 2001).

L'utilisation du fichier de la RAMQ comme source de données pourra aussi permettre de corriger la date de diagnostic du cancer de la prostate. En effet, il existe souvent un délai entre la date de diagnostic inscrite au FiTQ et la date de la première facturation; la date de diagnostic inscrite au FiTQ est ultérieure à la date de la première consultation et dépasse 1 an pour 12 % des cas déclarés au Fichier des tumeurs. Ce délai entraîne des biais pour le calcul des statistiques sur l'incidence, la survie et la prévalence. Nous avons constaté que les personnes âgées sont les plus touchées par ce délai. Il est donc possible que les personnes identifiées par le fichier de la RAMQ et non trouvées au Fichier des tumeurs soient déclarées dans ce dernier dans les années subséquentes.

Notre étude cherche à faire une reconnaissance rapide des cas de cancer de la prostate. En outre, cette méthode ou stratégie pourrait servir à donner un premier aperçu de la sous-estimation (données de surveillance rapide) et suggérer des pistes aux responsables du FiTQ pour localiser les cas manquants. Toutefois, une étude de validité est nécessaire pour s'assurer que les cas identifiés ont vraiment eu un diagnostic de cancer de la prostate.

4. CONCLUSION ET ÉTAPES À VENIR

Cette étude démontre que l'utilisation du Fichier de paiements à l'acte de la RAMQ semble une approche complémentaire prometteuse pour récupérer les cas de cancer de la prostate qui ne font pas l'objet d'une hospitalisation ou d'une admission en chirurgie d'un jour et qui ne sont donc pas déclarés au Fichier des tumeurs du Québec au moment du diagnostic.

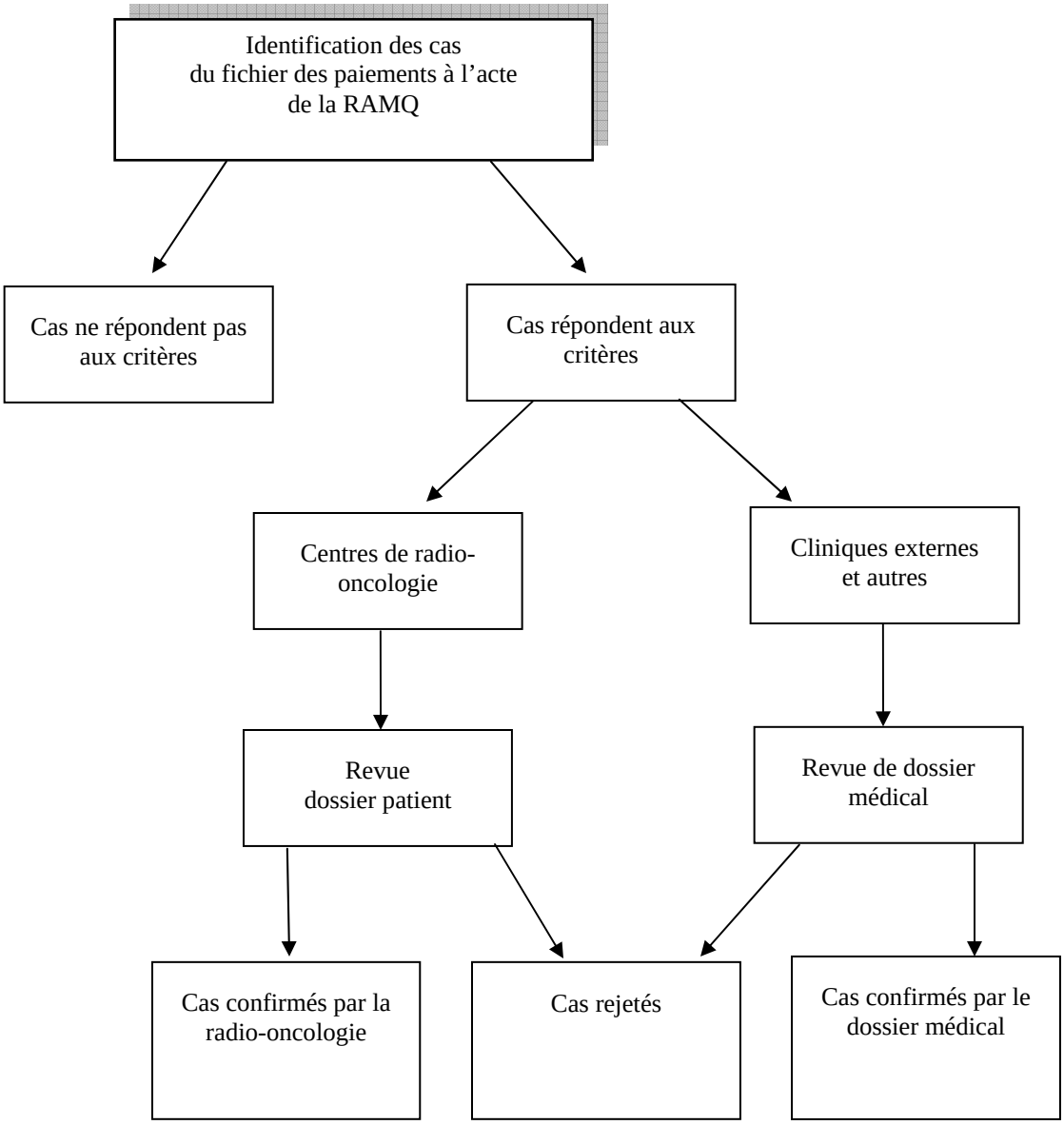
Par ailleurs, nous avons aussi constaté que le Fichier de paiements à l'acte de la RAMQ pouvait apporter de l'information supplémentaire utile, même pour les cas déjà déclarés au FiTQ, en précisant la date du diagnostic.

