

Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate

COLLECTION

Études & enquêtes

MATÉRIEL ET MÉTHODES

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

ET PERSPECTIVES

L'Institut national du cancer est l'agence sanitaire et scientifique dédiée à la cancérologie. Il a pour vocation d'impulser et de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Cette publication s'inscrit
dans le cadre :
COLLECTION
Études & enquêtes
publiée par l'Institut national du cancer

Ce document est téléchargeable
et disponible à la commande sur le site :
www.e-cancer.fr

CE DOCUMENT S'INSCRIT DANS LA MISE EN ŒUVRE
DU PLAN CANCER 2009-2013.

Mesure 19 : **renforcer la qualité des prises en charge pour tous les
malades atteints de cancer**

Action 19.4 : mener une étude sur les délais de prise en charge dans plusieurs régions.

Ce document doit être cité comme suit : ©*Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate*, INCa, juin 2013.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site Internet www.e-cancer.fr ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : diffusion@institutcancer.fr

LISTE DES CONTRIBUTEURS

Participants à l'étude sein-poumon en 2011 dans les 8 régions

Régions	RRC	ORS
Alsace	François-Denis Druart Frédéric Lemanceau	Frédéric Imbert Laurence Moine
Auvergne	Isabelle Van Praagh Mohun Bahadoor	Sylvie Maquinghen Marie-Reine Fradet
Franche-Comté	Gilles Nallet Carène Querry	Cynthia Morgny Christian Balamou
Lorraine	Isabelle Klein Mounir Baya	Marie-Laurence Romain Laurent Chamagne
Nord Pas-de-Calais	Sophie Lesquerbault Céline Bremeault	Olivier Lacoste Madiou Sampil
Picardie	David Zylberait Gaëlle Boulic	Alain Trugeon Florent Verfaillie
Poitou-Charentes	Claire Morin-Porchet Sonia Gillet	Julien Giraud Julie Debarre
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Michèle Pibarot Corinne Maciocco	Yolande Obadia Camille Cluze

Participants à l'étude côlon-prostate en 2012 dans les 13 régions

RégionS	RRC	ORS
Alsace	François-Denis Druart Frédéric Lemanceau	Laurence Moine
Auvergne	Isabelle Van Praagh-Doreau Mohun Bahadoor	Marie-Reine Fradet Sylvie Maquinghen
Franche-Comté	Gilles Nallet Carène Querry	Christian Balamou
Guadeloupe	Alya Ben-Rais Josiane Clepier	Vanessa Cornely
Haute-Normandie	Bernard Cheru Angélique Picard Leclerc	Hervé Villet
Lorraine	Mounir Baya Isabelle Klein	Marie-Laurence Romain
Martinique	Marie-Pierre Meurisse Guy-Albert Rufin	Sylvie Merle
Midi-Pyrénées	Jérôme Goddard Eric Bauvin	Edvie Oum Sack Françoise Cayla
Pays de la Loire	Fabienne Empereur Solen Pelé	Anne Tallec Jean-François Buyck
Picardie	Gaëlle Boulic David Zylberait	Alain Trugeon Thibaut Balcaen
Poitou-Charentes	Claire Morin-Porchet Clotilde Le Mouel	Julien Giraud Julie Debarre
Provence-Alpes-Côte d'Azur	Corinne Maciocco Harmonie Oulie	Dominique Rey
Rhône-Alpes	Fadila Farsi Hélène Labrosse	Olivier Guye

Experts

Dr Pascal BURTIN,
Oncologue digestif, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Pr Marcel DAHAN,
Chirurgien thoracique, Président de la Société française de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, CHU de Toulouse

Pr Jean-François FLEJOU,
Anatomopathologiste, membre de la Société française de pathologie, APHP Hôpital Saint-Antoine, Paris

Pr Catherine GUETTIER,
Anatomopathologiste, membre de la Société française de pathologie, APHP Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Pr Eric LARTIGAU,
Oncologue-radiothérapeute, Centre Oscar Lambret, Lille

Pr Jacques MARGERY,
Pneumo-oncologue, membre de la Société de pneumologie de langue française, Hôpital d'instruction des Armées PERCY, Clamart

Pr Bertrand MILLAT,
Chirurgien digestif, Président du Conseil scientifique de la CNAMTS, CHU de Montpellier

Pr Michel SOULIE,
Urologue- oncologue, responsable du Comité de cancérologie de l'Association française d'urologie, CHU de Toulouse

Pr Richard VILLET,
Chirurgien en chirurgie viscérale et gynécologique, Vice-président de la Société française de sénologie et de pathologie Mammaire, Hôpital des Diaconesses-Croix Saint-Simon, Paris

Institut national du cancer

Graziella POURCEL,
Département Parcours de soins et relations avec les professionnels, pôle Santé publique et soins

Claudia FERRARI,
Département Parcours de soins et relations avec les professionnels, pôle Santé publique et soins

Jérôme VIGUIER,
Direction du pôle Santé publique et soins

Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS)

Bernard LEDESERT
Julien GIRAUD

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION.....	6
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	7
III.	RÉSULTATS.....	11
1.	BILAN DU RECUEIL ET DISPONIBILITÉ DES DATES.....	11
2.	CANCER DU SEIN	13
3.	CANCER DU POU MON.....	18
4.	CANCER DU CÔLON	22
5.	CANCER DE LA PROSTATE.....	27
IV.	DISCUSSION	32
1.	APPORTS ET LIMITES DE LA MÉTHODE.....	32
2.	RÉSULTATS DE L'ÉTUDE.....	34
3.	FINALITÉ DE L'ÉTUDE.....	36
V.	CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	38
VI.	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	39

I. INTRODUCTION

L'action 19.4 du Plan cancer 2009-2013 [1] vise à mener une étude sur les délais de prise en charge, dans plusieurs régions de France avec l'appui des réseaux régionaux de cancérologie (RRC), et concernant les quatre cancers les plus fréquents : cancers du sein, côlon, prostate et poumon. En effet, les délais d'accès au diagnostic et au traitement peuvent varier selon les cancers, les zones géographiques et les catégories socioéconomiques des patients. De plus, la mise en place en 2009 du dispositif des autorisations s'appuyant sur l'obligation pour les établissements de santé de satisfaire à la fois à des niveaux d'activité mais aussi à des critères de qualité de la prise en charge [2, 3, 4], a redessiné l'offre de soins en cancérologie. Cette offre de soins, consolidée avec la mise en conformité au 30 juin 2012 des établissements de santé, et l'évaluation de son impact sur l'accès des malades aux structures de soins, pourrait dans certains cas révéler des inégalités d'accès, notamment en termes de délais de prise en charge. La mesure des délais apparaît donc comme un élément de la qualité des prises en charge et un traceur des inégalités d'accès aux soins. Par ailleurs, il est capital de pouvoir maîtriser les temps d'attente jalonnant le parcours de soins, à la fois pour le succès du traitement et pour répondre aux attentes des malades [5]. Des démarches similaires sont menées dans d'autres pays comme le Royaume-Uni [6] et la province de l'Ontario au Canada [7], qui se sont engagés dans l'évaluation et la réduction chiffrée des délais de prise en charge des cancers et en ont fait un objectif de leur Plan cancer.

Dans ce contexte, une étude de mesure des délais a été réalisée dans plusieurs régions de France, et s'est déroulée en deux phases :

- **la première phase réalisée dans 8 régions a eu lieu en 2011** et portait sur les délais de prise en charge des cancers du sein (qui bénéficient d'un dépistage organisé) et des cancers du poumon. Elle a été précédée d'une étude de faisabilité dans deux régions (Alsace et Poitou-Charentes), et a donné lieu à la publication d'un rapport d'étude en 2012 [8] ;
- **la deuxième phase élargie à 13 régions a eu lieu en 2012**, et portait sur les cancers du côlon (qui bénéficient d'un dépistage organisé) et les cancers de la prostate. Les résultats ont été publiés en juin 2013 [9].

L'objectif de cette étude était de dresser, pour chacun des cancers concernés, un état des lieux des délais de prise en charge les plus traceurs du parcours de soins des patients afin de :

- concourir à améliorer la connaissance de ces délais de prise en charge ;
- analyser les délais en fonction des éléments de contexte de la prise en charge (sociodémographiques, médicaux et organisationnels) et selon la région ;
- comparer les résultats de l'étude avec les recommandations et les travaux internationaux ;
- proposer une méthodologie de mesure et étudier la faisabilité d'une mesure des délais en routine.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle rétrospective multicentrique de cohorte.

1. Régions ayant participé à l'étude : dans les régions, l'étude a été conduite par les RRC volontaires pour y participer avec l'appui des Observatoires régionaux de santé (ORS) de leur région, partenaires clés des Agences régionales de la santé (ARS) pour la collecte des données de santé [10]. Pour la première phase en 2011 (précédée d'une phase de test dans 2 régions en 2010), portant sur les cancers du sein et du poumon, huit régions représentant 30,9 % de la population de la France métropolitaine¹, ont participé à l'étude : Alsace, Auvergne, Franche-Comté, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur. La seconde phase réalisée en 2012 et portant sur les cancers du côlon et de la prostate a été élargie à treize régions représentant près d'un Français sur deux (47,4 %)² : Alsace, Auvergne, Franche-Comté, Lorraine, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, et pour les seuls cancers de la prostate, les régions de la Guadeloupe et de la Martinique.

2. Pilotage et suivi : au niveau national, l'étude a été pilotée par l'Institut national du cancer (INCa) et opérée par la Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé (FNORS) dans le cadre d'un marché public. Deux instances ont été mises en place : **un comité de pilotage** chargé de piloter l'ensemble des travaux, incluant la participation de l'INCa, de la FNORS et de représentants des RRC et des ORS de quatre régions ; **un groupe d'experts** de la prise en charge de chacun des 4 cancers étudiés, chargé de donner un avis sur le choix des délais traceurs à mesurer, sur l'analyse de la littérature scientifique et médicale, et sur les résultats de l'étude.

