



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



## Comité Scientifique et Éthique

### Plateforme de Données en Cancérologie

#### AVIS D'ÉVALUATION

Session du 11/02/2022

Titre	Analyse sur les dépenses et restes à charge en cancérologie
Numéro	CSE PDC 22001-2
Transmission	19/01/2022

Avis	<p><input type="checkbox"/> Avis favorable</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Avis favorable sous conditions : les réponses aux remarques permettront de délivrer un avis favorable</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Réponses validées – Avis favorable le 23/05/2022</p> <p><i>Rq: Les experts mettent en garde les demandeurs, sur le risque d'interprétation hâtive de « renoncement aux soins » lorsqu'il n'y a pas « recours aux soins », causalité dont on ne peut être certain à partir des données de la PDC. De même, la méthode de constitution de la cohorte témoin incite à la plus grande prudence dans l'interprétation des données produites.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Avis réservé : le dossier sera revu en commission après réponses aux réserves</p> <p><input type="checkbox"/> Avis défavorable</p>
------	---

## Remarques associés à l'avis rendu

Cette étude a pour objectif principal de décrire les restes à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire des personnes nouvellement prises en charge pour un cancer en France entre 2015 et 2019. Les objectifs secondaires sont de décrire les facteurs associés au reste à charge et les facteurs de risque de non recours à certains soins.

Elle entre dans le cadre d'un projet plus vaste sur les restes à charge en cancérologie. Dans le cadre de ce projet, une population témoin sera notamment constituée à partir de l'EGB et fait l'objet d'une demande spécifique auprès du HDH. Des données issues de complémentaires seront également étudiées pour estimer finalement le reste à charge après remboursement des complémentaires.

Plusieurs phases sont définies dans le suivi (analyse sur des personnes-temps) :

- Phase de dépistage et/ou diagnostic ;
- Phase de traitement actif ;
- Phase de surveillance, et
- Fin de vie

Durant la phase de traitement actif, plusieurs types de traitements sont définis :

- Chirurgie locale ou radicale, et curiethérapie ;
- Radiothérapie et radiofréquence ;
- Hormonothérapie ;
- Chimiothérapie conventionnelle ;
- Immunothérapie ou thérapie ciblée.

Enfin, des analyses par postes de dépenses et dans certains sous-groupes de populations sont prévues, y compris par catégorie de cancer.

## Sur le plan éthique

Le projet ne pose pas de problématique spécifique : le sujet est pertinent, et d'actualité.

Sur les aspects portant sur l'information des sujets

Il n'est pas prévu d'information spécifique des sujets, en dehors des mentions apparaissant sur le site de l'INCa. La fiche d'information sur le projet doit cependant être relue, afin d'avoir une formulation plus compréhensible (phrases sans verbe).

## Sur le plan scientifique et méthodologique

Les objectifs sont clairs et les données utilisées en adéquation avec ces objectifs pour ceux qui n'utilisent que les données issues du SNDS.

Cependant certaines données ne sont pas disponibles dans le SNDS pour répondre aux questions posées. En particulier, les données sur les soins palliatifs sont limitées aux soins hospitaliers. De même, les informations sur le renoncement aux soins, ou le non-recours au système de soins ne sont pas décrites, et il est difficile d'envisager d'identifier ces éléments sur la plateforme. Enfin, les algorithmes utilisés pour identifier les différentes phases de prise en charge d'un patient, ou pour identifier le caractère nouveau d'un traitement devront être interprétés avec précautions, en l'absence de validation existante de la performance de ces algorithmes.

Au-delà des données utilisées, il reste une partie confuse dans le dossier sur le recours à une population témoin, qui serait issue de l'EGB. Les objectifs et la méthodologie de cette partie ne sont pas suffisamment clairs. De plus, un dossier de soumission au CESREES accompagne le projet sans que la justification soit compréhensible : les autorisations uniques obtenues par l'INCa, associés aux accès permanents dont il bénéficie ne sont-ils pas suffisants ? Le dossier semble présenté comme deux traitements de données distincts, ce qui ne serait a priori pas adapté dans ce contexte.

Sur le plan méthodologique, 2 points supplémentaires peuvent être utilement précisés :

- Il est fait mention d'une étude réalisée il y a 6 ans, les résultats de ces travaux devraient être rapportés dans ce dossier
- Pourquoi les patients avec antécédents de cancer de même nature sont-ils exclus ? ou si l'on choisit d'exclure ce type d'antécédents, pourquoi limiter cette exclusion aux cancers de même nature ?

L'ensemble de ces commentaires devraient permettre d'améliorer la rédaction du protocole et d'éviter certaines difficultés qui pourront être soulevées pendant l'analyse.

## **Remarques**

Sur la forme, le dossier soumis ne semble pas finalisé : il reste beaucoup de coquilles, fautes d'orthographe, et autres problématiques de mise en forme. Il semble y avoir eu quelques copié-collés inadaptés, avec des répétitions plus ou moins détaillées. Une relecture attentive paraît indispensable pour corriger ces aspects.