Il sera utile de développer des stratégies similaires pour identifier les autres principaux sièges de cancer à l'aide du Fichier de paiements à l'acte de la RAMQ compte tenu des faibles coûts qu'implique une telle opération et du fait que les fichiers de la RAMQ sont disponibles presque en temps réel. Même les sièges de cancer moins susceptibles d'être sous-déclarés (selon l'étude d'exhaustivité réalisée sur les cas déclarés en 1996 confirmés par histologie) pourront bénéficier de cet exercice, que ce soit par la précision du moment du diagnostic, par la récupération de cas non confirmés par histopathologie, ou tout simplement pour confirmer la capacité de la procédure à identifier les cas.

En définitive, le FiTQ doit trouver des sources d'information complémentaires aux données d'hospitalisation et de chirurgie d'un jour pour s'assurer de recueillir tous les cas de cancer qui se déclarent dans la population. Toutefois, le Fichier de paiements à l'acte de la RAMQ ne constitue pas une solution de remplacement à l'utilisation des rapports de laboratoires, qui demeurent la source la plus fiable pour enregistrer les cas de cancer. Par contre, il offre une perspective de complémentarité intéressante à cause des coûts raisonnables que son utilisation implique et de la faisabilité technique démontrée ici. Aussi, pour certaines personnes, les cancers ne sont pas traités, surtout chez les personnes âgées ou les personnes très malades. Il est possible que ces personnes aient fait l'objet uniquement d'une évaluation clinique. Alors le fichier des paiements à l'acte de la RAMQ reste la seule option pour récupérer ces cas. L'algorithme qui clôt cette étude de faisabilité, à la page suivante, illustre les voies que pourraient prendre une démarche de validation subséquente.

La prochaine étape consisterait donc à valider les cas retenus à l'aide de cette méthode en révisant les dossiers médicaux des personnes.

Figure 1 – Algorithme de l'étude de validation



5. RÉFÉRENCES

Albright L. A. Schwab A. Camp N. J. and al. Population-based Risk Assessment for Other Cancers in Relatives of Hereditary Prostate Cancer (HPC) Cases. Prostate. 2005 Sep 1; 64(4):347-55.

Brisson J. Major D. et Pelletier E. Exhaustivité du Registre des cancers du Québec. Institut national de santé publique du Québec, 2003.