3. Population de l'étude : la population source était constituée des patients, quel que soit leur âge, quel que soit le stade, pris en charge pour chacun des cancers concernés, avec pour critères d'inclusion, une prise en charge initiale et un enregistrement du dossier en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de première proposition thérapeutique un an avant chaque enquête, soit en **mars, avril ou mai 2010** pour la première phase, ou **mars, avril, mai 2011** pour la seconde phase, afin d'avoir suffisamment de recul pour recueillir l'ensemble des dates du parcours de soins.

4. Critères de non-inclusion : pour les 4 types de cancers, les personnes ayant des antécédents de cancer (quelle que soit la localisation pour la phase 1 ou de même localisation pour la phase 2), n'étaient pas incluses, leur parcours et leurs délais de prise en charge pouvant être différents de ceux des personnes sans antécédent de cancer. Les cas de cancer du sein avec chimiothérapie néoadjuvante (correspondant à 10 % des prises en charge) et les cancers du sein masculins, également rares n'étaient pas inclus. Pour la seconde phase, il a été décidé de ne pas inclure les cancers du rectum, leur prise charge étant tout à fait différente de celle du côlon, les cancers de la jonction rectosigmoïdienne étant cependant inclus dans l'étude.

¹ Au dernier recensement (données au 1^{er} janvier 2009), ces huit régions totalisaient environ 19 300 000 habitants soit 30,9 % de la population de la France métropolitaine.

² Au 1^{er} janvier 2010, ces treize régions totalisaient environ 30 600 000 habitants, soit près d'un Français sur deux (47,4 %).

5. Échantillonnage : la taille minimale de chaque échantillon a été fixée à 300 cas inclus par région et par localisation cancéreuse³. À partir des estimations du nombre de cancers incidents par région, la durée prévisionnelle de recrutement pour atteindre cet effectif a été fixée à 3 mois pour la plupart des régions pour atteindre l'effectif attendu, mais pouvait aller jusqu'à 5 mois pour le cancer du poumon (tableau 1) et jusqu'à 7 mois pour le cancer du colon (tableau 2) dans certaines régions.

Tableau 1. Nombre estimé de cas incidents de cancers du sein et du poumon par région et localisation en 2010

Région	Localisation	Sexe	Incidence estimée 2010 (ensemble de l'année)	Estimation 3 mois 2010	Estimation 4 mois 2010	Estimation 5 mois 2010	Nombre de mois d'inclusion préconisé	Période d'inclusion
ALSACE	POUMON	2 sexes	1 054	263	351	439	4	Février à mai 2010
	SEIN	Femmes	1 323	331	441	551	3	Mars à mai 2010
AUVERGNE	POUMON	2 sexes	808	202	269	337	5	Janvier à mai 2010
	SEIN	Femmes	1 116	279	372	465	4	Février à mai 2010
FRANCHE-COMTE	POUMON	2 sexes	744	186	248	310	5	Janvier à mai 2010
	SEIN	Femmes	923	231	308	384	4	Février à mai 2010
LORRAINE	POUMON	2 sexes	1 797	449	599	749	3	Mars à mai 2010
	SEIN	Femmes	1 921	480	640	801	3	Mars à mai 2010
NORD-PAS-DE-CALAIS	POUMON	2 sexes	2 604	651	868	1 085	3	Mars à mai 2010
	SEIN	Femmes	4 224	1 056	1 408	1 760	3	Mars à mai 2010
PACA	POUMON	2 sexes	3 133	783	1 044	1 306	3	Mars à mai 2010
	SEIN	Femmes	4 108	1 027	1 369	1 712	3	Mars à mai 2010
PICARDIE	POUMON	2 sexes	1 208	302	403	503	3	Mars à mai 2010
	SEIN	Femmes	1 631	408	544	680	3	Mars à mai 2010
POITOU-CHARENTES	POUMON	2 sexes	1 050	263	350	438	4	Février à mai 2010
	SEIN	Femmes	1 521	380	507	634	3	Mars à mai 2010

Tableau 2. Nombre estimé de cas incidents de cancers du côlon et de la prostate par région et localisation en 2011

Région	Localisation	Sexe	Incidence estimée 2011 (ensemble de l'année)	Estimation 3 mois 2011	Estimation 4 mois 2011	Estimation 5 mois 2011	Nombre de mois d'inclusion préconisé	Période d'inclusion
ALSACE	COLON	2 sexes	954	239	318	398	4	Février à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	1 969	492	656	820	3	Mars à mai 2011
AUVERGNE	COLON	2 sexes	815	204	272	340	5	Janvier à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	2 058	515	686	858	3	Mars à mai 2011
FRANCHE-COMTE	COLON	2 sexes	547	137	182	228	7	Nov 2010 à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	1 253	313	418	522	3	Mars à mai 2011
LORRAINE	COLON	2 sexes	1 254	313	418	522	3	Mars à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	2 738	685	913	1 141	3	Mars à mai 2011
MIDI-PYRENEES	COLON	2 sexes	1 435	359	478	598	3	Mars à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	3 215	804	1 072	1 340	3	Mars à mai 2011
HAUTE-NORMANDI	COLON	2 sexes	853	213	284	356	5	Janvier à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	2 207	552	736	920	3	Mars à mai 2011
PAYS DE LA LOIRE	COLON	2 sexes	1 788	447	596	745	3	Mars à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	4 623	1 156	1 541	1 926	3	Mars à mai 2011
PACA	COLON	2 sexes	2 331	583	777	971	3	Mars à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	5 110	1 277	1 703	2 129	3	Mars à mai 2011
PICARDIE	COLON	2 sexes	896	224	299	373	4	Février à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	2 317	579	772	965	3	Mars à mai 2011
POITOU-CHARENTES	COLON	2 sexes	1 059	265	353	441	3	Février à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	2 601	650	867	1 084	3	Mars à mai 2011
RHONE-ALPES	COLON	2 sexes	2 781	695	927	1 159	3	Mars à mai 2011
	PROSTATE	Hommes	6 282	1 570	2 094	2 617	3	Mars à mai 2011

³ **Calcul du nombre de sujets nécessaires :** en faisant l'hypothèse que le délai suit une loi normale et que l'on voudrait tester une différence entre les délais régionaux (test bilatéral +/- 5 jours) avec un niveau de signification égal à 0,05 et une puissance de 0,8, la taille minimum de chaque échantillon régional doit être de 252 individus avec un écart type des délais de 20 jours. On s'attend en effet à une assez grande variabilité individuelle des délais mesurés, d'où le choix d'un écart-type à 20 jours. À partir de cette base, la taille minimum de la population de chaque échantillon régional a été fixée à 300, compte tenu du risque de données manquantes (soit une inflation de 20 % du nombre de sujets nécessaires). Pour les analyses concernant les objectifs secondaires – analyse des délais selon les éléments de contexte de la prise en charge des patients –, celles-ci sont effectuées, le cas échéant sur les données poolées de l'ensemble des régions participantes, permettant de disposer d'un effectif suffisant.

6. Recueil des données : les données ont été recueillies lors de chacune des phases par les attachés de recherche clinique des RRC en s'appuyant sur les centres de coordination en cancérologie (3C), à partir des fiches RCP complétées, si nécessaire par les données figurant dans le dossier médical du patient. Les données ont été saisies dans chaque RRC par un attaché de recherche clinique (ARC), *via* internet sur un serveur sécurisé.

Mesure des délais : le recueil précis des dates (jour, mois, année) était nécessaire pour le calcul des délais. Les délais mesurés dans les différents parcours de soins figurent dans *le tableau 3*. Ils ont été choisis d'une part en raison de la faisabilité de leur recueil, et ont recueilli l'avis favorable du groupe d'experts.

Éléments de contexte de la prise en charge des patients : outre les dates permettant de calculer les délais, trois autres domaines ont fait l'objet d'un recueil d'information : les facteurs sociodémographiques : sexe (pour le cancer du poumon et le cancer du côlon), âge à la première RCP, situation vis-à-vis de l'emploi et groupe socioprofessionnel (actuel ou dernier emploi occupé) ; facteurs médicaux liés à la maladie cancéreuse et au patient : mode détection du cancer et stade (TNM ou pTNM) ; caractéristiques de la structure de première prise en charge thérapeutique des patients : statut et autorisations de l'établissement pour le traitement des cancers⁴.

7. Exploitation et analyse des données : l'exploitation des données a été réalisée lors de chacune des deux phases de l'étude selon un plan d'analyse comprenant la réalisation d'un tri à plat, de tris croisés, et d'une analyse multivariée de type régression multiple par modèle linéaire généralisé. Un coefficient de pondération régional a été appliqué aux résultats observés dans chaque région.

⁴ Le décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer, définit 3 modalités de traitement soumises à autorisation : la chirurgie des cancers, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Tableau 3. Délais de prise en charge mesurés pour les cancers du sein, poumon, côlon et prostate

Cancer du sein	Cancer du poumon
<p>Délai d'accès au diagnostic : date mammographie - date compte rendu anatomopathologique de la biopsie (CRAP) ;</p> <p>Délai d'accès à la chirurgie : date RCP préopératoire ou CRAP - date intervention chirurgicale ;</p> <p>Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire : date intervention chirurgicale - date RCP postopératoire ;</p> <p>Délai d'accès à la radiothérapie postopératoire : date intervention chirurgicale - date première séance de radiothérapie.</p> <p>Délai global : date mammographie- première séance de radiothérapie.</p>	<p>Délai d'accès au diagnostic : date première imagerie suspecte - date compte rendu anatomopathologique de la biopsie (CRAP) ;</p> <p>Délai d'accès à la proposition thérapeutique : date CRAP - date RCP ;</p> <p>Délai d'accès au premier traitement : date RCP - date intervention chirurgicale ou première séance de chimiothérapie ;</p> <p>Délai global : date première imagerie suspecte - date intervention chirurgicale ou première séance de chimiothérapie.</p>
Cancer du côlon	Cancer de la prostate
<p><i>Délai HémoCult®-coloscopie⁵ : date du test de recherche de saignement occulte dans les selles (HémoCult® - date de la coloscopie</i></p> <p>Délai d'accès au diagnostic : coloscopie - compte rendu anatomopathologie (CRAP) de biopsie ;</p> <p>Délai d'accès à la proposition thérapeutique : CRAP de biopsie - RCP préopératoire ;</p> <p>Délai d'accès à la chirurgie : CRAP - intervention chirurgicale en l'absence de RCP préopératoire ;</p> <p>Délai coloscopie-chirurgie</p> <p>Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire. : intervention chirurgicale - RCP postopératoire ;</p> <p>Délai d'accès à la chimiothérapie postopératoire : RCP postopératoire - début chimiothérapie.</p>	<p>Délai d'accès à la proposition thérapeutique : CRAP biopsie - première RCP ;</p> <p>Délai d'accès au traitement : RCP - début du traitement (chirurgie, radiothérapie externe, hormonothérapie, curiethérapie, ultrasons focalisés) ;</p> <p>Délai d'accès à la surveillance active : RCP - début de la surveillance active (consultation où la démarche de surveillance active est expliquée au patient).</p>

⁵ Ce délai est noté en italique car la date du test de recherche de saignement occulte dans les selles (HémoCult®) étant disponible seulement dans 12 % des cas, le délai HémoCult®-coloscopie n'a pu être calculé.

