



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren

Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé

Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità

Médecine hautement spécialisée

Haus der Kantone
Speichergasse 6, CH-3001 Bern

+41 31 356 20 20
office@gdk-cds.ch

www.gdk-cds.ch

Évaluation

Tumeurs gynécologiques complexes

Rapport explicatif pour le rattachement à la médecine hautement spécialisée

RAPPORT FINAL

Berne, 20 mai 2021

Table des matières

1.	Résumé	3
2.	Mandat	5
3.	Démarche	5
4.	Description du domaine MHS	6
4.1	Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux	6
4.2	Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux	8
4.3	Tumeurs trophoblastiques (GTD)	9
5.	Critères de rattachement à la médecine hautement spécialisée	9
5.1	Critères CIMHS en rapport avec le domaine des tumeurs gynécologiques complexes	10
6.	Résultats de la consultation	17
6.1	Avis et appréciation de l'organe scientifique MHS	17
6.2	Conclusion de la consultation	20
7.	Perspectives	21
	Annexes	22
A1	Représentation du domaine MHS « Tumeurs gynécologiques complexes » dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP version 2021) et la classification internationale des maladies CIM -10 GM 2021	22
	Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux	22
	Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux	25
	Tumeurs trophoblastiques (GTD)	29
A2	Références	30
A3	Abréviations	32

1. Résumé

Les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS) (art. 39, al. ^{2bis} LAMal). Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS), il est prévu de réglementer pour la première fois le domaine des tumeurs gynécologiques complexes de façon légalement contraignante.

Conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral, il convient, pour la planification de la MHS, de suivre une procédure formellement séparée en deux temps qui distingue entre **rattachement** d'un domaine de prestations à la MHS (définition du domaine MHS) et **attribution** des prestations (établissement de la liste des hôpitaux MHS). La procédure de rattachement à la MHS vise à contrôler si le domaine des tumeurs gynécologiques complexes remplit les critères d'intégration dans la MHS au sens de la CIMHS (art. 1 et art. 4, al. 4). C'est à cette fin que les organes de la CIMHS ont élaboré une définition d'ensemble méthodique du domaine MHS des tumeurs gynécologiques complexes présentée dans le présent rapport final. Celui-ci sert de base de décision pour la première étape de la procédure, le rattachement des tumeurs gynécologiques complexes à la MHS.

Le domaine des tumeurs gynécologiques complexes comprend des opérations dans les trois domaines partiels suivants :

1. Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux
2. Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux
3. Tumeurs trophoblastiques (GTD)

Toutes les tumeurs gynécologiques précitées sont très rares. On recense env. 250 cas de carcinome du col de l'utérus par an en Suisse, et tout juste 130 cas de carcinome vulvaire et 30 cas de carcinome vaginal. De même, avec quelque 600 cas par an, les carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux (en abrégé, carcinomes ovariens) comptent parmi les tumeurs rares chez la femme. En ce qui concerne les tumeurs trophoblastiques, leur incidence varie selon le type de tumeur entre 0,05 et 1,5 pour 1000 naissances vivantes.

Les carcinomes ovariens et ceux de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus nécessitent de grosses interventions chirurgicales avec ablation d'une partie des organes génitaux et s'accompagnent souvent d'une lymphadénectomie étendue. Les opérations sont complexes, requièrent une prise en charge par une équipe interdisciplinaire et un suivi excellent. Le fait que bon nombre de patientes présentent des comorbidités et soient d'un âge avancé constitue autant de facteurs qui rendent le traitement encore plus complexe. Les opérations rattachées à la MHS ne représentent qu'env. 2 % de l'ensemble des opérations gynécologiques (hors obstétrique). Pour les raisons précitées, l'organe de décision MHS estime que les conditions énoncées à l'article 1 et à l'article 4 de la CIMHS pour l'intégration des tumeurs gynécologiques complexes dans la MHS sont remplies.

La définition ainsi élaborée de ce domaine MHS a fait l'objet d'une consultation en septembre 2020. La grande majorité des cantons accueille favorablement le rattachement du domaine des tumeurs gynécologiques complexes à la MHS, soit entièrement, soit au moins sur le principe, ceux qui approuvent ce rattachement ayant aussi émis certaines réserves. Parmi les hôpitaux, le tableau est partagé : une moitié est en faveur du rattachement, l'autre le rejette. Sur le principe, ce n'est pas le rattachement proprement dit des tumeurs gynécologiques à la MHS qui est remis en question, mais la division en trois domaines partiels, la critique portant avant tout sur la séparation des carcinomes ovariens en un domaine partiel distinct.

L'organe scientifique MHS estime que, du point de vue médical, un partage en trois domaines partiels est judicieux. Les entités tumorales diffèrent en matière de stratégie thérapeutique et demandent des compétences différentes. Il considère en outre comme impératif que des exigences aussi différenciées que possible puissent être posées en fonction de l'entité tumorale concernée.

Plusieurs participants à la consultation ont par ailleurs fait valoir que les opérations dans les cancers endométriaux peuvent également être complexes et qu'elles devraient éventuellement être rattachées à la MHS. L'organe scientifique MHS se prononce cependant contre une telle extension de ce domaine MHS. Dans les cancers endométriaux, il est difficile de distinguer les cas complexes de ceux qui le sont moins. De plus, l'utilité d'une concentration sur un petit nombre d'hôpitaux est considérée comme faible.

La définition de fond des trois domaines partiels a été conservée. La liste des codes n'a fait l'objet que d'adaptations minimales afin que les domaines partiels soient correctement représentés.

Décision de rattachement à la MHS

Vu la recommandation de l'organe scientifique MHS, l'organe de décision MHS décide de rattacher les tumeurs gynécologiques complexes à la MHS.

2. Mandat

Les cantons sont tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée (MHS) (art. 39, al. 2^{bis} LAMal¹). C'est à cette fin qu'ils ont signé la convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS)², et se sont ainsi engagés, dans l'intérêt d'une prise en charge médicale adaptée aux besoins, de haute qualité et économique, à planifier et à attribuer de conserve les prestations hautement spécialisées. La CIMHS constitue la base légale pour l'attribution des prestations ; elle fixe les processus de décision et définit les critères qu'une prestation doit remplir pour être considérée comme hautement spécialisée (voir à ce propos le chapitre « Critères de rattachement à la médecine hautement spécialisée »). Les décisions d'attribution prises dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS ont force légale dans toute la Suisse et, en vertu de l'art. 9, al. 2 de la CIMHS, prévalent sur les attributions de prestations cantonales. En ratifiant la convention, les cantons ont délégué à l'organe de décision MHS la compétence pour définir et planifier le domaine de la MHS. La CIMHS fixe par ailleurs certains principes qui doivent être respectés dans la planification à l'échelle nationale. Ne sont concernées que les prestations cofinancées par les assurances sociales suisses, en particulier l'assurance obligatoire des soins (AOS) (art. 7, al. 4, CIMHS). Afin de parvenir à des synergies, il convient de veiller à ce que les prestations médicales faisant l'objet d'une concentration soient attribuées à un petit nombre de centres multidisciplinaires (art. 7, al. 1, CIMHS). La planification doit inclure l'enseignement et la recherche et tenir compte des interdépendances entre les différents domaines médicaux hautement spécialisés (art. 7, al. 2 et 3, CIMHS).

La planification de la MHS conforme aux besoins est un processus dynamique qui dépend des capacités hospitalières requises et peut se faire de façon progressive. Lors de l'établissement de la liste des hôpitaux MHS, il importe de tenir compte des modifications intervenues dans l'offre de soins de même que des changements structurels et humains significatifs survenus entre-temps. Les attributions de prestations sont par conséquent limitées dans le temps (art. 3, al. 4 CIMHS) et sont contrôlées régulièrement dans le cadre d'une procédure de réévaluation.

3. Démarche

Dans le cadre de la mise en œuvre de la CIMHS, il est prévu de réglementer pour la première fois le domaine des tumeurs gynécologiques complexes de façon légalement contraignante. Conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral, il convient, pour la planification de la MHS, de suivre une procédure formellement séparée en deux temps qui distingue entre **rattachement** d'un domaine de prestations à la MHS (définition du domaine MHS) et **attribution** des prestations (établissement de la liste des hôpitaux MHS). La procédure de rattachement à la MHS vise à contrôler si le domaine des tumeurs gynécologiques complexes remplit les critères d'inclusion dans la MHS au sens de la CIMHS (art. 1 et art. 4, al. 4). C'est à cette fin que l'organe scientifique MHS a élaboré une définition d'ensemble méthodique du domaine MHS des tumeurs gynécologiques complexes. Dans le présent rapport, le domaine MHS est défini aussi bien dans la terminologie médicale que dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP) et la classification internationale des maladies (CIM) (voir annexe 1).

L'évaluation visant à savoir si le domaine des tumeurs gynécologiques complexes doit être rattaché à la MHS se fonde sur l'examen des éléments clés suivants :

- Examen critique de la définition des interventions hautement spécialisées, c.-à-d. quelles opérations/interventions doivent être considérées comme hautement spécialisées ?
- Examen du degré de respect des critères CIMHS selon l'art. 1 de la CIMHS
- Examen complémentaire du degré de respect des critères CIMHS selon l'art. 4, al. 4 de la CIMHS.

Dans le cadre de la procédure de consultation, un large éventail de destinataires a eu la possibilité de prendre position sur le choix et la définition du domaine MHS considéré. Les avis formulés ont été compilés de manière systématique dans un **rapport sur les résultats**³ et sont accessibles au public sur le site

¹Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), RS 832.10

²Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) du 14 mars 2008.

³ Consultation relative au rattachement à la MHS du domaine MHS « tumeurs gynécologiques complexes » du 16 juin 2020, rapport sur les résultats du 20 mai 2021.

internet de la CDS (www.gdk-cds.ch). La décision de rattachement prise par l'organe de décision MHS sera ensuite publiée dans la Feuille fédérale. Ce n'est qu'une fois le rattachement entériné que débutera la deuxième phase de planification, savoir l'attribution des prestations. Une procédure de candidature est organisée avant l'attribution des mandats de prestations ; elle offre aux fournisseurs de prestations intéressés la possibilité de se porter candidats à un mandat de prestations.

4. Description du domaine MHS

Dans certaines opérations rares et complexes du domaine des tumeurs gynécologiques, il convient de regrouper nombres de cas et compétences thérapeutiques au sens de la CIMHS, et ce, afin d'obtenir pour les patients la meilleure qualité possible de traitement et de limiter autant que faire se peut les complications et les incidences financières. L'application de directives et de normes de qualité dans toute la Suisse, ainsi que la concentration des interventions sur un nombre approprié de centres, soutiennent cet objectif ; elles contribuent en outre à assurer la formation postgrade et la formation continue des médecins et du personnel soignant ainsi qu'à renforcer la recherche et promouvoir l'innovation.