Chen Y. C. Chiang C. I. Lin R. S. and *al.* Diet, Vegetarian Food and Prostate Carcinoma Among Men in Taiwan. Br J Cancer. 2005 Oct 31; 93(9):1057-61.

Émond V. Prévalence du diabète au Québec et dans ses régions : premières estimations d'après les fichiers administratifs. Institut national de santé publique du Québec, 2002.

Jones R. A. and Wenzel J. Prostate Cancer among African-American Males: Understanding the Current Issues. J Natl Black Nurses Associ. 2005 Jul; 16(1):55-62.

Juster I. et *al.* Use of Administrative Data to Identify Health Plan Members with Unrecognized Bipolar Disorder: A Retrospective Cohort Study. The American Journal of Managed Care. 2005; 11: 578-784.

Leung K et *al.* Patients with Newly Diagnosed Carcinoma of the Breast : Validation of a Claim-Bades Identification Algorithm. J Clin Epidemiol. Vol. 52, No. 1, pp. 57-64, 1999.

Pharoah P. Genetic Epidemiology of Cancer: Relatively Risky Relatives. Eur J Hum Genet. 2005 May; 13(5):519-20.

Rebbeck T.R. Genetics, Disparities, and Prostate Cancer. LDI Issue Brief. 2005 May-Jun; 10 (7):1-4.

Virnig B. A. et McBean M. Administrative Data for Public Health Surveillance and Planning. Annual Review of Public Health. Vol. 22: 213-230, 2001

ANNEXE 1

QUELQUES DÉFINITIONS SUR LES ACTES

ANNEXE 1 – QUELQUES DÉFINITIONS SUR LES ACTES

- L'échographie transrectale est un examen utilisant des ultrasons pour obtenir une image de la prostate sur un écran. Méthode effectuée en insérant une sonde dans le rectum. Aussi utile pour guider l'aiguille lors d'une biopsie de la prostate vers les endroits sélectionnés pour les prélèvements. Le but est de vérifier l'état et le volume de la prostate ou prélever du tissu prostatique par le radiologue ou l'urologue à l'aide d'une aiguille fine pour fins d'analyse (cytologie/pathologie).

- La scintigraphie est un examen de médecine nucléaire permettant de faire des images du corps humain par injection dans une veine d'un produit légèrement radioactif. Le produit peut mettre un certain temps à se fixer suivant l'organe à observer. L'appareil, appelé gamma camèra, capte les signaux émis par le produit, fixé de façon différentielle dans votre corps (diagnostic des anomalies).

- La cystoscopie a pour but d'observer la paroi de la vessie et d'y repérer d'éventuelles lésions. L'appareil utilisé est un endoscope adapté à l'observation de la vessie. Un endoscope est constitué d'un système de fibres de verre raccordé à une source lumineuse et permettant d'introduire une pince à biopsie. En effet, des biopsies, c'est-à-dire des prélèvements de fragments de tissu vésical, peuvent être pratiquées et des polypes retirés. Cet examen se pratique généralement sans hospitalisation.

- La cystométrie étudie successivement, lors de remplissage vésical puis lors de la miction, les sensations du besoin d'uriner, l'activité du detrusor, les possibilités de l'inhibition puis du déclenchement volontaire de la miction.

- La prostatectomie radicale est une opération qui consiste à enlever la prostate en totalité dans le cas d'un cancer de la prostate si le cancer en est à un stade précoce et ne s'est étendu au-delà de la glande.