III. RÉSULTATS

1. BILAN DU RECUEIL ET DISPONIBILITÉ DES DATES

1.1. Bilan du recueil (tableau 4)

Cancer du sein : afin d'obtenir l'effectif attendu, la durée de recueil a porté sur une période allant de 3 mois à 6 mois selon la région. Le choix a été fait en début de recueil d'information de ne retenir qu'un dossier sur trois dans les deux régions où le nombre potentiel de cas à inclure (selon l'estimation des cas incidents en 2010, cf. tableau 1) était le plus élevé : Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nord – Pas-de-Calais. Au total, 2 530 dossiers ont pu être inclus pour l'étude, soit entre 287 et 370 dossiers par région.

Cancer du poumon : selon la région, la durée du recueil a porté sur une période allant de 3 mois à 6 mois. Comme pour le cancer du sein, le choix a été fait en début de recueil d'information de ne retenir qu'un dossier sur deux dans la région où le nombre potentiel de cas à inclure (selon l'estimation des cas incidents en 2010, cf. tableau 1) était le plus élevé : Provence-Alpes-Côte d'Azur. Au total, 1 945 dossiers ont pu être inclus dans cette analyse, soit entre 177 et 309 par région.

Cancer du côlon : la durée de recueil a porté sur une période allant de 3 mois à 9 mois selon la région. Le recueil d'information a porté sur l'ensemble des dossiers identifiés, dans toutes les régions sauf une, la Haute-Normandie, où du fait de difficultés d'organisation rendant complexe l'accès aux dossiers, seuls deux tiers des dossiers ont pu faire l'objet du recueil d'information. Au total, 3 248 dossiers ont pu être inclus pour l'étude, soit entre 167 et 610 dossiers par région.

Cancer de la prostate : selon la région, la durée de recueil a porté sur une période allant de 3 à 9 mois. Le choix a été fait en début de recueil de ne retenir qu'un dossier sur deux dans trois régions où le nombre potentiel de dossiers à inclure (selon l'estimation des cas incidents en 2011, cf. tableau 2) était particulièrement important : Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes. Par ailleurs, en Haute-Normandie, du fait de difficultés d'accès aux dossiers, seuls trois quarts des dossiers ont pu faire l'objet du recueil d'information. Pour des questions d'organisation locale, la région Pays de la Loire n'a pas participé au recueil concernant le cancer de la prostate. Au total, 4 207 dossiers ont pu être inclus dans cette analyse des délais de prise en charge des cancers de la prostate. Ce nombre varie entre 154 et 527 selon les régions.

Tableau 4. Bilan du recueil pour chacun des 4 cancers étudiés au cours des deux phases de l'étude

Année du recueil	Cancer	Nombre de régions	Nombre de dossiers inclus	Nombre de mois couverts	Fraction des dossiers étudiés
2011	Sein	8	2 530	3 à 5	1 sauf Nord-Pas-de-Calais (0,5) et PACA (0,35)
	Poumon	8	1 945	3 à 6	1 sauf PACA (0,46)
2012	Côlon	11	3 248	3 à 9	1 sauf Haute-Normandie (0,64)
	Prostate	12	4 207	3 à 9	1 sauf PACA, Rhône-Alpes (0,5), Midi-Pyrénées (0,57), Haute-Normandie (0,75)

1.2. Disponibilité des dates (tableau 5)⁶

Cancer du sein : La disponibilité des dates concernant les RCP et la chirurgie était très bonne, supérieure à 95 %. La date complète de début de la chimiothérapie postopératoire était trouvée un peu moins souvent, mais dans plus de neuf cas sur dix quand celle-ci est décidée. Pour la radiothérapie le taux était à 85 %, niveau quasiment identique à la date du compte rendu d'anatomopathologie. Enfin, c'est pour la mammographie qu'il était le plus difficile d'avoir accès à une date complète : celle-ci n'a été retrouvée que dans les trois quarts des cas.

Cancer du poumon : la disponibilité des dates concernant la RCP était quasi totale. Pour l'imagerie, le compte rendu anatomopathologique et la chimiothérapie, une date complète était retrouvée dans quatre cas sur cinq. Enfin, dans près des deux tiers des cas, la date de la chirurgie était disponible.

Cancer du côlon : la disponibilité des dates concernant les RCP et la chirurgie étaient très bonnes, supérieures à 92 %. La date complète de la coloscopie a été trouvée un peu moins souvent, mais dans plus de huit cas sur dix quand il a été décidé d'en réaliser une. La date de la chimiothérapie postopératoire ou celle du compte rendu d'anatomopathologie de la biopsie a été retrouvée dans sept cas sur dix. La date de la première séance de chimiothérapie quand celle-ci a été pratiquée en préopératoire était retrouvée dans un peu plus de la moitié de cas.

Cancer de la prostate : la disponibilité des dates concernant la RCP était quasi totale. Pour le compte rendu anatomopathologique, une date complète a été retrouvée dans quatre cas sur cinq. Pour la chirurgie, c'était le cas trois fois sur quatre quand celle-ci était prévue. Dans la moitié des cas, la date de début du traitement non chirurgical était disponible et celle du début de la surveillance, active ou simple, une fois sur trois seulement.

⁶ Le tableau 5 présente le taux de complétude des dates calculés sur le nombre total de dossiers diminué du nombre de cas où une décision de ne pas pratiquer l'acte en question était prise.

Tableau 5. Récapitulatif de la disponibilité des dates à recueillir pour la mesure des délais de prise en charge des 4 cancers de l'étude

SEIN	Taux de disponibilité de la date	POUMON	Taux de disponibilité de la date	COLON	Taux de disponibilité de la date	PROSTATE	Taux de disponibilité de la date
Mammographie	75,2 %	Imagerie	83,0 %	Hémocult®	12,0%		
CRAP biopsie	84,2 %	CRAP biopsie	80,9 %	Coloscopie	82,1%		
RCP de première proposition thérapeutique	99,5 %	RCP de première proposition thérapeutique	98,8 %	CRAP biopsie	69,5%	CRAP biopsie	80,6 %
Chirurgie	98,6 %	Chirurgie	65,2 %	RCP de première proposition thérapeutique	92,6%	RCP de première proposition thérapeutique	98,4 %
RCP postopératoire	96,1 %	Chimiothérapie	81,7 %	Chirurgie	95,2%	Chirurgie	75,2 %
Chimiothérapie postopératoire	91,7 %			RCP postopératoire	96,3%	Premier traitement non chirurgical	50,6 %
Radiothérapie postopératoire	85,0 %			Chimiothérapie postopératoire	70,9%	Surveillance simple ou active	31,4 %

2. CANCER DU SEIN

2.1. Description de la population (tableau 6)

La répartition (en valeurs pondérées) des femmes atteintes de cancer du sein incluses dans l'étude selon les différentes caractéristiques étudiées (classe d'âge, catégorie socioprofessionnelle ou CSP, stade au diagnostic, statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique), ainsi que le pourcentage de valeurs manquantes pour les différentes variables sont représentés dans le *tableau 6*.

La moyenne d'âge des femmes sur l'ensemble des huit régions était de 61,3 ans (e.t. = 13,3) et près de deux tiers d'entre elles (61,3 %) étaient âgées de 50 à 74 ans, dans les limites d'âge du dépistage organisé. Un peu plus de la moitié étaient retraitées ou préretraitées et plus du tiers étaient en activité professionnelle avec une majorité d'employées et de professions intermédiaires.

Un peu plus d'un tiers des cancers ont été découverts dans le cadre du dépistage organisé (35,2 % pour l'ensemble et pour près de la moitié des femmes âgées de 50 à 74 ans) et dans une proportion similaire par la présence de signes d'appel (35,4 %), la découverte dans le cadre d'un dépistage individuel concernant un quart des cas observés et la découverte fortuite seulement de 6 % des cas. La majorité des femmes (64,5 %) présentaient des tumeurs de petite taille (*in situ* (Tis) ou T1) et la moitié d'entre elles présentaient un cancer au stade T1N0.

Près de la moitié des femmes ont été accueillies, pour leur première prise en charge thérapeutique dans un établissement privé, moins fréquemment en centre hospitalier, en centre de lutte contre le cancer (CLCC), ou en CHU et les autres établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) hors CLCC). L'établissement de première prise en charge était le plus souvent établissement autorisé à pratiquer pour deux modalités, la chirurgie des cancers du sein et la chimiothérapie.

Tableau 6. Répartition des cas de cancers du sein selon les caractéristiques de la population⁷

Nombre de cas total		2530	
Variable	Valeurs manquantes pour cette variable	Modalités	Pourcentage
Classe d'âge	0,1%	Moins de 40 ans	3,8%
		40 à 49 ans	16,6%
		50 à 59 ans	26,6%
		60 à 69 ans	24,1%
		70 à 79 ans	18,2%
		80 ans et +	10,8%
CSP	57,2%	Agricultrices exploitantes	3,5%
		Artisanes, commerçantes et chefs d'entreprise	6,8%
		Cadres et professions intellectuelles supérieures	11,8%
		Professions intermédiaires	23,0%
		Employées	43,1%
		Ouvrières	6,8%
		Indéterminée	5,0%
Stade au diagnostic	16,6%	T1	55,0%
		T2	27,1%
		T3	5,0%
		T4	3,4%
		Tis	9,5%
	23,4%	N0	74,5%
		N1	18,2%
		N2	4,9%
		N3	2,5%
		48,6%	M0
Selon le statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique	0,2%	M1	5,3%
		Centre hospitalier	23,3%
		CHU	10,8%
		CLCC	15,1%
		ESPIC (Hors CLCC)	4,3%
		Établissement privé	46,6%

⁷ Dans ce tableau, la répartition des cas selon les différentes variables étudiées correspond aux cas pour lesquels l'information était disponible ; les pourcentages sont calculés sur les effectifs pondérés.