En gynécologie, certains traitements des cancers des ovaires/des trompes/du péritoine, de la vulve, du vagin et du col de l'utérus, ainsi que des tumeurs trophoblastiques sont particulièrement critiques et, selon l'organe scientifique MHS, remplissent les critères de la CIMHS pour pouvoir être rattachés à la médecine hautement spécialisée. L'organe scientifique MHS s'appuie dans son appréciation sur la recommandation du groupe d'accompagnement MHS gynécologie. Les traitements ne sont pas rattachés à la MHS seulement en raison de leur complexité, mais aussi parce qu'il a pu être montré que l'expérience des chirurgiens, de l'équipe multidisciplinaire impliquée ainsi que le nombre de cas par hôpital sont directement corrélés à la survie globale, au taux de récives et au pourcentage de complications. Tout le domaine MHS considéré ne représente que 2 % env. de l'ensemble des opérations gynécologiques (hors obstétrique).

Seules les opérations chez les patientes à partir de la 15^e année révolue sont réglementées dans le domaine MHS « tumeurs gynécologiques complexes ».⁴ On considère comme particulièrement important que les adolescentes aient aussi la possibilité d'être prises en charge dans un service qui traite normalement les femmes adultes. Outre le traitement tumoral, la question de la conservation de la fertilité est une priorité chez les femmes jeunes. Cela demande une expertise particulière qui n'est disponible que dans les services traitant les femmes adultes. Pour une liste détaillée des opérations concernées, le lecteur est prié de se référer à la liste des codes CHOP et CIM correspondants dans l'annexe A1.

Le domaine des tumeurs gynécologiques complexes comprend des opérations dans les trois domaines partiels suivants :

1. Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux
2. Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux
3. Tumeurs trophoblastiques (GTD)

4.1 Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux

Les carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux (en abrégé, carcinomes ovariens) comprennent les tumeurs malignes développées aux dépens des ovaires, des trompes de Fallope voire du péritoine. C'est aussi souvent le cas dans la littérature internationale. Sur le plan histologique, il arrive souvent qu'on ne soit plus en mesure de déterminer si la tumeur provient des ovaires ou des trompes. Du point de vue biologique, cela n'a pas d'importance, car les carcinomes séreux de l'ovaire ou du péritoine par ex. sont identiques quant aux gènes qu'ils expriment et se comportent cliniquement de la même manière. Cependant, certains carcinomes se développent effectivement au sein des ovaires, notamment les carcinomes mucineux de l'ovaire.

⁴ Les tumeurs gynécologiques complexes chez les enfants jusqu'à 18 ans devraient aussi être rattachées à la MHS dans le domaine MHS « Oncologie pédiatrique ».

Environ 600 carcinomes ovariens sont diagnostiqués chaque année en Suisse. Bien que l'âge moyen au moment du diagnostic dépasse 60 ans, 20 % des femmes touchées ont moins de 50 ans. Dans 75 % des cas, le carcinome ovarien n'est diagnostiqué qu'à un stade avancé. [1]

Parmi les tumeurs gynécologiques, les carcinomes ovariens affichent la mortalité la plus élevée, celle-ci dépendant de différents paramètres. Il s'agit d'une part des caractéristiques des patientes et de la biologie de la tumeur, d'autre part de la qualité du traitement. La planification du traitement et sa réalisation revêtent par conséquent une grande importance. Le traitement comprend l'élimination de si possible toutes les manifestations visibles de la tumeur, suivie par une polychimiothérapie et d'un traitement de maintenance. En fonction de l'extension de la tumeur, on doit retirer, outre la tumeur elle-même, l'ovaire et la trompe controlatérale, l'utérus, la partie du péritoine envahie ainsi que les ganglions envahis. Selon une étude récente de 2019, les ganglions lymphatiques non suspects d'envahissement tumoral ne doivent plus être enlevés que dans les carcinomes ovariens à un stade précoce [2]. La plupart des carcinomes ovariens n'étant toutefois diagnostiqués qu'à un stade plus tardif, on peut supposer que les cas où une lymphadénectomie systématique est indiquée deviendront encore plus rares à l'avenir. Le succès de cette intervention chirurgicale délicate est décisif pour le pronostic de l'évolution de la maladie. La distinction selon le stade FIGO n'est pas utilisée pour le rattachement à la MHS, car cela est impossible avec le codage CIM.

Résumé des opérations rattachées au présent domaine partiel MHS (pour une liste détaillée des opérations concernées, merci de se référer à la liste des codes CHOP et CIM correspondants dans l'annexe A1) :

- Ablation de l'utérus et des ovaires, éventuellement avec les tissus environnants (par ex. péritoine, paramètres), ainsi que de l'épiploon
- Ablation de toutes les masses tumorales visibles dans le petit bassin et l'abdomen
- Exérèse des ganglions lymphatiques suspectés d'envahissement tumoral situés dans le territoire de drainage des tumeurs gynécologiques
- Exérèse totale des ganglions lymphatiques pelviens et para-aortiques aux stades tumoraux précoces (FIGO I)
- Opérations des récidives, pour autant qu'elles soient codées dans la liste des codes figurant dans l'annexe A1

N'ont pas été rattachées à la MHS : les mesures diagnostiques (par ex. biopsie sous laparoscopie) pour confirmer le diagnostic et les opérations en vue du staging. De même, les opérations pour les pathologies bénignes, inflammatoires et suspectes touchant les annexes, ainsi que les polychimiothérapies stationnaires et les traitements médicamenteux stationnaires ne relèvent pas de la MHS. Les stomies en urgence en cas d'iléus ne sont pas non plus rattachées à la MHS.

Diverses études [3-6] attestent que les nombres de cas par centre sont directement corrélés à la survie globale et au taux de récurrence tumorale. Une étude autrichienne [7] montre que l'objectif de l'ablation complète de toutes les manifestations tumorales visibles est atteint de façon significativement plus fréquente dans les services où le volume d'opérations est important. Des études menées en Allemagne sont parvenues au même constat [8], à savoir que les services ayant une forte activité et participant à des études cliniques traitent les patientes de façon plus conforme aux recommandations, ce que confirme du reste une étude finlandaise [9]. Là encore, il a pu être prouvé qu'un volume plus important d'opérations par hôpital est associé à un taux de résection R0 plus élevé (ablation complète de tous les ganglions tumoraux visibles), ce qui représente un facteur pronostique indépendant.

En Suisse aussi, des études indiquent qu'une concentration des cas rares et complexes dans des services spécialisés est souhaitable. Une étude de 2018 a montré que les nombres de cas par hôpital sont faibles en Suisse et que 40 % des cas sont pris en charge dans un hôpital traitant moins de 20 cas par an [10]. Ces faibles nombres de cas par hôpital ne correspondent pas aux recommandations de l'European Society of Gynaecological Oncology (ESGO).[11] Une étude helvétique publiée en 2000 a révélé que dans les hôpitaux non spécialisés, le degré d'extension des tumeurs (staging) aux stades précoces n'était souvent pas déterminé de manière concluante et que les tumeurs à un stade avancé n'étaient pas suffisamment opérées.[12] Une nouvelle étude sur la qualité de la prise en charge des patientes atteintes d'un carcinome ovarien a montré qu'une prise en charge aussi conforme que possible aux recommandations est corrélée

à l'activité de l'hôpital en matière d'études cliniques ; en revanche il n'existe pas de différence entre les hôpitaux affichant un nombre élevé ou moyen de cas [étude non publiée, [13]].

4.2 Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux

Carcinomes de la vulve et du vagin

Le terme de carcinome vulvaire désigne des tumeurs malignes des organes génitaux féminins externes qui se développent le plus souvent à partir de la couche la plus superficielle de la muqueuse. Les carcinomes de la vulve représentent env. 5 % des carcinomes génitaux chez la femme. En Suisse, ce cancer touche quelque 130 femmes par an [14] ; les patientes concernées ont souvent plus de 60 ans au moment du diagnostic.

Par carcinome vaginal, on entend une tumeur maligne du vagin qui se développe le plus souvent à partir de la couche cellulaire la plus superficielle de la muqueuse vaginale. C'est entre l'âge de 60 et de 70 ans que les femmes sont le plus touchées par ce cancer dont la survenue est presque toujours liée à une infection par un papillomavirus humain (HPV). Avec env. 30 cas par an en Suisse, le carcinome du vagin est encore plus rare que le carcinome vulvaire [14].

Le traitement des carcinomes de la vulve et du vagin comprend l'exérèse de la tumeur avec les tissus environnants. Selon les circonstances, les ganglions régionaux peuvent devoir être retirés. L'ablation des grandes et petites lèvres et du vagin avec une lymphadénectomie régionale est grevée d'un taux élevé de complications (jusqu'à 40 %), et l'expérience des soignants joue également un rôle important dans la période postopératoire pour prévenir les troubles de la cicatrisation. La lymphadénectomie inguinale entraîne souvent des lymphœdèmes des membres inférieurs après l'opération. Ces dernières années, la technique de biopsie sélective du ganglion sentinelle s'est imposée. Le fait de manquer une métastase ganglionnaire a des conséquences négatives directes sur la survie des patientes.

Résumé des opérations rattachées au présent domaine partiel MHS (pour une liste détaillée des opérations concernées, merci de se référer à la liste des codes CHOP et CIM correspondants dans l'annexe A1) :

- Ablation des lèvres vulvaires avec les tissus environnants
- Vaginectomie et traitement de la cavité en résultant
- Ablation (partielle) de la paroi vaginale
- Ablation des ganglions sentinelles inguino-fémoraux
- Exérèse des ganglions lymphatiques
- Exérèse totale des ganglions lymphatiques situés dans le territoire de drainage des tumeurs gynécologiques
- Opérations des récidives, pour autant qu'elles soient codées dans la liste des codes figurant dans l'annexe A1

Les biopsies et les mesures diagnostiques primaires ainsi que les chimiothérapies et radiothérapies ne sont pas rattachées à la MHS.

Carcinomes cervicaux

Le carcinome cervical se développe à partir de la muqueuse du col de l'utérus. On compte chaque année quelque 250 nouveaux cas en Suisse, et environ 80 femmes en décèdent chaque année [14]. La moitié environ des femmes atteintes est âgée de moins de 50 ans au moment du diagnostic. Le cancer du col de l'utérus résulte presque toujours d'une infection chronique par un HPV [15, 16].