- La curiethérapie consiste en l'utilisation de sources radioactives pour délivrer à l'intérieur de la tumeur une irradiation tumoricide. A la différence de la radiothérapie externe, le rayonnement photonique utilisé traverse d'abord la tumeur, où il s'atténue rapidement, avant d'irradier secondairement les tissus sains adjacents à la tumeur. Plus récemment, les tumeurs de la prostate ont fait l'objet de travaux importants concernant la curiethérapie. Le but peut être soit d'apporter un surdosage important lors de la radiothérapie prostatique, tout en protégeant les organes voisins, soit de traiter entièrement le volume prostatique, sans aucune radiothérapie externe. On peut utiliser soit des implants définitifs d'iode 125, nécessitant une mise en place sous anesthésie générale de petits grains, dont on laisse la radioactivité décroître progressivement chez les sujets traités, qui peuvent rentrer chez eux dès le lendemain ou le surlendemain, des implants définitifs (dont on laisse la radioactivité décroître progressivement dans le sujet traité), soit des implants temporaires à bas débit avec un complément de radiothérapie soit des implants temporaires à haut débit avec un complément de radiothérapie.

- Une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) se développe chez pratiquement tous les hommes à mesure qu'ils vieillissent. Jusqu'à tout dernièrement, le traitement standard de l'HPB était une

opération (la prostatectomie transurétrale). En Amérique du Nord, un homme de 40 ans avait autrefois 25 % de risque de subir cette intervention au cours de sa vie. Avec l'arrivée des traitements pharmacologiques, il est devenu possible de traiter l'HBP de façon non-chirurgiacle. L'hypertrophie bénigne de la prostate se manifeste par des symptômes obstructifs et irritatifs connus sous le nom de prostatisme. Les symptômes obstructifs sont secondaires à l'obstruction de la vidange urinaire. Ceux-ci se manifestent par un jet diminué, un retard à initier la miction, une vidange incomplète de la vessie et un égouttement post-mictionnel. Il peut aussi y avoir des symptômes irritatifs. Ces changements se manifestent par de l'urgence mictionnelle et même, occasionnellement, par de l'incontinence urinaire.

ANNEXE 2

LISTE DES ACTES FACTURÉS RETENUS

ANNEXE 2 – LISTE DES ACTES FACTURÉS RETENUS

Actes diagnostiques : codes de facturation

Code tel qu'inscrit au fichier	L'acte
5739	Échographie prostatique transrectale.
227	Biopsie avec ou sans guidage échographique (unique ou multiple) prostate (à l'aiguille).
320	Urologie cystoscopies.
8679	Scintigraphie.
8681	Scintigraphie.

Actes thérapeutiques : codes de facturation

Code tel qu'inscrit au fichier	L'acte
277	Curiethérapie / Drainage thoracique fermé par pleurotomie pleurodèse, supplément.
8521	Curiethérapie étude de dosimétrie prévisionnelle.
8522	Curiethérapie étude de dosimétrie prévisionnelle assistée de tomodensitométrie.
8529	Curiethérapie implant interstitiel de matériel guide temporaire ganglions.
8533	Curiethérapie implant interstitiel de matériel guide temporaire médiastin.
8537	Curiethérapie implant interstitiel de matériel guide temporaire rectum.
8544	Curiethérapie implant endocavitaire de matériel guide temporaire voies biliaires.
8545	Curiethérapie insertion de substance radioactive temporaire.
8546	Curiethérapie insertion de substance radioactive permanente.
8547	Curiethérapie étude de dosimétrie par ordinateur en curiethérapie.
8548	Curiethérapie retrait du matériel radioactif.
8549	Curiethérapie retrait du matériel d'implantation sous anesthésie générale.
8550	Curiethérapie retrait du matériel d'implantation.
6310	Hormonothérapie.
9168	Radio-oncologie.

Actes thérapeutiques : codes de facturation (suite)