2.2. Description des délais et des parcours de prise en charge

Les différents délais étudiés sont présentés dans le tableau 7 (calculés sur l'ensemble des cas), en valeur moyenne, écart type, médiane et interquartile.

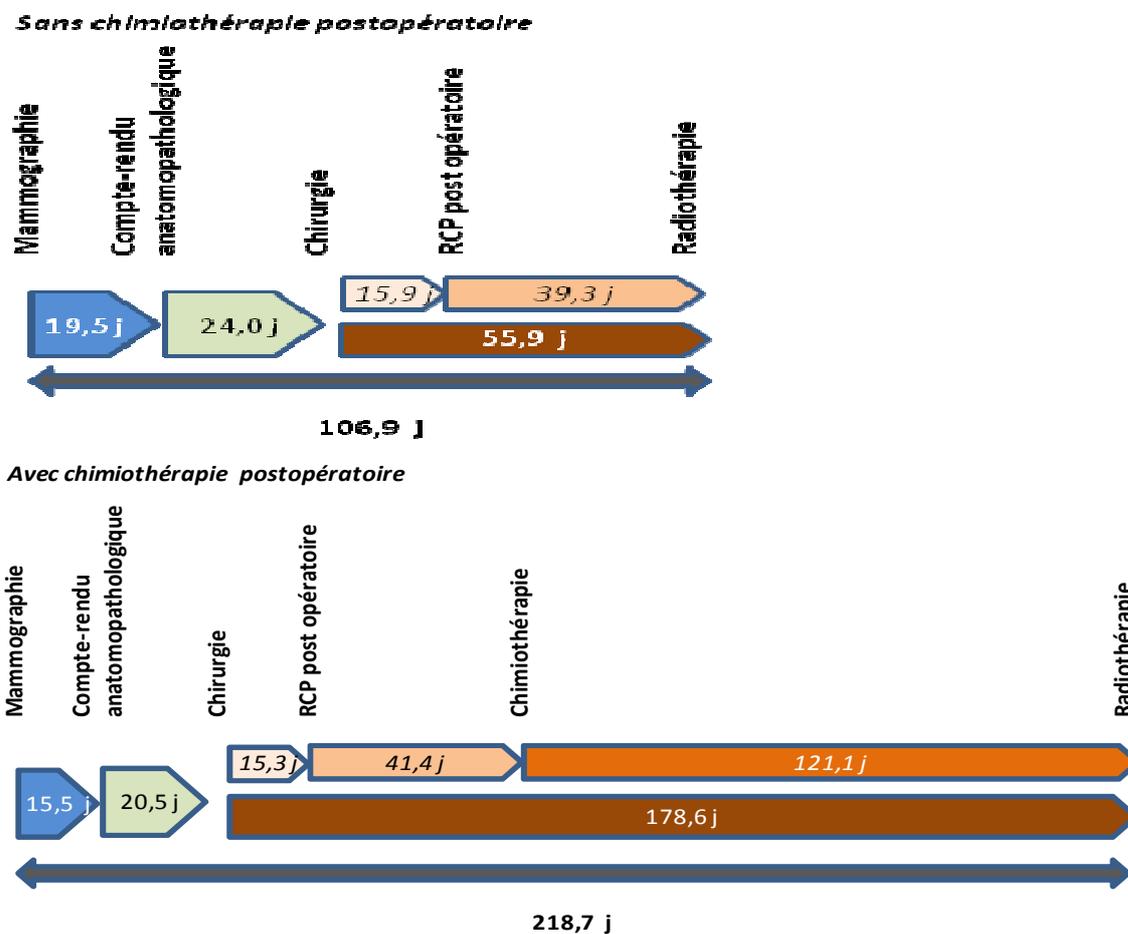
À partir des valeurs moyennes de ces délais, deux parcours ont été individualisés au sein de la prise en charge décrite « chirurgie-radiothérapie », un parcours sans chimiothérapie postopératoire, le plus fréquent (deux tiers des cas), et un second avec chimiothérapie postopératoire (un tiers des cas) (figure 1).

Tableau 7. Délais de prise en charge dans le cancer du sein (en jours)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [interquartile]
Délai d'accès au diagnostic	17,7 (15,9)	13 [5 – 26]
Délai d'accès à la chirurgie	22,9 (13,9)	21 [12 – 32]
Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire	17,8 (15,3)	15 [11 – 21]
Délai d'accès à la radiothérapie	108,9 (67,7)	77 [50 – 174]
• Avec chimiothérapie postopératoire	178,6 (33,1)	179 [165 – 198]
• Sans chimiothérapie postopératoire	55,9 (17,6)	55 [42 – 66]
Délai global mammographie – radiothérapie	153,1 (71,3)	135 [92 – 212]
• Avec chimiothérapie postopératoire	218,7 (40,4)	220 [196 – 243]
• Sans chimiothérapie postopératoire	106,9 (40,9)	98 [80 – 126]

Calculé sur le total des 2 530 femmes incluses

Figure 1. Durée moyenne des parcours de prise en charge du cancer du sein⁸



➤ **Récapitulatif des principaux délais (moyenne et écart type)**

Cancer du sein

Délai d'accès au diagnostic : 17,7 jours (+/- 15,9)

Délai d'accès à la chirurgie : 22,9 jours (+/-13,9)

Délai d'accès à la proposition thérapeutique pos-opératoire : 17,8 jours (+/- 15,3)

Délai d'accès à la radiothérapie : 108,9 jours (+/-67,7)

Durée moyenne des parcours de prise en charge

Parcours sans chimiothérapie postopératoire (2/3 des cas) : 106,9 jours soit environ 3,5 mois

Parcours avec chimiothérapie postopératoire (1/3 des cas) : 218,7 jours soit environ 7 mois

⁸ Dans ces schémas, les délais moyens de chaque étape sont représentés. La durée totale moyenne du parcours de soins n'est pas égale à la somme des durées moyennes de chacune des étapes, celles-ci n'étant pas calculées sur un nombre identique de personnes du fait d'une disponibilité variable des données nécessaires au calcul des délais.

2.3. Facteurs influençant les délais de prise en charge

L'analyse multivariée pratiquée sur les différents délais a porté sur l'ensemble des cas de cancer du sein. L'encadré 1 résume les différents facteurs qui apparaissent comme pouvant entraîner une modification significative de ces différents délais.

Encadré 1. Résumé des facteurs influençant les délais de prise en charge du cancer du sein

Age

L'âge avait un effet sur le **délai d'accès à la chirurgie**, celui-ci s'allongeant avec l'âge.

Mode de découverte du cancer

Effet **sur les premières étapes du parcours de prise en charge** : le délai d'accès au diagnostic ou à la chirurgie était plus long pour les cas de cancers découverts par dépistage spontané ou organisé par rapport à ceux découverts sur signes d'appel.

Taille de la tumeur

Pour l'accès au diagnostic, le délai était plus long pour les tumeurs de taille T1 ou T2 que pour les T3-T4.

Pour l'accès à la chirurgie, le délai était allongé pour les tumeurs *in situ* (Tis) par rapport aux tumeurs de taille T3-T4.

Caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique

Le statut de l'établissement était relié au délai d'accès à la chirurgie et au délai global mammographie-radiothérapie (hors chimiothérapie) : pour le premier, on observait son allongement dans les Centres hospitaliers et les CHU par rapport à ce qui était observé dans les établissements privés. Quant au délai global, il était plus long dans les CLCC et les CHU que dans les ESPIC (hors CLCC), toutes choses égales par ailleurs.

Les modalités d'autorisation : le délai d'accès au diagnostic ou à la proposition thérapeutique postopératoire était plus long dans les établissements autorisés pour la chirurgie et la chimiothérapie par rapport à ceux autorisés également pour la radiothérapie ; le délai d'accès à la chirurgie ou à la radiothérapie postopératoire était allongé dans les établissements autorisés pour les trois modalités thérapeutiques par rapport à ceux autorisés seulement pour la chirurgie et la chimiothérapie.

Région

Pour chacun des délais étudiés, **des différences significatives entre régions** (délais pouvant varier en moyenne du simple au double), étaient notées.

3. CANCER DU POUMON

3.1. Description de la population (tableau 8)

Le détail des caractéristiques de la population de l'étude pour ce cancer (sexe, classe d'âge, catégorie socioprofessionnelle ou CSP, stade au diagnostic, statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique), ainsi que le pourcentage de valeurs manquantes pour les différentes variables, figurent dans le tableau 8.

La population était constituée sur l'ensemble des huit régions et après pondération, pour plus des trois quarts d'hommes (76,3 %) et pour près d'un quart de femmes (23,7 %).

Les patients pris en charge pour un cancer du poumon et inclus dans cette étude avaient en moyenne 65,1 ans (e.t. = 11,5), sans différence significative entre les hommes et les femmes. Près des deux tiers étaient retraités ou préretraités et un peu plus du quart étaient en activité professionnelle. Les actifs étaient majoritairement des ouvriers et des employés.

Dans la très grande majorité des cas – 82,3 % – le cancer du poumon a été découvert en présence de signes d'appel. Il s'agissait dans 85 % des cas d'un carcinome bronchique non à petites cellules. Selon la classification par stades, 79 % des cas avaient un stade III ou IV au diagnostic, et 21 % un stade 0, I ou II. Les stades métastatiques d'emblée représentaient 55 % des cas. Durant la durée de l'étude, 33,5 % des personnes en stade III ou IV sont décédées alors que le taux de décès pour les stades inférieurs 0 à II était de 9,1 %.