L'exérèse chirurgicale de l'utérus avec les tissus environnants constitue la principale option thérapeutique aux stades précoces de ce cancer. L'opération s'accompagne de l'ablation des ganglions lymphatiques locaux. Une partie des femmes touchées sont en âge de procréer et ont encore le désir d'avoir des enfants. À condition que les opérateurs disposent de l'expérience requise et que les tumeurs remplissent certains critères (taille, type tumoral, etc.), ces patientes peuvent se voir proposer une technique préservant leur fertilité.

Résumé des opérations rattachées au présent domaine partiel MHS (pour une liste détaillée des opérations concernées, merci de se référer à la liste des codes CHOP et CIM correspondants dans l'annexe A1) :

- Ablation du col utérin avec les tissus environnants
- Hystérectomie avec ablation des tissus environnants, avec préservation des nerfs qui les traversent
- Ablation des organes du petit bassin avec préservation des nerfs et des vaisseaux sanguins
- Ablation des ganglions sentinelles
- Exérèse des ganglions lymphatiques
- Opérations des récidives, pour autant qu'elles soient codées dans la liste des codes figurant dans l'annexe A1.

Les interventions et traitements suivants ne sont pas rattachés à la MHS : conisation à visée diagnostique, chimiothérapie et thérapie ciblée par anticorps en milieu hospitalier, radiothérapie externe, brachythérapie ou radio-chimiothérapie, ainsi que tous les traitements ambulatoires.

4.3 Tumeurs trophoblastiques (GTD)

Les tumeurs malignes des cellules trophoblastiques appartiennent au groupe des maladies trophoblastiques gestationnelles, encore connues sous le nom de « Gestational Trophoblastic Diseases » (GTD). Une maladie trophoblastique maligne peut survenir après une grossesse molaire (= croissance bénigne non contrôlée de tissu placentaire, dite môle hydatiforme), une grossesse normale ou une fausse couche, une interruption de grossesse ou une grossesse ectopique. Font partie des tumeurs trophoblastiques gestationnelles (TTG ou GTN = Gestational Trophoblastic Neoplasia en anglais) : les TTG post-molaires, les môles invasives, les choriocarcinomes, les tumeurs trophoblastiques du site d'implantation placentaire, les tumeurs trophoblastiques épithélioïdes et les nodules atypiques du site d'implantation placentaire.

Une étude suisse récente montre que le diagnostic de GTD est porté env. 150 fois par an en Suisse. Les auteurs estiment qu'un anatomo-pathologiste voit en moyenne un cas par an, un gynécologue un cas tous les cinq ans et un oncologue gynécologique seulement un cas tous les 16 ans. [17]

La classification morphologique se base sur celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [18, 19]. Les particularités des GTD résultent de la variabilité de leurs manifestations cliniques et de leurs formes évolutives. La rareté de ces pathologies fait que le traitement des patientes qui en souffrent est souvent marqué par des incertitudes diagnostiques et thérapeutiques [20-22].

En cas de persistance après une grossesse molaire, on observe dans 70–90 % des cas un tableau de môle hydatiforme invasive destructrice dans lequel il existe un envahissement de l'utérus, et dans certains cas déjà des métastases. Dans les 10–30 % restants des cas, on a affaire à un choriocarcinome. Si la maladie trophoblastique maligne n'est pas précédée par une grossesse molaire, mais par une naissance à terme, une grossesse tubaire ou une fausse couche, il s'agit alors toujours d'un choriocarcinome.

Le diagnostic de tumeur trophoblastique à haut risque ou à faible risque se fait par des examens biochimiques et par l'imagerie médicale. Il est rare qu'un curetage soit nécessaire pour s'assurer du diagnostic. Ce domaine partiel est représenté uniquement par des codes CIM.

5. Critères de rattachement à la médecine hautement spécialisée

La CIMHS fixe les critères qu'un domaine médical doit remplir pour entrer dans le champ d'application de la CIMHS. Selon l'article 1 de la CIMHS, les domaines médicaux et prestations relevant de la planification intercantonale de la MHS au sens de la CIMHS sont ceux qui se caractérisent par leur rareté, leur potentiel d'innovation prononcé, un investissement humain ou technique élevé ou par des méthodes de traitement complexes. Au moins trois des critères mentionnés doivent être remplis pour le rattachement à la MHS, celui de la rareté de l'intervention devant obligatoirement l'être.

Selon l'article 4, alinéa 4, de la CIMHS, d'autres critères doivent être pris en considération pour l'intégration dans la liste des domaines MHS ; il s'agit notamment de l'efficacité et de l'utilité, de la durée d'application technique et économique, ainsi que des coûts de la prestation médicale concernée. On doit de plus tenir

compte de l'importance du lien avec la recherche et l'enseignement ainsi que de la compétitivité internationale de la Suisse. Le rattachement des trois domaines partiels des tumeurs gynécologiques complexes à la MHS est évalué ci-après sur la base des critères CIMHS précités.

5.1 Critères CIMHS en rapport avec le domaine des tumeurs gynécologiques complexes

Rareté

Selon l'art. 1 de la CIMHS, un domaine de prestations médicales doit impérativement satisfaire au critère de rareté pour relever de la CIMHS. La rareté doit toujours être appréciée en tenant compte des autres critères CIMHS mentionnés à l'art. 1 CIMHS que sont le « potentiel d'innovation », un « investissement humain ou technique élevé » et des « méthodes de traitement complexes ». On préfère ainsi ne pas fixer un nombre maximal absolu de cas pour la définition de la rareté.

	Évaluation : rareté
Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux	En 2019, les opérations telles qu'elles sont définies dans l'annexe A1 ont été réalisées env. 800 fois en Suisse. ⁵ Le fait que, chez trois femmes sur quatre, le diagnostic ne soit posé qu'à un stade avancé de la maladie oblige à effectuer de multiples interventions.
Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux	Le carcinome de la vulve est une tumeur gynécologique très rare. On recense env. 130 nouveaux cas par an en Suisse [14]. Avec 30 cas par an, le carcinome du vagin est encore plus rare. Les carcinomes cervicaux sont aussi très rares. En comparaison internationale, leur incidence en Suisse est très faible (env. 4,7 nouveaux cas pour 100'000 femmes par an), ce qui correspond à env. 1,4 % des cancers chez la femme. Chaque année, le diagnostic de carcinome cervical est porté chez environ 250 femmes [14]. Du fait de l'introduction de la vaccination contre le HPV il y a dix ans, l'incidence devrait encore diminuer. En 2019, les opérations telles qu'elles sont définies dans l'annexe A1 (concernant l'ensemble du domaine partiel 2) ont été pratiquées env. 280 fois en Suisse. ⁵
Tumeurs trophoblastiques (GTD)	L'incidence des GTD est globalement de 0,2 à 1,5 pour 1000 naissances vivantes, les données sur celle du choriocarcinome varient de 0,05 à 0,23 pour 1000 naissances vivantes. Les interventions chez la femme pour un diagnostic tel que défini à l'annexe A1 pour le domaine partiel 3 ne sont pratiquées qu'environ 13 fois par an en Suisse. ⁵

Potentiel d'innovation

Le potentiel d'innovation d'une prestation médicale peut comprendre aussi bien l'innovation scientifique, qui repose en général sur la recherche clinique multidisciplinaire ou la recherche translationnelle (« bench to bedside »), que l'innovation dans les domaines des techniques chirurgicales, notamment le développement de nouvelles méthodes chirurgicales ou thérapeutiques.

	Évaluation : potentiel d'innovation
Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux	Innover dans le carcinome ovarien signifie pour l'heure surtout développer de nouvelles méthodes chirurgicales ou de nouvelles indications chirurgicales, par ex. en ce qui concerne la chirurgie en cas de récurrence et la radicalité de l'opération. De même les nouveaux concepts thérapeutiques médicamenteux comme la CHIP

⁵ Les nombres de cas ont été calculés par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan).

	Évaluation : potentiel d'innovation
	(chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale) et la PIPAC (chimiothérapie intrapéritonéale pressurisée par aérosols) ne peuvent être étudiés que dans des groupes importants avant d'être appliqués de manière sûre et standardisée.
Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux	<p>Le traitement des carcinomes de la vulve et du vagin est passé de méthodes extrêmement radicales et mutilantes à des méthodes mini-invasives. Afin de correctement évaluer et proposer ces nouveaux traitements, qui apportent une amélioration notable pour les patientes, il est logique de concentrer les interventions sur un petit nombre de centres. C'est la seule possibilité prometteuse d'améliorer la situation actuellement encore insatisfaisante pour les femmes concernées.</p> <p>Dans les carcinomes du col de l'utérus, les techniques mini-invasives ont été employées de façon croissante ces dernières années pour permettre de préserver la fertilité des patientes.</p> <p>Dans toutes les tumeurs de ce domaine partiel, le concept de ganglions sentinelles revêt depuis quelques années une grande importance, ce qui améliore les possibilités de mettre en œuvre un traitement adéquat. Grâce à un marqueur fluorescent (vert d'indocyanine), il est facile d'identifier ces ganglions et une biopsie du ganglion sentinelle peut faire l'objet d'un examen histologique pendant l'opération même. Si les ganglions sont envahis, l'opération est interrompue puis une radiochimiothérapie mise en place ; on procède sinon à une hystérectomie radicale. L'identification en milieu hospitalier des ganglions sentinelles représente un aspect innovant du traitement des carcinomes cervicaux.</p>
Tumeurs trophoblastiques (GTD)	<p>Les métrorragies irrégulières et anormales en post partum, qui peuvent se produire encore jusqu'à plus d'un an après l'accouchement et peuvent être très intenses, constituent le principal symptôme de la persistance d'une pathologie. Les métastases à distance, qui surviennent dans 4 % des cas de persistance des troubles après un traitement initial de la môle par chirurgie, touchent les poumons dans 80 % des cas. La symptomatologie est alors marquée par des douleurs thoraciques, une toux et une dyspnée qui peuvent débuter de façon aiguë ou durer depuis assez longtemps. Sur le plan radiologique, on observe parfois sur les clichés thoraciques des lésions asymptomatiques, un aspect « en tempête de neige », des épanchements pleuraux ou des signes d'embolie pulmonaire ou d'hypertension pulmonaire. Les symptômes pulmonaires occupent parfois tellement le devant de la scène qu'on ne songe pas qu'ils puissent être dus à une affection gynécologique.</p> <p>Dans 30 % des cas de métastases, on trouve celles-ci dans le vagin ou le tissu sous-urétral ; les métastases situées dans ces localisations sont extrêmement vascularisées, ce qui peut provoquer de fortes hémorragies après un prélèvement pour biopsie. La symptomatologie est dominée par des métrorragies et des pertes purulentes. Dans 10 % des cas, le foie et le cerveau sont le siège de métastases, qui sont surtout observées en cas de diagnostic tardif. Les métastases hépatiques sont parfois à l'origine d'hémorragies intrapéritonéales ; quant aux métastases cérébrales, elles peuvent provoquer des symptômes neurologiques en fonction de leur localisation. Les très rares tumeurs trophoblastiques du site d'implantation (placental site trophoblastic tumor, PSTT) constituent une forme spéciale de tumeur trophoblastique.</p> <p>Comme nous l'avons souligné, le diagnostic et l'immunothérapie sont complexes. Le domaine de l'immunothérapie a connu ces dernières années ses premiers progrès et il est appelé à se développer fortement dans les années à venir ; une concentration des cas et donc des compétences est indispensable et aura un impact positif.</p>

Investissement humain et/ou technique élevé

L'évaluation de l'investissement humain comprend aussi bien la disponibilité temporelle du personnel médical et du personnel soignant nécessaires au traitement que l'éventail des disciplines impliquées dans le traitement. L'évaluation de l'investissement technique repose sur l'appréciation des infrastructures et des installations techniques nécessaires à la prise en charge et au traitement.