Code tel qu'inscrit au fichier	L'acte
734	Chimiothérapie.
470	Chimiothérapie.
94	Chimiothérapie.
6239	Prostatectomie (HBP méthode diagnostic fortuite, palliatif).
6243	Prostate excision prostatectomie (incluant la vasectomie, le cas échéant) rétropubienne radicale incluant vésiculectomie mais excluant évidement ganglionnaire.
6244	Prostate excision prostatectomie (incluant la vasectomie, le cas échéant) périnéale radicale incluant vésiculectomie séminale excluant évidement ganglionnaire.
6247	Prostatectomie transurétrale.
6056	Prostate incision exploration chirurgicale pour biopsies étagées des ganglions du petit bassin.
6051	Prostate incision implantation de substances radio-isotopes.
6055	Prostate incision biopsie ouverte.
483	Radio-oncologie – Injection de substance de contraste – cavernosographie cystographie/urétrographie, néphrostographie, examen de vessie iléale.
8507	Radio-oncologie planification du traitement par radiations lésions non cutanées plus de 30 minutes mais moins de 45 minutes, supplément.
8508	Radio-oncologie planification du traitement par radiations lésions non cutanées 45 minutes ou plus, supplément.
8509	Radio-oncologie planification du traitement par radiations à l'aide de la tomodensitométrie, lésions non cutanées plus de 45 minutes, supplément.
8510	Radio-oncologie planification du traitement par radiations lésions cutanées.
8511	Radio-oncologie planification du traitement par radiations lésions non cutanées.
8513	Radio-oncologie traitement par isotopes métabolisés.
8515	Radio-oncologie application de radio-isotope par plaque.
8516	Radio-oncologie irradiation pan-corporelle, pour les greffes médullaires, incluant la planification et les séances de traitement.
8518	Radio-oncologie vérification simulée de localisation à partir de documents radiologiques.
8519	Radio-oncologie vérification sous thérapie de site d'irradiation à partir de documents radiologiques, maximum une fois par semaine par patient.
8520	Radio-oncologie étude de la dosimétrie à l'ordinateur (radiothérapie trans-cutanée).

Actes thérapeutiques : codes de facturation (suite)

Code tel qu'inscrit au fichier	L'acte
8553	Radio-oncologie planification du traitement par radiations à l'aide de la tomodensitométrie, lésions non cutanées.
8554	Radio-oncologie irradiation crânienne avec stéréotaxie, incluant la planification et les séances de traitement.
8555	Radio-oncologie irradiation hémi-corporelle incluant la planification et les séances de traitement.
9134	Radio-oncologie centre hospitalier de soins de courte durée : hospitalisation visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).
9141	Radio-oncologie centre hospitalier de soins de courte durée : hospitalisation visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).
9144	Radio-oncologie centre hospitalier de soins de courte durée : externe visite principale d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).
9146	Radio-oncologie centre hospitalier de soins de courte durée : externe visite de contrôle d'un patient ayant terminé son traitement de radiothérapie (30 jours ou plus depuis le dernier traitement).
4161	Système lymphatique et hématopoïétique excision simple, lésion maligne, ganglions lymphatiques.
4243	Système lymphatique et hématopoïétique excision évidement ganglions lymphatiques, région inguinale superficielle.
4244	Système lymphatique et hématopoïétique excision évidement ganglions lymphatiques, région iliaque et inguinale superficielle et profonde (ilio-inguino-fémoraux).
4248	Système lymphatique et hématopoïétique excision biopsie des ganglions aortiques, au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une laparotomie exploratrice, supplément.
4255	Système lymphatique et hématopoïétique – Excision – lymphadénectomie radicale du petit bassin.
4280	Système lymphatique et hématopoïétique – Excision – Biopsies étagées ou lymphadénectomie radicale du petit bassin ou les deux, uni ou bilatéral.

ANNEXE 3

LISTE DES CENTRES DE RADIO-ONCOLOGIE

ANNEXE 3 – LISTE DES CENTRES DE RADIO-ONCOLOGIE

Le Québec compte dix centres de radio-oncologie répartis dans sept régions. Par région, ces centres sont :

- Bas-Saint-Laurent	Le Centre régional de santé et de services sociaux de Rimouski.
- Saguenay-Lac-Saint-Jean	Le Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi.
- Capitale-Nationale	Le Centre hospitalier universitaire de Québec.
- Mauricie et Centre-du-Québec	Le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières.
- Estrie	Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.
- Montréal	L'Hôpital général juif; Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal; L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont; Le Centre universitaire de santé McGill.
- Outaouais	Le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau.

En 2004-2005, plus de 18 600 patients ont été traités dans ces centres.

N° de publication : 488