Dans près d'un cas sur deux, la première prise en charge thérapeutique a eu lieu dans un centre hospitalier et dans un cas sur cinq en CHU moins fréquemment en ESPIC (hors CLCC), en établissement privé ou en CLCC. Dans la majorité des cas l'établissement de première prise en charge était autorisé pour deux modalités, chirurgie carcinologique pulmonaire et chimiothérapie.

Tableau 8. Répartition des cas de cancers du poumon selon les caractéristiques de la population⁹

Nombre de cas total		1945	
Variable	Valeurs manquantes pour cette variable	Modalités	Pourcentage
Sexe	0%	Homme	76,3%
		Femme	23,7%
Classe d'âge	0,1%	Moins de 45 ans	3,5%
		45 à 54 ans	13,9%
		55 à 64 ans	33,5%
		65 à 74 ans	26,1%
		75 ans et plus	22,9%
CSP	41,7%	Agriculteurs exploitants	3,7%
		Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	6,8%
		Cadres et professions intellectuelles supérieures	8,8%
		Professions intermédiaires	15,6%
		Employés	23,8%
		Ouvriers	38,7%
		Indéterminé	2,6%
Stade au diagnostic	29,0%	0	0,1%
		I	12,7%
		II	8,2%
		III	22,5%
		IV	56,5%
Selon le statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique	0,3%	Centre hospitalier	45,4%
		CHU	20,3%
		CLCC	7,3%
		ESPIC (Hors CLCC)	12,2%
		Établissement privé	14,7%

⁹ Dans ce tableau, la répartition des cas selon les différentes variables étudiées correspond aux cas pour lesquels l'information était disponible ; les pourcentages sont calculés sur les effectifs pondérés.

3.2. Description des délais et des parcours de prise en charge

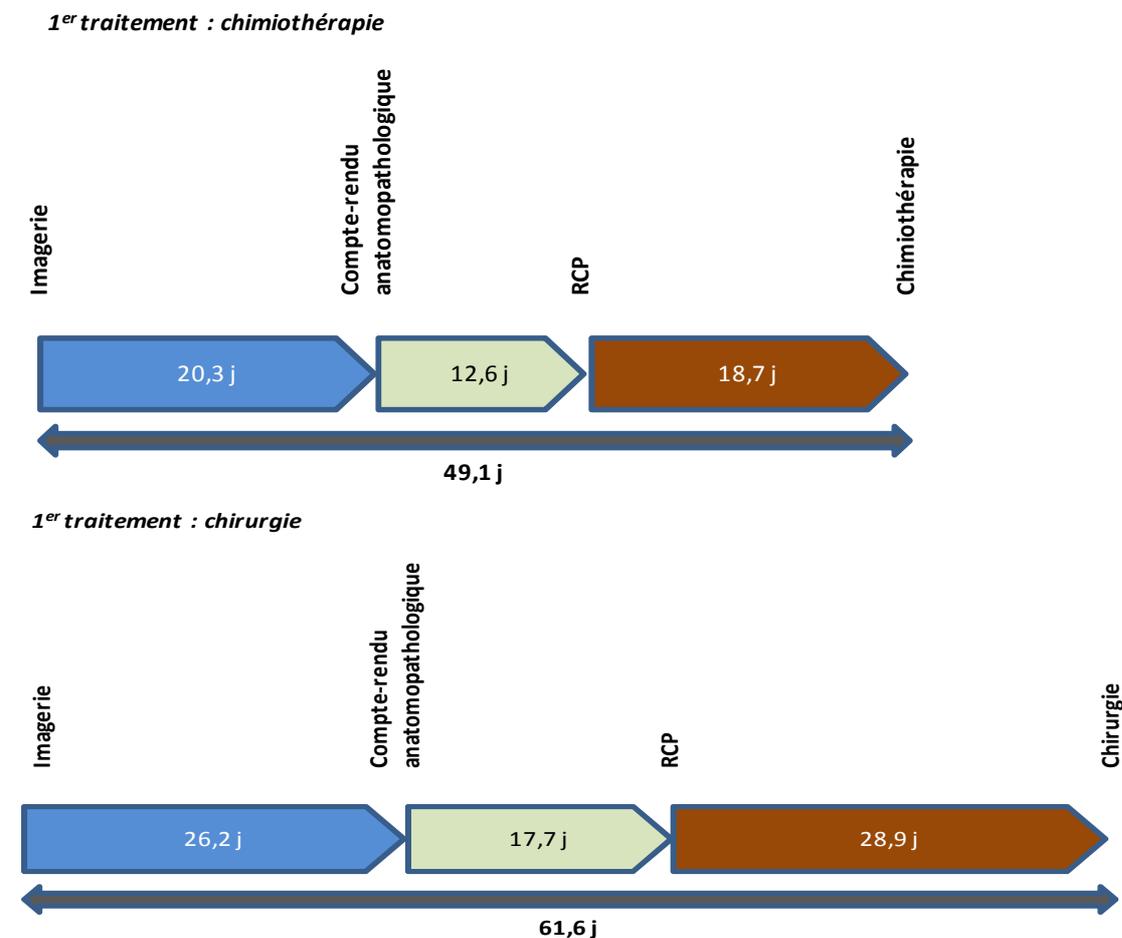
Les différents délais étudiés sont présentés dans le tableau 9, en valeur moyenne, écart type, médiane et interquartile. Deux parcours de prise en charge ont été individualisés selon que le premier traitement était la mise en œuvre d'une chimiothérapie, situation la plus fréquente (70,5 % des cas), ou une intervention chirurgicale (29,5 % des cas) (figure 2).

Tableau 9. Délais de prise en charge dans le cancer du poumon (en jours)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [interquartile]
Délai d'accès au diagnostic	21,5 (17,6)	16 [8 – 32]
Délai d'accès à la proposition thérapeutique	13,5 (10,7)	11 [6 – 20]
Délai d'accès au premier traitement	19,8 (16,4)	15 [7 – 28]
• Chimiothérapie	19,1 (16,0)	14 [7 – 27]
• Intervention chirurgicale	46,0 (35,5)	36 [15 – 69]
Délai global imagerie-1 ^{er} traitement	51,5 (30,6)	45 [29 – 68]

Calculé sur l'ensemble des cas inclus

Figure 2. Délais moyens et parcours de prise en charge du cancer du poumon¹⁰



¹⁰ Cf. note 7

➤ Récapitulatif des principaux délais (moyenne et écart type)

Cancer du poumon

Délai d'accès au diagnostic : 21,5 jours (+/- 17,6)

Délai d'accès à la proposition thérapeutique: 13,5 jours (+/-10,7)

Délai d'accès au premier traitement : 19,8 jours (+/-16,4)

Durée moyenne des parcours de prise en charge

Parcours avec premier traitement par chimiothérapie (70,5 % des cas) : 49,1 jours soit un peu plus d'un mois et demi

Parcours avec premier traitement par chirurgie (29,5 % des cas) : 61,6 jours soit un peu plus de 2 mois

3.3. Facteurs influençant les délais de prise en charge

L'analyse multivariée pratiquée sur les différents délais a porté sur l'ensemble des cas de cancer du poumon. L'encadré 2 résume les différents facteurs qui apparaissent comme pouvant entraîner une modification significative de ces différents délais.

Encadré 2. Résumé des facteurs influençant les délais de prise en charge du cancer du poumon

Sexe

Les femmes avaient tendance à avoir un **délai d'accès à la proposition thérapeutique** plus long que les hommes.

Age

L'âge apparaissait lié au **délai d'accès au premier traitement et au délai global imagerie-premier traitement**, ceux-ci augmentant avec l'âge.

Mode de découverte du cancer

Le **mode de découverte** du cancer avait un effet : en cas de découverte par dépistage spontané, le **délai d'accès au diagnostic et le délai global imagerie-premier traitement** étaient plus longs qu'en cas de découverte fortuite (accès au diagnostic) ou sur signes d'appel (délai global).

Taille de la tumeur

Chacun des délais étudiés était plus long pour les tumeurs de stade 0 à II par rapport aux tumeurs de stade plus avancé (III ou IV)

Caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique

Statut : délai d'accès au diagnostic plus long dans les CLCC par rapport aux centres hospitaliers.

Modalités d'autorisation : délai d'accès à la proposition thérapeutique, plus court dans les établissements autorisés pour les trois modalités thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) par rapport aux autres établissements

Région

Différences significatives de délai de prise en charge entre régions étaient notées dans tous les cas étudiés mais celles-ci étaient plus limitées que celles observées pour le cancer du sein.

4. CANCER DU CÔLON

4.1. Description de la population (tableau 10)

Le détail des caractéristiques de la population de l'étude pour le cancer du côlon (sexe, classe d'âge, catégorie socioprofessionnelle ou CSP, stade au diagnostic, statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique), ainsi que le pourcentage de valeurs manquantes pour les différentes variables, figurent dans le tableau 10.

Sur l'ensemble des personnes incluses dans les onze régions et après pondération, on dénombrait 53,1 % d'hommes et 46,8 % de femmes. La moyenne d'âge était de 71 ans (e.t. = 12,6 ans). Une personne sur deux (49,4 %) avait entre 50 et 74 ans, soit l'âge ciblé par le dépistage organisé du cancer du côlon. La majorité d'entre elles étaient retraitées ou préretraitées (82,5 %). Parmi les personnes en activité professionnelle (12,8 %), on comptait plus de la moitié d'employés et d'ouvriers.

Contrairement au cancer du sein, les cancers découverts dans le cadre d'un dépistage organisé ne représentent qu'une faible proportion (6,1 % pour l'ensemble et pour près de 11 % chez les personnes âgées de 50 à 74 ans), la découverte sur signes d'appel étant le mode principal de détection du cancer du côlon (70,6 % des cas), suivie par la découverte au décours d'une urgence chirurgicale pour occlusion, perforation ou hémorragie (13 %). Un peu plus de la moitié des cas (53,3 %) étaient au stade III ou IV, c'est-à-dire avec envahissement ganglionnaire ou métastatique d'emblée, ces derniers représentant trois cancers sur dix (stade IV : 29,4 %), et 46,7 % des cancers étaient à un stade 0 à II. Il est à noter que les cancers de taille importante T3 ou T4 étaient plus fréquemment découverts en situation d'urgence chirurgicale de même, les tumeurs de petite taille étaient plus fréquemment découvertes dans le cadre du dépistage organisé ou spontané.