	Évaluation : investissement humain et/ou technique élevé
Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux	<p>La chirurgie des carcinomes ovariens est très délicate et demande une longue expérience chirurgicale. Une coopération interdisciplinaire est d'une importance absolument capitale eu égard à la qualité. C'est ainsi que bien que l'expertise chirurgicale de l'opérateur soit très importante et essentielle pour le résultat, l'ensemble de la prise en charge péri-opératoire doit cependant aussi être disponible pour de telles opérations. Cela signifie notamment la disponibilité d'une unité de soins intensifs dirigée par un médecin spécialiste et employant un personnel soignant dûment spécialisé. Par ailleurs, des spécialistes d'autres disciplines doivent être disponibles à tout moment.</p>
Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux	<p>Dans les carcinomes de la vulve et du vagin, une étroite collaboration interdisciplinaire entre services de gynécologie, de radio-oncologie, de médecine nucléaire et éventuellement d'oncologie est indispensable. L'investissement médical et paramédical est important et demande une expertise particulière qui ne peut être garantie que dans les grandes équipes.</p> <p>Les nouvelles méthodes diagnostiques (PET-CT notamment) et les mesures thérapeutico-diagnostiques (lymphadénectomie sentinelle par ex.) nécessitent un investissement technique important.</p> <p>Le premier pic de fréquence pour la survenue d'un carcinome cervical se situe autour de 35-40 ans. Les évolutions sociétales font que la question du désir d'enfant devient de plus en plus souvent un aspect qui compte chez les femmes concernées. Grâce à l'emploi de méthodes endoscopiques et à la technique du ganglion sentinelle, il est possible, dans certaines conditions (taille de la tumeur, type histologique de la tumeur, etc.) de préserver la fertilité des patientes. L'absence de métastases ganglionnaires constitue néanmoins une condition essentielle pour une opération assurant la préservation de la fertilité. Des mesures de conservation de la fertilité ne sont possibles que moyennant une très bonne collaboration entre spécialistes d'anatomopathologie, de radiologie, de médecine nucléaire et éventuellement de médecine de la reproduction.</p> <p>Le deuxième pic de fréquence de survenue d'un carcinome cervical se situe après 70 ans. Dans cette tranche d'âge, les patientes présentent souvent diverses comorbidités qui rendent indispensable une collaboration interdisciplinaire périopératoire. Dans les opérations des récidives, la collaboration entre spécialistes de gynéco-oncologie, d'urologie et de chirurgie viscérale s'avère souvent nécessaire.</p> <p>Une partie des récidives de carcinome cervical bénéficie d'une radiothérapie péroopératoire, ce qui suppose des salles d'opération avec un aménagement spécial.</p>
Tumeurs trophoblastiques (GTD)	<p>Comme cela a déjà été souligné, le diagnostic et le traitement des tumeurs trophoblastiques sont complexes. Les symptômes n'orientent pas forcément vers une origine gynécologique des troubles, mais s'observent aussi dans les métastases pulmonaires, hépatiques et cérébrales. La coopération interdisciplinaire est donc d'une importance absolument capitale en ce qui concerne la qualité. Le traitement nécessite des spécialistes en gynécologie, en anatomopathologie et en imagerie médicale.</p>

Méthodes de traitement complexes

L'appréciation de la complexité des procédures de traitement repose sur la complexité et le caractère interdisciplinaire d'un traitement.

	Évaluation : méthodes de traitement complexes
Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux	<p>Les interventions chirurgicales dans les carcinomes ovariens sont très complexes et exigent une étroite collaboration interdisciplinaire. En raison de la fréquence des interventions pluriviscérales, la prise en charge périopératoire est également très délicate, ce que les services hospitaliers normaux ne peuvent souvent pas garantir.</p> <p>Il s'agit souvent de patients multimorbides dont le traitement est en outre complexe, qu'il s'agisse de l'anesthésie ou de complications résultant de pertes liquidiennes pendant l'opération.</p> <p>L'expérience des chirurgiens est décisive pour le pronostic de l'évolution future de la maladie. On a pu montrer que ce sont les gynéco-oncologues spécialisés qui obtiennent la meilleure qualité des résultats tant dans les carcinomes ovariens au stade initial que dans ceux diagnostiqués à un stade avancé [8].</p>
Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux	<p>Les étapes du bilan et du traitement, mais aussi le suivi délicat (soins complexes des plaies) et la prise en charge de patientes souvent âgées sont globalement complexes et devraient n'être proposés que par une équipe interdisciplinaire spécialisée.</p> <p>Dans les carcinomes cervicaux, la médecine personnalisée va devenir de plus en plus importante, de sorte que la collaboration pré et postopératoire entre les différentes disciplines gagnera également en importance.</p> <p>L'intérêt des procédures ou des technologies hautement spécialisées correspondantes est considérable pour les patientes. Les traitements, qui étaient initialement associés à beaucoup de souffrances, de douleurs et à une diminution sensible de la qualité de vie pour ces maladies survenant souvent à un âge avancé, ont fait place à des options thérapeutiques clairement supérieures. Des études attestent par exemple que la lymphadénectomie sentinelle aux stades précoces est aujourd'hui au moins équivalente à la lymphadénectomie radicale.[23, 24]</p> <p>L'essentiel dans les carcinomes cervicaux est de proposer un traitement adapté au stade de la maladie. Dans les stades précoces et chez les femmes jeunes, la conservation de la fertilité est primordiale. Un carcinome cervical correctement traité à un stade précoce a un pronostic favorable. Dans les stades avancés, le diagnostic de l'extension est très important afin de pouvoir là aussi proposer un traitement ciblé.</p>
Tumeurs trophoblastiques (GTD)	<p>Même en cas de métastases, la guérison des tumeurs trophoblastiques reste possible à condition de bénéficier d'un traitement adéquat. Toutefois, lorsque des métastases apparaissent ou lorsque de nouvelles s'ajoutent aux cas déjà métastasés, il faut recourir à des schémas de poly-chimiothérapie, ce qui exige une grande expérience de la part de l'équipe soignante. L'immunothérapie (par exemple avec le pembrolizumab) est également discutée dans certains cas spécifiques. Les mesures thérapeutiques d'accompagnement complémentaires comprennent notamment l'irradiation des métastases hépatiques (controversée dans la littérature), l'hystérectomie secondaire qui peut contribuer à une diminution de la masse tumorale (sa valeur est cependant mise en doute dans les maladies disséminées), la thoracotomie et la résection des métastases pulmonaires, ainsi que des mesures en cas d'hémorragies locales (par ex. excision de métastases vaginales ou du tractus gastro-intestinal et embolisations artérielles sélectives).</p>

	Évaluation : méthodes de traitement complexes
	Après l'arrêt de la chimiothérapie, les contrôles des hCG, qui étaient effectués jusqu'alors une fois par semaine, sont poursuivis systématiquement chaque mois pendant 2 ans pour identifier précocement une éventuelle récurrence.

Effacité et utilité

Dans son article 32, la LAMal mentionne les concepts d'efficacité, d'adéquation et d'économicité des prestations (EAE) comme condition pour la prise en charge des coûts par l'AOS. Ces critères dits EAE sont déterminants pour le choix et le contrôle des prestations de l'assurance-maladie (art. 32 et 33 LAMal). Le contrôle des critères EAE est assuré par le service fédéral compétent (OPAS). Eu égard au domaine des tumeurs gynécologiques complexes, il s'agit de prestations prises en charge par l'AOS, qui sont par conséquent considérées comme efficaces et appropriées.

Durée d'application technique et économique

L'évolution rapide des méthodes d'examen et de traitement (fondée sur une vaste expérience sans cesse améliorée ainsi que sur des technologies médicales innovantes) est à l'origine de progrès significatifs des résultats thérapeutiques. Les découvertes de la recherche fondamentale débouchent toujours plus rapidement sur des essais cliniques et se répercutent finalement sur la pratique hospitalière et ambulatoire. Cela est surtout possible dans les centres de compétences hautement spécialisés, dans la mesure où ils disposent des moyens humains et structurels nécessaires pour ce faire.

	Évaluation : durée d'application technique et économique
Pour tous les domaines partiels	<p>Bien que les caractéristiques du traitement des carcinomes ovariens soient restées plus ou moins inchangées depuis 25 ans (chirurgie de cytoréduction et chimiothérapie à base de platine), beaucoup de nouveaux résultats sont toutefois venus s'ajouter, en particulier au cours des dernières années. La mise en œuvre rapide des nouvelles approches thérapeutiques, qu'il s'agisse d'options chirurgicales ou médicamenteuses, exige une concentration des cas sur un petit nombre de fournisseurs de prestations.</p> <p>La rareté des pathologies fait que la recherche est difficile et absolument pas concluante. Le contrôle et le développement des méthodes sont justement très importants dans ces tumeurs telles qu'elles sont définies dans ce domaine MHS. Soulignons encore que ces tumeurs sont associées à de grandes souffrances pour les patientes concernées. Les traitements sont source d'un stress extrême pour les patientes et des opérations aussi peu invasives et agressives que possible sont indiquées.</p>

Coûts de la prestation

Les coûts d'une prestation peuvent être évalués en se servant des coûts moyens absolus de traitement ou des poids relatifs, c.-à-d. à combien de plus s'élèvent les coûts du traitement par rapport à un patient moyen traité en hôpital (pour lequel le poids relatif normalisé est de 1,0).

	Évaluation : coûts de la prestation
Pour tous les domaines partiels	Dans tous les types de ces tumeurs gynécologiques complexes, on peut s'attendre à ce que la concentration des cas sur un petit nombre de fournisseurs de prestations améliore encore les compétences chirurgicales des oncologues gynécologiques et celles des autres spécialistes concernés, ce qui se traduira par une réduction des complications per et post-opératoires, par un allongement de la survie.

	Évaluation : coûts de la prestation
	<p>globale et par une diminution de la fréquence des récurrences [8, 25, 26]. Il existe par conséquent un grand potentiel de réduction des coûts.</p> <p>Tant pour les traitements des carcinomes de la vulve et du vagin, des carcinomes cervicaux que des carcinomes ovariens, l'infrastructure technique est coûteuse et devrait par conséquent être centralisée.</p> <p>En raison de la rareté des pathologies et de leur évolution extrêmement variable, la prise en charge centralisée des femmes atteintes de GTD est liée, comme il a été démontré, non seulement à de meilleurs résultats, mais est aussi économique [21, 22].</p>

Importance pour la recherche, l'enseignement et la compétitivité internationale

L'évaluation de l'importance pour l'enseignement et la formation postgrade porte sur les activités de formation postgrade et de formation continue du corps médical, et en particulier la promotion de la relève. La prise en compte de la compétitivité internationale revêt une grande importance en ce qui concerne l'attractivité du pôle de recherche et le développement économique du site que représente la Suisse. L'évaluation de la recherche se fait en évaluant les priorités de la recherche et les mesures d'encouragement, ainsi qu'en estimant l'importance du domaine MHS pour le développement de la spécialité concernée.

Les connaissances et le savoir-faire des médecins et du personnel soignant doivent en outre s'adapter en permanence à l'évolution et aux exigences de la société en matière de modernité des soins. Dans ces conditions, la formation de la relève scientifique et médicale constitue une tâche importante de la recherche et de l'enseignement, et ce, afin de pouvoir assurer la disponibilité à long terme d'un personnel hautement qualifié en Suisse. Du reste, c'est dans des équipes suffisamment importantes et traitant un nombre de cas élevé que la formation postgrade des médecins et du personnel soignant aux techniques nécessaires peut au mieux être assurée avec la haute qualité visée. Le renforcement de la concentration dans ce domaine favorisera une formation postgrade de haut niveau ainsi que des soins de haute qualité.

	Évaluation : importance pour la recherche, l'enseignement et la compétitivité internationale
Pour tous les domaines partiels	<p>Seule une concentration des cas permet également de disposer d'une activité de recherche qui soit compétitive au niveau international. En raison des faibles nombres de cas, une recherche compétitive est impossible sans centralisation. Cela aura un impact négatif pour la recherche en Suisse, ce qui se traduira secondairement par une diminution de la distribution des ressources financières/fonds de tiers et affaiblira encore la recherche.</p> <p>La formation des jeunes gynéco-oncologues ne sera elle aussi guère possible sans une centralisation, ce qui affaiblira aussi la Suisse comme lieu de traitement et la rendra en outre dépendante des pays étrangers.</p> <p>Certaines études ont montré [8] que la participation active à des essais cliniques constitue en particulier un indicateur propre de qualité pour le traitement, notamment du carcinome de l'ovaire. Une concentration des cas semble cruciale pour y parvenir.</p>

Conclusion

Compte tenu du faible nombre de cas et de la nature complexe et multidisciplinaire des méthodes de traitement, qui vont de pair avec un investissement humain et technique élevé, les conditions au sens des articles 1 et 4 de la CIMHS sont réunies pour que les tumeurs gynécologiques complexes soient intégrées dans la médecine hautement spécialisée. La concentration du traitement sur un petit nombre de centres est en outre nécessaire en raison des coûts considérables du traitement, mais aussi afin d'assurer une bonne formation postgrade et continue des spécialistes, de renforcer la recherche et de favoriser l'innovation dans ces domaines.

6. Résultats de la consultation

Les acteurs suivants ont été invités à participer à la procédure de consultation: les 26 cantons, 98 hôpitaux, cinq (associations d')assureurs, les décanats des facultés de médecine des cinq universités possédant un hôpital universitaire, six associations professionnelles ainsi que 13 autres institutions et organisations concernées.

Dans le cadre de la consultation, le secrétariat de projet MHS a reçu au total 67 avis. Sur les 26 cantons contactés, 20 ont répondu et six pas.

Parmi les hôpitaux contactés, 36 ont participé à la consultation. Sur les cinq facultés de médecine, seule celle de Zurich a donné son avis. Du côté des associations professionnelles, trois ont communiqué leur avis. En outre, un assureur a pris position. Enfin, six avis formulés par d'autres institutions concernées nous ont été adressés.

Tableau 1 : réponses au rattachement à la MHS des trois domaines partiels du domaine MHS « tumeurs gynécologiques complexes ». Le nombre des institutions et organisations n'ayant pas participé à la consultation ne figure pas dans le tableau.

	Carcinomes ovariens			Carcinomes de la vulve, du vagin et carcinomes cervicaux			Tumeurs trophoblastiques (GTD)		
	Pour	Contre	Abstention	Pour	Contre	Abstention	Pour	Contre	Abstention
Cantons	16	4	0	17	3	0	17	3	0
Hôpitaux	16	18	2	16	18	2	15	19	2
Assureurs	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Décanats des facultés de médecine	1	0	0	1	0	0	1	0	0
Sociétés prof.	1	0	1	1	0	1	1	0	1
Autres	5	1	0	4	2	0	4	2	0
Total	40	23	4	40	23	4	39	24	4

Les avis formulés ont été compilés de manière systématique dans un **rapport sur les résultats**⁶ et sont accessibles au public sur le site internet de la CDS (www.gdk-cds.ch). Les résultats de la consultation sont présentés en abrégé dans ce chapitre. Les avis portant sur l'attribution des prestations sont également brièvement abordés. Ils doivent cependant être considérés comme secondaires par rapport au rattachement à la MHS.

6.1 Avis et appréciation de l'organe scientifique MHS

Arguments contre un rattachement à la MHS

Dans le cadre de la consultation, il a été avancé que le rattachement des tumeurs gynécologiques complexes à la MHS n'était pas nécessaire, car ce domaine est déjà réglementé par ailleurs. La réglementation se fait d'une part par le biais des listes hospitalières cantonales, d'autre part les tumeurs sont aujourd'hui déjà prises en charge par les oncologues gynécologiques dont la formation garantit une bonne qualité de traitement. D'aucuns signalent que beaucoup de centres sont certifiés par la Société allemande de cancérologie (DKG). Un point également souligné dans ce contexte est que le canton de Zurich s'efforce actuellement de réglementer les tumeurs gynécologiques.

⁶ Consultation relative au rattachement à la MHS du domaine MHS « tumeurs gynécologiques complexes » du 16 juin 2020, rapport sur les résultats du 20 mai 2021.

Les membres de l'organe scientifique MHS sont unanimes pour considérer qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de réglementation nationale dans le domaine des tumeurs gynécologiques complexes. La planification hospitalière et l'établissement des listes hospitalières sont du ressort des cantons, et il n'existe donc pas d'exigences uniformes à l'échelle nationale. Les cantons sont toutefois tenus d'établir conjointement une planification pour l'ensemble de la Suisse dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Le facteur déterminant pour le rattachement d'un domaine à la MHS est le degré de respect des critères au sens de l'art. 1 de la CIMHS. L'organe scientifique MHS estime que ces critères sont remplis pour le présent domaine. Le processus d'attribution des prestations débutera une fois le rattachement à la MHS achevé. Il sera alors possible, de définir des critères auxquels tous les fournisseurs de prestations en Suisse devront satisfaire dans le cadre d'un mandat de prestations. L'objectif est d'offrir à toutes les femmes en Suisse les mêmes chances de bénéficier d'un traitement médical optimal. Bien que les modèles cantonaux jouent un rôle important, ils ne sont néanmoins pas appliqués au même degré dans toute la Suisse et ne peuvent donc pas remplacer la planification MHS.

Besoins de la population

D'aucuns soutiennent que la concentration affaiblira l'offre de soins dans les régions périphériques et les zones rurales. Ils estiment que cela ne concernera pas seulement les domaines rattachés à la MHS, mais aura aussi un effet sur les autres domaines gynécologiques lorsque les compétences chirurgicales viendront à l'avenir à faire défaut. Certains participants ont également fait valoir que la concentration empêche la formation correcte de la relève, car les hôpitaux dans les régions périphériques perdent leur attractivité pour les médecins en formation.

Conformément aux dispositions du Tribunal administratif fédéral, il convient, pour la planification de la MHS, de suivre une procédure formellement séparée en deux temps qui distingue entre rattachement d'un domaine de prestations à la MHS (définition du domaine MHS) et attribution des prestations (établissement de la liste des hôpitaux MHS). La procédure de rattachement à la MHS vise à contrôler si le domaine des tumeurs gynécologiques complexes remplit les critères d'inclusion dans la MHS au sens de la CIMHS (art. 1 et art. 4, al. 4). C'est la raison pour laquelle le présent rapport sur le rattachement à la MHS ne se prononce pas sur les attributions de prestations. L'étape de l'attribution des prestations ne débutera qu'une fois le rattachement à la MHS achevé.

Le domaine MHS « tumeurs gynécologiques complexes » concerne avant tout des opérations planifiables, ce qui signifie que le transfert d'une patiente vers un centre MHS pourra en principe s'effectuer sans problème. L'attribution des prestations devra tenir compte des besoins et ne pas compromettre la prise en charge globale. Il importe de souligner qu'en oncologie gynécologique, seuls les traitements complexes et rares sont rattachés à la MHS, ceux-ci ne représentant qu'environ 2 % des opérations en gynécologie (obstétrique mise à part). Les interventions qui ne figurent pas sur la liste des codes de l'annexe A1 pourront continuer à être réalisées en dehors des futurs centres MHS. Par ailleurs, les interventions ambulatoires ne relèvent pas de la MHS, ce qui signifie que l'expertise dans les autres domaines de la gynécologie n'est pas menacée.

L'organe scientifique MHS estime que la centralisation des prestations ne limite pas, mais au contraire favorise la formation et la formation postgrade des oncologues gynécologiques. Il est incontestable que pour les médecins appelés à assurer la relève, l'efficacité de la formation postgrade est meilleure s'ils peuvent travailler dans un hôpital avec prise en charge centralisée disposant d'un recrutement important dans les domaines concernés. Les oncologues gynécologiques ne sont d'ores et déjà formés que dans un petit nombre de centres.