Dans près d'un cas sur deux, l'établissement de la première prise en charge thérapeutique était un établissement privé et dans un peu plus d'un cas sur quatre, il s'agissait d'un centre hospitalier. L'établissement de première prise en charge bénéficiait le plus souvent d'une double autorisation (chirurgie digestive et chimiothérapie).

Tableau 10. Répartition des cas de cancers du côlon selon les caractéristiques de la population¹¹

Nombre de cas total		3248	
Variable	Valeurs manquantes pour cette variable	Modalités	Pourcentage
Sexe	0,3%	Homme	53,1%
		Femme	46,8%
Classe d'âge	0,3%	Moins de 40 ans	1,7%
		40 à 49 ans	3,9%
		50 à 59 ans	12,4%
		60 à 69 ans	23,1%
		70 à 79 ans	30,0%
		80 à 89 ans	25,5%
		90 ans et +	3,4%
CSP	75,9%	Agriculteurs exploitants	7,3%
		Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	12,8%
		Cadres et professions intellectuelles supérieures	13,4%
		Professions intermédiaires	9,1%
		Employés	30,7%
		Ouvriers	22,4%
		Indéterminé	4,2%
Stade au diagnostic	45,7%	0	3,5%
		I	12,9%
		II	30,2%
		III	24,0%
		IV	29,4%
Selon le statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique	1,0%	Centre hospitalier	29,0%
		CHU	17,2%
		CLCC	2,8%
		ESPIC (Hors CLCC)	6,6%
		Établissement privé	44,0%

¹¹ Dans ce tableau, la répartition des cas selon les différentes variables étudiées correspond aux cas pour lesquels l'information était disponible ; les pourcentages sont calculés sur les effectifs pondérés.

4.2. Description des délais et des parcours de prise en charge

L'étude a fait apparaître trois « parcours » de prise en charge différents (figure 3) : le premier, le plus fréquent (76,4 %), se caractérisait par un premier traitement chirurgical en dehors d'une situation d'urgence, le deuxième regroupait les personnes pour lesquelles la découverte du cancer s'est faite au décours d'une urgence chirurgicale devant un tableau d'occlusion, de perforation ou d'hémorragie digestive basse (11,8 %), et le troisième regroupait les personnes ayant bénéficié d'un traitement non chirurgical, en pratique de la chimiothérapie (8,7 %)¹². Les délais de prise en charge mesurés pour ces différents parcours sont présentés dans le tableau 11.

Tableau 11. Délais de prise en charge dans le cancer du côlon (en jours)¹³

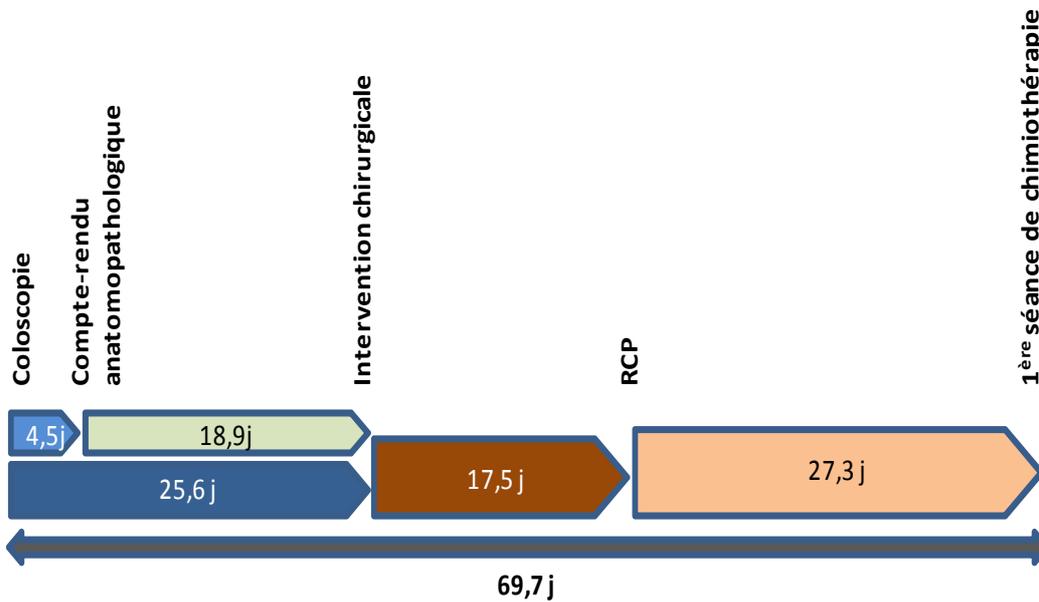
	Caractéristiques des délais positifs ou nuls hors valeurs extrêmes				Taux de délais négatifs
	Nombre	Taux*	Moyenne (écart-type)	Médiane [interquartile]	
Parcours chirurgical non urgent					
Délai d'accès au diagnostic	1 175	47,3 %	4,5 (4,1)	4 [2 – 6]	2,6 %
Délai d'accès à la chirurgie	556	22,4 %	18,9 (14,9)	15 [7 – 27]	5,0 %
Délai coloscopie-chirurgie	1 571	63,3 %	25,6 (17,5)	23 [12 – 36]	2,6 %
Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire	2 132	85,9 %	17,5 (9,6)	15 [11 – 22]	1,1 %
Délai d'accès à la chimiothérapie postopératoire	691	27,8 %	27,3 (14,6)	26 [17 – 36]	6,3 %
Délai global coloscopie – chimiothérapie postopératoire	561	22,6 %	69,7 (25,1)	67 [52 – 83]	--
Parcours chirurgical en urgence					
Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire	323	84,1 %	18,3 (9,8)	16 [12 – 22]	2,3 %
Délai d'accès à la chimiothérapie postopératoire	148	38,5 %	26,0 (14,4)	24 [15 – 35]	5,9 %
Délai global chirurgie – chimiothérapie	152	39,6 %	44,7 (15,4)	43 [35 – 54]	1,9 %
Parcours non chirurgical					
Délai d'accès au diagnostic	190	67,6 %	4,7 (3,6)	4 [2 – 6]	1,7 %
Délai d'accès à la proposition thérapeutique	104	37,0 %	11,9 (10,1)	10 [5 – 15]	9,7 %
Délai d'accès à la chimiothérapie	48	17,1 %	19,0 (12,9)	18 [9 – 26]	14,5 %
Délai global coloscopie – chimiothérapie	93	33,1 %	27,7 (16,9)	26 [13 – 39]	--

¹² Dans 100 cas, soit 3,1 %, il n'a pas été possible de rattacher la personne à l'un de ces parcours du fait d'informations manquantes.

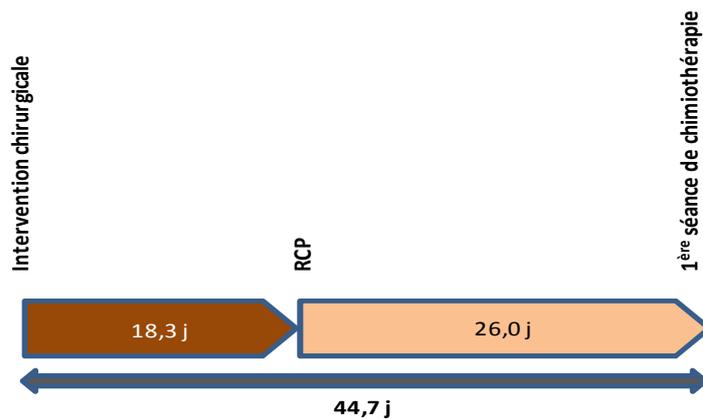
¹³ Le délai Hémocult®-coloscopie n'a pu être calculé, la date du test de recherche de saignement occulte dans les selles (Hémocult®) étant disponible seulement dans 12 % des cas.

Figure 3. Délais moyens et parcours de prise en charge du cancer du côlon¹⁴

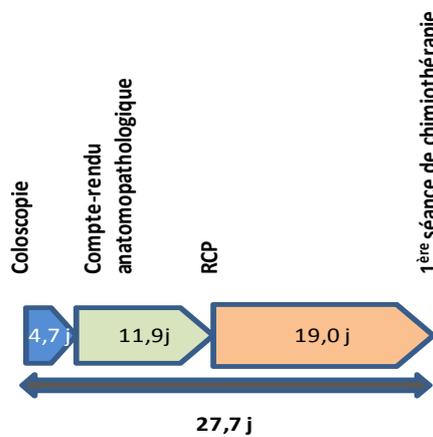
Parcours chirurgical non urgent



Parcours chirurgical urgent



Parcours non chirurgical



¹⁴ Cf. note 7

➤ Récapitulatif des principaux délais (moyenne et écart type)

Cancer du côlon

Délai d'accès au diagnostic : 4,5 jours (+/- 4,1)

Délai d'accès à la chirurgie : 18,9 jours (+/-14,9)

Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire : 17,5 jours (+/-9,6)

Délai d'accès à la chimiothérapie postopératoire : 27,3 jours (+/-14,6)

Durée moyenne des parcours de prise en charge

Parcours chirurgical non urgent (76,4 % des cas) : 69,7 jours soit un peu plus de 2 mois

Parcours avec chirurgical en urgence (11,8 % des cas) : 44,7 jours soit environ 1 mois et demi

Parcours non chirurgical (8,7 %) : 27,7 jours soit un peu moins d'un mois

4.3. Facteurs influençant les délais de prise en charge

Du fait du nombre limité de patients pour lesquels les informations étaient disponibles, l'analyse des facteurs influençant les délais n'a porté que sur les cas de parcours chirurgical non urgent. L'encadré 3 résume les différents facteurs qui apparaissent comme pouvant entraîner une modification significative de ces différents délais.

Encadré 3. Facteurs influençant les délais de prise en charge des cancers du côlon

Sexe

Pas d'effet sur les délais de prise en charge ;

Age

Le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire augmentait avec l'âge, toutes choses égales par ailleurs ;

Mode de découverte du cancer

Délai entre la coloscopie et la chirurgie plus long si le cancer était découvert dans le cadre du dépistage organisé par rapport à ceux découverts sur signes d'appel ;

Taille de la tumeur

Délai entre la coloscopie et la chirurgie et celui d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire plus longs lorsque les tumeurs étaient de taille réduite (Tis ou T1, voire T2) ;

Caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique

Statut : délai entre la coloscopie et la chirurgie allongé dans les centres hospitaliers, les ESPIC ou en CHU par rapport aux établissements privés. Par contre, le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire était plus long quand l'établissement de première prise en charge était privé par rapport aux CHU.

Modalités d'autorisation : délai coloscopie-chirurgie : dans les établissements autorisés pour les trois types de traitement (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) ce délai avait tendance à être allongé

Région

Pour chacun des délais étudiés, des différences significatives entre régions étaient notées (pouvant atteindre un facteur 1,5 à 2).

5. CANCER DE LA PROSTATE

5.1. Description de la population (tableau 12)

Le détail des caractéristiques des hommes atteints de cancer de la prostate inclus dans l'étude (classe d'âge, catégorie socioprofessionnelle ou CSP, stade au diagnostic, statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique), ainsi que le pourcentage de valeurs manquantes pour les différentes variables, figurent dans le tableau 12. Sur l'ensemble des 12 régions participant à l'étude et après pondération, la moyenne d'âge était de 68,0 ans (e.t. = 8,8).

Dans la grande majorité des cas (85,3 %), les personnes étaient des retraités ou des préretraités. Les actifs (13,4 %) étaient pour près de la moitié des ouvriers et des employés.

Dans la majorité des cas – près de deux fois sur trois – le cancer de la prostate a été découvert en dans le cadre d'un dépistage individuel, et dans un tiers des cas par la présence de signes d'appel. La classification des cancers au diagnostic a été décrite selon le stade TNM, selon le score histopronostique de Gleason¹⁵ (appréciant l'agressivité de la tumeur sur le plan histologique) et pour les formes localisées de cancer, en fonction de leur risque évolutif à l'aide de la classification de D'Amico¹⁶. Les tumeurs ont été majoritairement diagnostiquées au stade T2 (53 %) ou T1 (24,4 %), et le plus souvent sans envahissement ganglionnaire et en l'absence de métastases (94 % dans les deux situations). Les tumeurs de stade T3 concernaient 20,9 % des cas. Par rapport à la situation observée par les registres des tumeurs, notre population semble constituée de personnes ayant des tumeurs de taille plus importante, mais avec moins d'envahissement ganglionnaire et moins de métastases. Ainsi, à titre d'exemple, en 2005-2006, dans l'Hérault, le registre recensait 50,0 % de tumeurs de taille T1, 32,1 % de T2 et 7,2 % de T3. Dans 16,1 % des cas, un envahissement ganglionnaire était noté et dans 8,9 % des métastases. Quant au score de Gleason (disponible dans 95,9 % des cas), il était supérieur à 6 dans près de 60 % des cas. Le score de D'Amico, disponible dans 9 cas sur 10, était élevé dans 54,5 % des cas (tableau 13).

La première prise en charge thérapeutique avait lieu principalement dans un établissement privé et moins fréquemment en centre hospitalier ou en CHU. Dans plus d'un tiers des cas, l'établissement de première prise en charge était autorisé pour deux modalités de traitement du cancer, la chirurgie carcinologique urologique et la chimiothérapie et dans presque autant de cas pour la chirurgie carcinologique urologique uniquement.

¹⁵ Le score de Gleason mesure l'agressivité des cellules cancéreuses. Ce score est la somme des deux grades histologiques le plus fréquemment représentés dans la tumeur analysée. Il varie de 2 à 10. Le score de 2 correspond à une tumeur très proche d'un tissu bénin. Plus le score est élevé, plus la tumeur est agressive.

¹⁶ D'Amico A.V. Combined modality staging for clinically localized adenocarcinoma of the prostate as the basis for patient selection for randomised trials of neoadjuvant chemotherapy. *Urologic Oncology*, 2001 ; 6 : 171-172.

Tableau 12. Répartition des cas de cancers de la prostate selon les caractéristiques de la population¹⁷

Nombre de cas total		4207	
Variable	Valeurs manquantes pour cette variable	Modalités	Pourcentage
Classe d'âge	0,5%	Moins de 55 ans	5,7%
		55 à 64 ans	31,8%
		65 à 74 ans	38,7%
		75 à 84 ans	20,3%
		85 ans et +	3,4%
CSP	75,1%	Agriculteurs exploitants	8,3%
		Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	13,4%
		Cadres et professions intellectuelles supérieures	16,3%
		Professions intermédiaires	13,8%
		Employés	22,8%
		Ouvriers	24,2%
		Indéterminé	1,1%
Stade au diagnostic	22,0%	T1	24,4%
		T2	53,2%
		T3	20,9%
		T4	1,4%
	58,1%	N0	93,6%
		N1	6,4%
		57,0%	M0
M1	6,5%		
Selon le statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique	0,3%	Centre hospitalier	22,0%
		CHU	13,5%
		CLCC	1,4%
		ESPIC (Hors CLCC)	7,2%
		Établissement privé	55,8%

¹⁷ Dans ce tableau, la répartition des cas selon les différentes variables étudiées correspond aux cas pour lesquels l'information était disponible ; les pourcentages sont calculés sur les effectifs pondérés.

Tableau 13. Répartition des cas de cancers de la prostate selon le score de D'Amico (effectifs pondérés)

Score de D'Amico	n	%
Faible	590	18,4
Modéré	873	27,1
Élevé	1 753	54,5
Total	3 216	100

5.2. Description des délais et des parcours de prise en charge

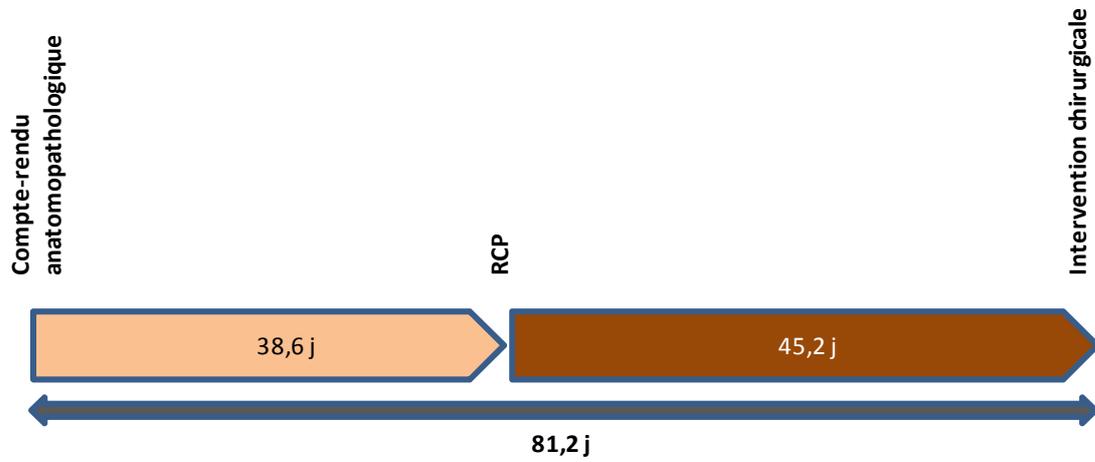
L'analyse des données a fait ressortir trois parcours de prise en charge différents : le parcours chirurgical représentait près d'un cas sur deux (48,7 %), le parcours avec traitement non chirurgical (hormonothérapie, ultrasons focalisés, radiothérapie externe, curiethérapie) concernait 27,7 % des cas, enfin, le troisième la prise en charge n'intégrait ni traitement chirurgical, ni traitement non chirurgical et reposait sur une surveillance (23,7 %). Les délais de prise en charge mesurés pour ces différents parcours sont présentés dans le tableau 14 et les trois différents parcours individualisés à partir des délais moyens sont représentés dans la figure 4.

Tableau 14. Délais de prise en charge dans le cancer de la prostate (en jours)

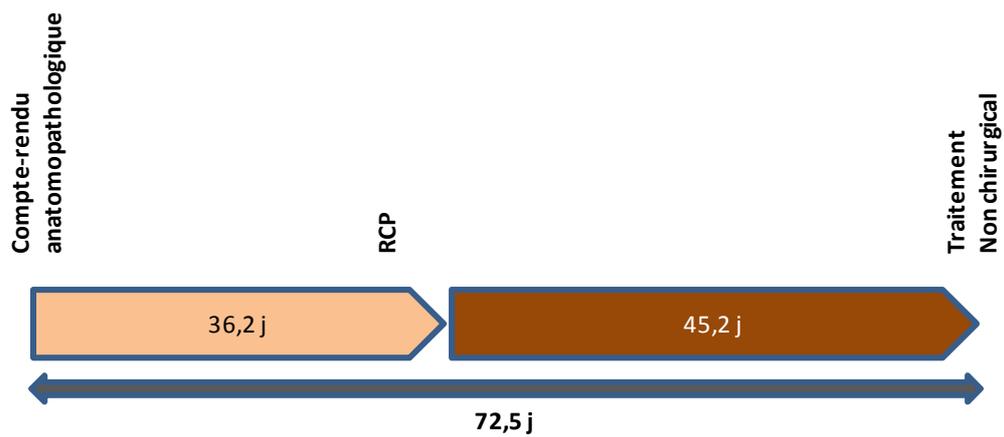
	Caractéristiques des délais positifs ou nuls hors valeurs extrêmes				Taux de délais négatifs
	Nombre	Taux*	Moyenne (écart-type)	Médiane [interquartile]	
Délai d'accès à la proposition thérapeutique (CRAP-RCP)	3 050	72,5 %	36,5 (26,5)	29 [14 – 53]	3,1 %
Parcours chirurgical					
Délai d'accès à la chirurgie	1 353	66,2 %	45,2 (30,1)	39 [23 – 61]	25,2 %
Délai global compte rendu anatomopathologique - chirurgie	1 350	66,0 %	81,2 (37,2)	77 [56 – 103]	9,4 %
Parcours non chirurgical					
Délai d'accès au traitement non chirurgical	709	61,0 %	45,2 (38,0)	35 [14 – 70]	--
Délai global compte rendu anatomopathologique – traitement non chirurgical	808	69,5 %	72,5 (49,2)	64 [33 – 102]	--
Parcours surveillance					
Délai d'accès à la surveillance	135	13,6 %	20,8 (26,8)	8 [1 – 29]	--
Délai global compte rendu anatomopathologique – surveillance	167	37,7 %	40,1 (30,3)	32 [16 – 56]	--