Définition des domaines partiels

Plusieurs avis critiquent avec véhémence la subdivision de ce domaine MHS en domaines partiels distincts. Leur argument : les opérations sont très similaires, elles demandent la même expertise et sont pratiquées par des oncologues gynécologiques. L'expérience des médecins résulte du cumul des tumeurs qu'ils traitent. Au final, les critiques demandent que l'ensemble du domaine des tumeurs gynécologiques ne soit pas fragmenté.

L'organe scientifique MHS n'est absolument pas d'accord avec l'affirmation selon laquelle les opérations seraient semblables pour toutes les entités. Le traitement d'un carcinome ovarien demande des compétences et une expérience distinctes de celui d'un carcinome de la vulve, du vagin ou d'un cancer du col de l'utérus. De même, le traitement des tumeurs trophoblastiques fait encore appel à une autre expertise. Les

domaines partiels peuvent par conséquent être considérés comme des domaines de prestations médicales distinctes pour lesquelles des critères différenciés doivent être définis. Une telle approche permet d'assurer une planification des prestations de soins hospitaliers conforme aux besoins. Il convient déjà ici de signaler que le besoin en centres prenant en charge par exemple les tumeurs trophoblastiques est bien inférieur au besoin en hôpitaux pratiquant des opérations MHS dans les carcinomes de l'ovaire. Il importe cependant de souligner qu'aucune décision d'attribution des prestations n'est encore prise avec le rattachement à la MHS et aucun critère encore défini à ce stade. L'attribution des prestations n'aura lieu qu'une fois le rattachement entériné. Au vu de ces raisons, la division des entités définies en trois domaines partiels est maintenue.

Rattachement à la MHS selon le stade tumoral

Selon un autre argument objecté, tous les stades tumoraux n'impliqueraient pas la même complexité thérapeutique, et le traitement des tumeurs à un stade précoce ne devrait pas relever de la MHS.

On sait que les opérations rattachées à la MHS doivent être définies sans ambiguïté par des codes CHOP et/ou CIM. Dans la mesure où une telle différenciation des stades tumoraux est impossible, on ne peut pas opérer une distinction des tumeurs selon leur stade. Cependant, l'organe scientifique MHS est unanime à considérer que les stades précoces des tumeurs gynécologiques ne sont pas en soi moins complexes – c'est ainsi que dans les carcinomes ovariens, une lymphadénectomie n'est effectuée qu'à un stade précoce. Toutes les opérations ne relevant pas de la MHS peuvent continuer à être réalisées dans les hôpitaux sans mandat de prestations MHS, indépendamment du stade tumoral.

Réglementation des radiothérapies et chimiothérapies

Plusieurs participants signalent qu'une intervention chirurgicale n'est pas toujours indiquée, mais qu'une chimiothérapie ou un traitement de soutien peut l'être. C'est également là que réside le potentiel d'innovation. On critique le fait que le couplage des codes CHOP et CIM ne prenne pas cela en compte. Certains avis réclament que ces traitements soient intégrés à la MHS, mais d'autres demandent à ce qu'ils en soient rejetés.

Seules des prestations stationnaires peuvent être rattachées à la MHS. Si les traitements précités sont effectués en ambulatoire, ils peuvent continuer à l'être en dehors des centres MHS. Au reste, l'association des codes CHOP et CIM vise précisément ce point. Seules les prestations dont le code figure sur la liste se trouvant dans l'annexe A1 sont considérées comme MHS. L'organe scientifique MHS s'accorde à considérer que les chimiothérapies stationnaires ne doivent pas être rattachées à la MHS. Pour les domaines partiels « carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux » et « carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux », le domaine MHS ne doit comprendre que des interventions chirurgicales. Le domaine partiel « tumeurs trophoblastiques (GTD) » comprend toutes les interventions stationnaires en rapport avec les codes CIM figurant sur la liste.

Extension à d'autres entités

Dans le cadre de la consultation, des participants ont estimé que diverses tumeurs gynécologiques pourraient être rattachées à la MHS. L'organe scientifique MHS souhaite toutefois pour l'heure s'abstenir de rattacher d'autres prestations à la MHS. Ou bien les tumeurs mentionnées par ces participants ne sont pas toutes rares, ou bien elles ne peuvent pas être clairement différenciées et définies.

Adaptations des codes CHOP et CIM

Les objections pour ou contre l'inclusion de certains codes ont été examinées, et la liste des codes a été adaptée en conséquence. Cela n'entraîne aucun changement de fond de la définition, mais a servi à affiner et à mieux circonscrire le domaine MHS. Les codes suivants ont été supprimés ou ajoutés :

Domaine partiel « carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux »

- CHOP Z67.4X.1 supprimé
- CHOP Z67.4X.2 supprimé
- ICD D39.1 ajouté
- ICD C54.0 supprimé
- ICD C57.7 supprimé
- ICD C57.8 supprimé
- ICD C57.9 supprimé

Domaine partiel « carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux »

- Codes inchangés

Domaine partiel « tumeurs trophoblastiques (GTD) »

- ICD C58 ajouté
- ICD O01.9 supprimé

Critique portant sur le processus de planification MHS

Dans le cadre de la consultation, la composition du groupe d'accompagnement MHS a fait l'objet de critiques. Il convient de noter ici que l'organe scientifique MHS peut faire appel à des experts externes. Ceci a été le cas avec le groupe d'accompagnement, mais il faut savoir que l'organe scientifique MHS ne joue aucun rôle sur sa composition. C'est la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique qui s'est chargée de nommer les expertes et experts dans le groupe.

Critères d'attribution des prestations

Divers critères à prendre en compte ont d'une part été soulevés dans le cadre de la consultation ; d'autre part, certains participants ont demandé à ce que les critères soit déterminés en faisant appel à la Société suisse de gynécologie et d'obstétrique ou d'autres institutions.

La CIMHS prévoit explicitement que la fixation des conditions à remplir pour l'exécution des prestations MHS incombe à l'organe scientifique MHS. Les critères d'attribution des prestations ne sont fixés par l'organe scientifique MHS qu'à la suite du rattachement à la MHS. Le processus de rattachement à la MHS et celui d'attribution des prestations doivent être séparés l'un de l'autre. Les points soulevés dans le cadre de la consultation, de même que l'expertise du groupe d'accompagnement, influenceront toutefois sur la discussion au sujet des critères d'attribution des prestations.

6.2 Conclusion de la consultation

Conclusion

L'organe scientifique MHS arrive à la conclusion que la définition du domaine MHS avec ses trois domaines partiels doit être maintenue. La division des entités pathologiques en trois domaines partiels contribue à une planification à la fois meilleure et plus différenciée. Ces entités posent des exigences différentes en termes d'expertise et d'infrastructure, ce dont on doit pouvoir tenir compte au cours du processus d'attribution des prestations. L'organe scientifique MHS n'y voit pas une fragmentation de l'oncologie gynécologique, mais estime que cela permet de mieux regrouper les compétences.

Le rattachement des tumeurs gynécologiques complexes à la MHS ne porte pas préjudice à la prise en charge globale des patientes, mais permet à toutes l'accès à des soins de bonne qualité. Les interventions rattachées à la MHS ne représentent qu'environ 2 % de l'ensemble des interventions gynécologiques, ce qui signifie que l'expertise nécessaire à la prise en charge gynécologique est également assurée en dehors des centres MHS.

Pour l'heure, l'organe scientifique MHS ne souhaite pas élargir la définition du domaine MHS. Il n'est question ni d'inclure d'autres pathologies ni d'intégrer d'autres traitements (radio/chimiothérapie stationnaires notamment).

Dans le cadre de l'évaluation de la consultation, quelques codes CHOP et CIM ont été supprimés de la liste, d'autres adjoints. Cela ne change toutefois pas la définition du domaine, mais ne fait que la préciser. L'intitulé du domaine partiel 1 a également été remanié. Selon le feedback à la consultation, l'intitulé correct doit être « carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux », ce qui a donc été retenu.

7. Perspectives

La deuxième phase de planification – l'**attribution** des prestations (établissement de la liste des hôpitaux MHS) – débutera une fois la première étape – le **rattachement à la MHS** (définition du domaine MHS) – achevée. Une procédure de candidature est organisée préalablement à l'attribution des prestations ; elle offre aux fournisseurs de prestations intéressés la possibilité de se porter candidats à un mandat de prestations. Tous les hôpitaux ont en principe la possibilité de se porter candidat à un mandat de prestations. L'attribution d'un mandat de prestations MHS aux candidats est liée au respect des exigences de qualité tant générales que spécifiques au domaine considéré. Les exigences correspondantes seront définies dans une note explicative relative à la candidature. La procédure de candidature débutera officiellement par une publication dans la Feuille fédérale. Les fournisseurs de prestations potentiels seront en outre informés par courrier de l'ouverture de la procédure et des délais impartis.

Annexes

A1 Représentation du domaine MHS « Tumeurs gynécologiques complexes » dans la classification suisse des interventions chirurgicales (CHOP version 2021) et la classification internationale des maladies CIM -10 GM 2021

Seules les interventions chez les patientes à partir de l'âge de 15 ans sont rattachées à la MHS.

Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux

Tableau 2 : définition du domaine partiel des carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux (CHOP 2021, CIM-10-GM 2021)

Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux			
Classifi- cation	Code	Libellé	Combinaison *
CHOP	C8	Opérations du système hématique et lymphatique	
CHOP	Z40	Opérations sur le système lymphatique	
CHOP	Z40.2	Excision simple de structure lymphatique	
CHOP	Z40.29	Excision simple d'autre structure lymphatique	
CHOP	Z40.29.30	Excision de ganglion lymphatique iliaque	AND_ICD
CHOP	Z40.3X	Excision de ganglions lymphatiques régionaux	
CHOP	Z40.3X.1	Lymphadénectomie régionale, indépendante d'autre intervention	
CHOP	Z40.3X.13	Lymphadénectomie régionale, indépendante d'autre intervention, région para-aortique, pelvienne ou iliaque ou pour obturation	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.14	Lymphadénectomie régionale, indépendante d'autre intervention, région inguinale, chirurgie ouverte	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.15	Lymphadénectomie régionale, indépendante d'autre intervention, région inguinale, par laparoscopie	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.2	Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention	
CHOP	Z40.3X.23	Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention, région para-aortique, pelvienne ou iliaque	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.24	Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention, pour obturation	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.25	Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention, région inguinale	AND_ICD
CHOP	Z40.52	Excision radicale des ganglions lymphatiques périaortiques	
CHOP	Z40.52.10	Excision radicale des ganglions lymphatiques rétropéritonéaux (para-aortiques, para-caves) et pelviens, indépendante d'autre intervention	AND_ICD

Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux			
Classifi- cation	Code	Libellé	Combinaison *
CHOP	Z40.52.11	Excision radicale des ganglions lymphatiques rétropéritonéaux (para-aortiques, para-caves) et pelviens, au cours d'une autre intervention	AND_ICD
CHOP	Z40.52.99	Excision radicale des ganglions lymphatiques périaortiques, autre	AND_ICD
CHOP	Z40.53	Excision radicale des ganglions lymphatiques iliaques	
CHOP	Z40.53.10	Excision radicale des ganglions lymphatiques iliaques, indépendante d'autre intervention	AND_ICD
CHOP	Z40.53.11	Excision radicale des ganglions lymphatiques iliaques dans le cadre d'une autre intervention	AND_ICD
CHOP	Z40.53.99	Excision radicale des ganglions lymphatiques iliaques, autre	AND_ICD
CHOP	Z40.54	Excision radicale de ganglions lymphatiques inguinaux	
CHOP	Z40.54.10	Excision radicale de ganglions lymphatiques inguinaux en tant qu'intervention autonome	AND_ICD
CHOP	Z40.54.11	Excision radicale des ganglions lymphatiques inguinaux dans le cadre d'une autre intervention	AND_ICD
CHOP	Z40.54.99	Excision radicale des ganglions lymphatiques inguinaux, autre	AND_ICD
CHOP	C9	Opérations du système digestif	
CHOP	Z54	Autres opérations de la région abdominale	
CHOP	Z54.4	Excision ou destruction de tissu péritonéal et de lésion péritonéale	
CHOP	Z54.4X	Excision ou destruction de tissu péritonéal	
CHOP	Z54.4X.11	Excision de mésentère	AND_ICD
CHOP	Z54.4X.12	Excision d'épiploon	AND_ICD
CHOP	Z54.99	Autres opérations de la région abdominale	
CHOP	Z54.99.31	Debulking par laparotomie	AND_ICD
CHOP	C12	Opérations des organes génitaux féminins	
CHOP	Z66	Opérations de trompe de Fallope	
CHOP	Z66.4	Salpingectomie	
CHOP	Z66.41	Salpingectomie totale	
CHOP	Z66.41.11	Salpingectomie totale, par chirurgie ouverte	AND_ICD
CHOP	Z66.41.21	Salpingectomie totale, par laparoscopie	AND_ICD
CHOP	Z66.41.31	Salpingectomie totale, par voie vaginale	AND_ICD
CHOP	Z66.41.41	Salpingectomie totale, par voie vaginale, assistée par laparoscopie	AND_ICD

Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux			
Classifi- cation	Code	Libellé	Combinaison *
CHOP	Z67	Opérations du col utérin	
CHOP	Z67.4	Amputation du col utérin	
CHOP	Z67.4X.3	Excision de moignon du col utérin	
CHOP	Z67.4X.30	Excision de moignon du col utérin	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.99	Amputation du col utérin, autre	AND_ICD
CHOP	Z68	Autres incisions et excisions de l'utérus	
CHOP	Z68.4	Hystérectomie totale	
CHOP	Z68.40	Hystérectomie totale, SAP	AND_ICD
CHOP	Z68.41	Hystérectomie totale, par laparoscopie	AND_ICD
CHOP	Z68.42	Hystérectomie totale, par chirurgie ouverte	AND_ICD
CHOP	Z68.43	Hystérectomie totale, par voie vaginale	AND_ICD
CHOP	Z68.44	Hystérectomie totale, par voie vaginale, assistée par laparoscopie [LAVH]	AND_ICD
CHOP	Z68.49	Hystérectomie totale, autre	AND_ICD
CHOP	Z68.6	Hystérectomie radicale	
CHOP	Z68.60	Hystérectomie radicale, SAP	AND_ICD
CHOP	Z68.61	Hystérectomie radicale par laparoscopie	AND_ICD
CHOP	Z68.62	Hystérectomie radicale, par chirurgie ouverte	AND_ICD
CHOP	Z68.63	Hystérectomie radicale, par voie vaginale	AND_ICD
CHOP	Z68.64	Hystérectomie radicale, par voie vaginale, assistée par laparoscopie [LARVH]	AND_ICD
CHOP	Z68.6A	Hystérectomie radicale, autre	AND_ICD
CHOP	Z68.8	Éviscération pelvienne	AND_ICD
CHOP	Z70	Opérations du vagin et du cul-de-sac	
CHOP	Z70.4	Oblitération et excision totale du vagin	
CHOP	Z70.4X.00	Oblitération et excision totale du vagin, SAP	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.10	Colpectomie subtotale	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.20	Colpectomie totale	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.30	Colpectomie étendue (radicale)	AND_ICD

Carcinomes ovariens/tubaires/péritonéaux

Classifi- cation	Code	Libellé	Combinaison *
CHOP	Z70.4X.99	Oblitération et excision totale du vagin, autre	AND_ICD
ICD	D39	Tumeur des organes génitaux de la femme à évolution imprévisible ou inconnue	
ICD	D39.1	Ovaire	AND_CHOP
ICD	C48	Tumeur maligne du rétropéritoine et du péritoine	
ICD	C48.1	Tumeur maligne : Parties précisées du péritoine	AND_CHOP
ICD	C48.2	Tumeur maligne : Péritoine, sans précision	AND_CHOP
ICD	C48.8	Tumeur maligne : Lésion à localisations contiguës du rétropéritoine et du péritoine	AND_CHOP
ICD	C56	Tumeur maligne de l'ovaire	AND_CHOP
ICD	C57	Tumeur maligne des organes génitaux de la femme, autres et non précisés	
ICD	C57.0	Tumeur maligne : Trompe de Fallope	AND_CHOP
ICD	C57.1	Tumeur maligne : Ligament large	AND_CHOP
ICD	C57.2	Tumeur maligne : Ligament rond	AND_CHOP
ICD	C57.4	Tumeur maligne : Annexes de l'utérus, sans précision	AND_CHOP

* Cette colonne indique si une combinaison avec un code CHOP (AND_CHOP) ou avec un code CIM (AND_ICD) est nécessaire pour que l'opération soit considérée comme MHS.

Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux

Tableau 2 : définition du domaine partiel des carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux (CHOP 2021, CIM-10 GM 2021)

Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux

Classifi- cation	Code	Libellé	Combinaison *
CHOP	C8	Opérations du système hématique et lymphatique	
CHOP	Z40	Opérations sur le système lymphatique	
CHOP	Z40.2	Excision simple de structure lymphatique	
CHOP	Z40.24	Excision de ganglion lymphatique inguinal	
CHOP	Z40.24.11	Excision chirurgicale ouverte de ganglion lymphatique inguinal marqué à l'aide d'un radio-isotope ou d'un colorant (lymphadénectomie de ganglion sentinelle)	AND_ICD
CHOP	Z40.29	Excision simple d'autre structure lymphatique	

Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux			
Classifi- cation	Code	Libellé	Combinaison *
CHOP	Z40.29.30	Excision de ganglion lymphatique iliaque	AND_ICD
CHOP	Z40.3X	Excision de ganglions lymphatiques régionaux	
CHOP	Z40.3X.1	Lymphadénectomie régionale, indépendante d'autre intervention	
CHOP	Z40.3X.13	Lymphadénectomie régionale, indépendante d'autre intervention, région para-aortique, pelvienne ou iliaque ou pour obturation	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.14	Lymphadénectomie régionale, indépendante d'autre intervention, région inguinale, chirurgie ouverte	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.15	Lymphadénectomie régionale, indépendante d'autre intervention, région inguinale, par laparoscopie	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.2	Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention	
CHOP	Z40.3X.23	Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention, région para-aortique, pelvienne ou iliaque	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.24	Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention, pour obturation	AND_ICD
CHOP	Z40.3X.25	Lymphadénectomie régionale dans le cadre d'une autre intervention, région inguinale	AND_ICD
CHOP	Z40.52	Excision radicale des ganglions lymphatiques périaortiques	
CHOP	Z40.52.10	Excision radicale des ganglions lymphatiques rétropéritonéaux (para-aortiques, para-caves) et pelviens, indépendante d'autre intervention	AND_ICD
CHOP	Z40.52.11	Excision radicale des ganglions lymphatiques rétropéritonéaux (para-aortiques, para-caves) et pelviens, au cours d'une autre intervention	AND_ICD
CHOP	Z40.52.99	Excision radicale des ganglions lymphatiques périaortiques, autre	AND_ICD
CHOP	Z40.53	Excision radicale des ganglions lymphatiques iliaques	
CHOP	Z40.53.10	Excision radicale des ganglions lymphatiques iliaques, indépendante d'autre intervention	AND_ICD
CHOP	Z40.53.11	Excision radicale des ganglions lymphatiques iliaques dans le cadre d'une autre intervention	AND_ICD
CHOP	Z40.53.99	Excision radicale des ganglions lymphatiques iliaques, autre	AND_ICD
CHOP	Z40.54	Excision radicale de ganglions lymphatiques inguinaux	
CHOP	Z40.54.10	Excision radicale de ganglions lymphatiques inguinaux en tant qu'intervention autonome	AND_ICD
CHOP	Z40.54.11	Excision radicale des ganglions lymphatiques inguinaux dans le cadre d'une autre intervention	AND_ICD
CHOP	Z40.54.99	Excision radicale des ganglions lymphatiques inguinaux, autre	AND_ICD
CHOP	C9	Opérations du système digestif	
CHOP	Z54	Autres opérations de la région abdominale	

Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux

Classifi- cation	Code	Libellé	Combinaison *
CHOP	Z54.99	Autres opérations de la région abdominale	
CHOP	Z54.99.31	Debulking par laparotomie	AND_ICD
CHOP	C12	Opérations des organes génitaux féminins	
CHOP	Z67	Opérations du col utérin	
CHOP	Z67.4	Amputation du col utérin	
CHOP	Z67.4X.1	Résection radicale du moignon du col utérin	
CHOP	Z67.4X.10	Résection radicale du moignon du col utérin, SAP	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.11	Résection radicale du moignon du col utérin, sans lymphadénectomie, par chirurgie ouverte (abdominale)	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.12	Résection radicale du moignon du col utérin, sans lymphadénectomie, par voie vaginale	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.13	Résection radicale du moignon du col utérin, sans lymphadénectomie, par voie vaginale, assistée par laparoscopia	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.14	Résection radicale du moignon du col utérin, sans lymphadénectomie, par laparoscopie	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.2	Résection radicale du moignon du col utérin, avec lymphadénectomie	
CHOP	Z67.4X.20	Résection radicale du moignon du col utérin, avec lymphadénectomie, SAP	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.21	Résection radicale du moignon du col utérin, avec lymphadénectomie, par chirurgie ouverte (abdominale)	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.22	Résection radicale du moignon du col utérin, avec lymphadénectomie, par voie vaginale	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.23	Résection radicale du moignon du col utérin, avec lymphadénectomie, par voie vaginale, assistée par laparoscopia	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.24	Résection radicale du moignon du col utérin, avec lymphadénectomie, par laparoscopie	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.29	Résection radicale du moignon du col utérin, avec lymphadénectomie, autre	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.3	Excision de moignon du col utérin	
CHOP	Z67.4X.30	Excision de moignon du col utérin	AND_ICD
CHOP	Z67.4X.99	Amputation du col utérin, autre	AND_ICD
CHOP	Z68	Autres incisions et excisions de l'utérus	
CHOP	Z68.6	Hystérectomie radicale	
CHOP	Z68.60	Hystérectomie radicale, SAP	AND_ICD
CHOP	Z68.61	Hystérectomie radicale par laparoscopie	AND_ICD

Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux

Classifi- cation	Code	Libellé	Combinaison *
CHOP	Z68.62	Hystérectomie radicale, par chirurgie ouverte	AND_ICD
CHOP	Z68.63	Hystérectomie radicale, par voie vaginale	AND_ICD
CHOP	Z68.64	Hystérectomie radicale, par voie vaginale, assistée par laparoscopie [LARVH]	AND_ICD
CHOP	Z68.6A	Hystérectomie radicale, autre	AND_ICD
CHOP	Z68.8	Éviscération pelvienne	AND_ICD
CHOP	Z70	Opérations du vagin et du cul-de-sac	
CHOP	Z70.4	Oblitération et excision totale du vagin	
CHOP	Z70.4X.00	Oblitération et excision totale du vagin, SAP	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.10	Colpectomie subtotale	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.20	Colpectomie totale	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.30	Colpectomie étendue (radicale)	AND_ICD
CHOP	Z70.4X.99	Oblitération et excision totale du vagin, autre	AND_ICD
CHOP	Z71	Opérations de la vulve et du périnée	
CHOP	Z71.5	Vulvectomie radicale	AND_ICD
CHOP	Z71.6	Autre vulvectomie	
CHOP	Z71.61	Vulvectomie partielle	AND_ICD
CHOP	Z71.62	Vulvectomie totale	AND_ICD
ICD	C51	Tumeur maligne de la vulve	
ICD	C51.0	Tumeur maligne : Grande lèvre	AND_CHOP
ICD	C51.1	Tumeur maligne : Petite lèvre	AND_CHOP
ICD	C51.2	Tumeur maligne : Clitoris	AND_CHOP
ICD	C51.8	Tumeur maligne : Lésion à localisations contiguës de la vulve	AND_CHOP
ICD	C51.9	Tumeur maligne : Vulve, sans précision	AND_CHOP
ICD	C52	Tumeur maligne du vagin	AND_CHOP
ICD	C53	Tumeur maligne du col de l'utérus	
ICD	C53.0	Tumeur maligne : Endocol	AND_CHOP
ICD	C53.1	Tumeur maligne : Exocol	AND_CHOP

Carcinomes de la vulve et du vagin et carcinomes cervicaux

Classifi- cation	Code	Libellé	Combinaison *
ICD	C53.8	Tumeur maligne : Lésion à localisations contiguës du col de l'utérus	AND_CHOP
ICD	C53.9	Tumeur maligne : Col de l'utérus, sans précision	AND_CHOP
ICD	C57	Tumeur maligne des organes génitaux de la femme, autres et non précisés	
ICD	C57.3	Tumeur maligne : Paramètre	AND_CHOP

* Cette colonne indique si une combinaison avec un code CHOP (AND_CHOP) ou avec un code CIM (AND_ICD) est nécessaire pour que l'opération soit considérée comme MHS.

Tumeurs trophoblastiques (GTD)

Tableau 3 : définition du domaine partiel des tumeurs trophoblastiques (CHOP 2021, CIM-10-GM 2021)

Tumeurs trophoblastiques (GTD)			
Classifi- cation	Code	Libellé	
ICD	C58	Tumeur maligne du placenta	
ICD	D39	Tumeur des organes génitaux de la femme à évolution imprévisible ou inconnue	
ICD	D39.2	Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue : placenta	

A2 Références

1. Krebsliga Schweiz, *Eierstockkrebs, Ovarialtumoren - Eine Information der Krebsliga für Betroffene und Angehörige*, 2019: Bern.
2. Harter, P., et al., *A Randomized Trial of Lymphadenectomy in Patients with Advanced Ovarian Neoplasms*. N Engl J Med, 2019. **380**(9): p. 822-832.
3. Aletti, G.D. and W.A. Cliby, *Time for centralizing patients with ovarian cancer: what are we waiting for?* Gynecologic Oncology, 2016. **142**(2): p. 209-210.
4. Cowan, R.A., et al., *Is It Time to Centralize Ovarian Cancer Care in the United States?* Ann Surg Oncol, 2016. **23**(3): p. 989-993.
5. Dahm-Kähler, P., et al., *Centralized primary care of advanced ovarian cancer improves complete cytoreduction and survival - A population-based cohort study*. Gynecologic Oncology, 2016. **142**(2): p. 211-216.
6. Eggink, F.A., et al., *Improved outcomes due to changes in organization of care for patients with ovarian cancer in the Netherlands*. Gynecologic Oncology, 2016. **141**(3): p. 524-530.
7. Marth, C., et al., *Influence of Department Volume on Survival for Ovarian Cancer: Results From a Prospective Quality Assurance Program of the Austrian Association for Gynecologic Oncology*. International Journal of Gynecological Cancer, 2009. **19**(1): p. 94-102.
8. Du Bois, A., et al., *Die Qualität der Therapie des Ovarialkarzinoms in Deutschland-Dritte Stufe der Qualitätssicherungserhebung QS-OVAR der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) Kommission OVAR*. Frauenarzt, 2009. **9**: p. 742-751.
9. Kumpulainen, S., et al., *The effect of hospital operative volume, residual tumor and first-line chemotherapy on survival of ovarian cancer—a prospective nation-wide study in Finland*. Gynecol Oncol, 2009. **115**(2): p. 199-203.
10. Wieser, S., et al., *Ovarian cancer in Switzerland: incidence and treatment according to hospital registry data*. Swiss Med Wkly, 2018. **29**(148): p. 16.
11. Fotopoulou, C., et al., *Quality indicators for advanced ovarian cancer surgery from the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO): 2020 update*. Int J Gynecol Cancer, 2020. **30**(4): p. 436-440.
12. Petignat, P., et al., *Surgical management of epithelial ovarian cancer at community hospitals: A population-based study*. J Surg Oncol, 2000. **75**(1): p. 19-23.
13. Janna Pape, E.S., Viola Heinzlmann, René Hornung, Mathias Fehr, Michel Mueller, Patrick Petignat, Daniel Fink, Patrick Imesch and the Swiss Working Group of Gynecologic Oncology (Swiss-AGO) investigators, *Adherence to ovarian cancer treatment guidelines in Switzerland as a potential measure of quality of care: A Swiss Gynecologic Oncology Trial Group survey*. unpublished.
14. Bundesamt für Statistik, *Schweizerischer Krebsbericht 2015: Stand und Entwicklungen*, 2016: Neuchâtel.
15. Krebsliga Schweiz, *Gebärmutterhalskrebs - Sich schützen und früh erkennen*, 2017: Bern.
16. Krebsliga Schweiz, *Gebärmutterhalskrebs und seine Vorstufen - Zervixkarzinom und Präkanzerosen*, 2017: Bern.
17. Fehlmann, A., et al., *Gestational trophoblastic disease in Switzerland: retrospective study of the impact of a regional reference centre*. Swiss Med Wkly, 2021. **5**(151): p. 1.
18. (ed.), H.P., *Gestational Trophoblastic Disease - Diagnostic and Molecular Genetic Pathology (Current Clinical Pathology)*. 2nd Edition ed2012, New York, USA: Humana Press – Springer.
19. Ngan, H.Y.S., et al., *Update on the diagnosis and management of gestational trophoblastic disease*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2018. **143**(S2): p. 79-85.
20. Bolze, P.-A., et al., *Formalised consensus of the European Organisation for Treatment of Trophoblastic Diseases on management of gestational trophoblastic diseases*. European Journal of Cancer, 2015. **51**(13): p. 1725-1731.
21. Dantas PR1, M.I., Cortés-Charry R, Growdon WB, Braga A, Rudge MV, Berkowitz RS., *Influence of hydatidiform mole follow-up setting on postmolar gestational trophoblastic neoplasia outcomes: a cohort study*. J Reprod Med., 2012. **57**(7-8): p. 305-309.
22. Braga, A., et al., *Challenges in the diagnosis and treatment of gestational trophoblastic neoplasia worldwide*. World journal of clinical oncology, 2019. **10**(2): p. 28-37.

23. Grootenhuis, N.C., et al., *Sentinel nodes in vulvar cancer: Long-term follow-up of the GROningen International Study on Sentinel nodes in Vulvar cancer (GROINSS-V) I*. *Gynecol Oncol*, 2016. **140**(1): p. 8-14.
24. Levenback, C.F., et al., *Lymphatic Mapping and Sentinel Lymph Node Biopsy in Women With Squamous Cell Carcinoma of the Vulva: A Gynecologic Oncology Group Study*. *Journal of clinical oncology*, 2012. **30**(31): p. 3786-3791.
25. Lee, M.-S., et al., *Higher caseload improves cervical cancer survival in patients treated with brachytherapy*. *Radiation Oncology*, 2014. **9**(1): p. 234.
26. Ioka, A., et al., *Influence of hospital procedure volume on ovarian cancer survival in Japan, a country with low incidence of ovarian cancer*. *Cancer Sci*, 2004. **95**(3): p. 233-237.

A3 Abréviations

AOS	Assurance obligatoire des soins
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CHOP	Classification suisse des interventions chirurgicales
CIM	Classification internationale des maladies
CIMHS	Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée
EAE	Efficacité, adéquation et économicité des prestations
GTD	Gestational Trophoblastic Diseases
HPV	Papillomavirus humain
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie
MHS	Médecine hautement spécialisée
OFS	Office fédéral de la statistique
TAF	Tribunal administratif fédéral