Figure 4. Délais moyens et parcours de prise en charge du cancer de la prostate¹⁸

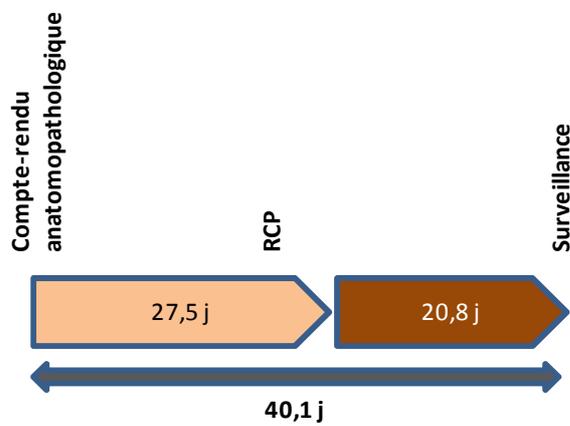
Parcours chirurgical



Parcours non chirurgical



Parcours surveillance



¹⁸ Cf. note 7

Cancer de la prostate

Délai d'accès à la proposition thérapeutique : 36,5 jours (+/- 26,5)

Délai d'accès à la chirurgie : 45,2 jours (+/-30,1)

Délai d'accès au traitement non chirurgical : 45,2 jours (+/-38)

Délai d'accès à la surveillance : 20,8 jours (+/-26,8)

Durée moyenne des parcours de prise en charge

Parcours chirurgical (48,7 % des cas) : 81,2 jours soit un peu moins de 3 mois

Parcours avec traitement non chirurgical (27,7 % des cas) : 72,5 jours soit près de 2 mois et demi

Parcours avec surveillance (23,7 %) : 40,1 jours soit près d'un mois et demi

5.3. Facteurs influençant les délais de prise en charge

L'analyse des facteurs influençant les délais a pu être effectuée sur les cas de parcours chirurgical et parcours avec traitement non chirurgical uniquement, compte tenu du nombre insuffisant de délais disponibles dans le parcours surveillance. L'encadré 4 résume les différents facteurs qui apparaissent comme pouvant entraîner une modification significative de ces différents délais.

Encadré 4. Facteurs influençant les délais de prise en charge des cancers de la prostate

Age

L'âge influait uniquement sur le parcours du **traitement non chirurgical**, les délais de celui-ci diminuant avec l'âge ;

Mode de découverte du cancer

Lorsque le cancer était **découvert au cours d'un dépistage**, le délai global du parcours chirurgical (CRAP- **chirurgie**) et le délai d'accès au **traitement non chirurgical** étaient allongés.

Taille de la tumeur

Pour les tumeurs de petite **taille** (T1 ou T2), les délais du **parcours non chirurgical** étaient allongés.

Caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique

Statut : délai d'accès à la chirurgie allongé en CH et CHU par rapport aux établissements privés.

Modalités d'autorisations influaient sur le délai d'accès à la proposition thérapeutique et sur le délai d'accès à la chirurgie.

Région

Enfin, pour chacun des délais, **des différences significatives entre régions**, étaient notées parfois importantes (pouvant atteindre en moyenne un facteur 1,5 à 1,7 et pouvant atteindre un facteur 4 pour le délai d'accès au traitement non chirurgical).

IV. DISCUSSION

1. APPORTS ET LIMITES DE LA MÉTHODE

L'étude visait à faire dans plusieurs régions un état des lieux des délais de prise en charge les plus traceurs du parcours de soins des patients atteints des quatre cancers les plus fréquents, et à permettre une analyse des délais mesurés en fonction des éléments de contexte de la prise en charge des patients. Au final, l'analyse a porté sur près de 12 000 cas de cancers, pour les 4 localisations, répartis entre l'ensemble des régions participantes.

Le recueil

Les informations n'étaient pas toujours disponibles dans les fiches de RCP et le retour aux dossiers a dû être souvent nécessaire. Même dans ce cas, il n'a pas toujours été possible de trouver l'ensemble des données recherchées. Ceci a particulièrement été observé pour les événements se situant en amont de la prise en charge hospitalière, comme la date du test de recherche de sang dans les selles. Les ARC chargés du recueil ont rencontré des difficultés pour accéder aux données en raison de problèmes d'acceptabilité de l'étude de la part des 3C ou des établissements de santé eux-mêmes, et ce, de façon plus marquée lors de la seconde phase de l'étude. L'absence de phase test préalable, contrairement à ce qui avait été fait dans la première étude a pu empêcher la détection et l'anticipation de certaines difficultés de recueil. Au total, le bilan fait apparaître une grande hétérogénéité des pratiques dans le recueil et dans la mise en commun des informations tant dans les fiches RCP que dans le dossier médical des patients, rendant la méthode de recueil utilisée dans l'étude difficilement transposable en routine.

Les caractéristiques de la population et les éléments de contexte de la prise en charge

Concernant la disponibilité des données de caractérisation de la population et de contexte de la prise en charge, les indicateurs décrivant la situation des individus vis-à-vis de l'emploi ou leur situation sociale et professionnelle, qui sont reconnues comme étant des déterminants majeurs de l'accès à la santé et aux soins, étaient trop souvent absents des fiches RCP ou des dossiers administratifs et/ou médicaux. Pour les mêmes raisons d'indisponibilité, mise en évidence lors de la phase test, des informations sur les variables portant sur le mode de logement, le type de ménage ou de l'affiliation à la CMU complémentaire, seuls l'âge et le sexe ont pu être intégrés aux analyses multivariées. Pour les cancers du sein, poumon et côlon, les caractéristiques de la population enquêtée, que ce soit en termes sociodémographique [11], de mode de découverte du cancer, de caractéristiques de la tumeur (localisation, taille, stade) [12] ou de l'établissement de santé étaient conformes à ce qui était attendu pour leur prise en charge. Par contre, pour le cancer de la prostate, la population semblait constituée de personnes ayant des tumeurs de taille plus importante, mais avec moins d'envahissement ganglionnaire et moins de métastases, par rapport à la situation observée par les registres des tumeurs [13], ce qui pose des questions sur l'exhaustivité des passages en RCP pour cette localisation.

La disponibilité des dates

Les dates recherchées pour caractériser les parcours de prise en charge étaient globalement disponibles, une date complète comportant le jour, le mois et l'année étant majoritairement retrouvée dans plus de sept cas sur dix. Il faut cependant noter que quelques dates étaient plus difficilement trouvées alors qu'on a la notion que l'acte diagnostique ou thérapeutique a été pratiqué : il s'agit en particulier d'événements se situant en amont de la prise en charge hospitalière, comme la date du test de recherche de sang dans les selles qui n'était disponible que dans un cas sur dix, ce qui peut traduire une rupture dans la circulation de l'information entre secteur libéral et hospitalier.

Synthèse des éléments de discussion sur les apports et limites de la méthode

Il est possible de recueillir les informations nécessaires sur les temps clés de la prise en charge des quatre cancers étudiés. La méthodologie mise en œuvre apparaît pertinente pour mesurer ces délais dans le cadre d'une étude, mais pas pour un suivi en routine, du fait de l'hétérogénéité des pratiques de recueil, de l'importance du temps nécessaire à ce recueil et de la dispersion des informations.

Les caractéristiques de la population enquêtée sont conformes à ce qui est attendu pour la prise en charge des cancers du sein, du poumon et du côlon et différent pour le cancer de la prostate, avec des tumeurs de taille plus importante mais avec moins d'envahissement ganglionnaire.

Les dates recherchées pour caractériser les parcours de prise en charge étaient globalement disponibles. Il faut cependant noter que quelques dates étaient plus difficilement trouvées en particulier pour des événements se situant en amont de la prise en charge hospitalière, comme la date du test de recherche de sang dans les selles ce qui peut traduire une rupture dans la circulation de l'information entre secteur libéral et hospitalier.

2. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Les fourchettes de valeur dans lesquelles se situent les délais mesurés

Pour chacun des quatre cancers étudiés, les délais obtenus présentaient une variabilité relativement importante, avec des écarts-types élevés. On note cependant que dans les parcours « types » et en dehors de l'urgence, on retrouve des durées moyennes comparables pour certains délais : autour de 3 semaines pour le délai d'accès au diagnostic des cancers du sein (17,7 jours +/-15,9) et du poumon (22,5 jours +/-17,6), autour de 3 semaines également pour le délai d'accès à l'intervention chirurgicale dans les cancers du sein (22,9 jours +/-13,9) et les cancers du côlon (18,9 jours +/-14,9). Pour d'autres délais, comme par exemple le délai d'accès à la proposition thérapeutique préopératoire et d'accès au traitement postchirurgical, les durées moyennes différaient fortement d'un cancer à l'autre.

Impact de l'allongement des délais sur la qualité de la prise en charge

Cette importante variabilité des délais est à mettre en relation avec le caractère acceptable ou non des délais évalués : des différences de quelques jours peuvent être acceptables sur le plan de la prise en charge thérapeutique. La durée totale des parcours types mesurés est apparue d'ailleurs satisfaisante selon les experts et conforme à l'état de l'art et à leur pratique quotidienne. De plus, selon ces experts, une prise en charge de qualité ne veut pas automatiquement dire un délai court. C'est le cas particulièrement du cancer du poumon où un allongement des délais permet de corriger une trop grande dégradation de l'état général avant la mise en œuvre de traitements lourds, ou encore du cancer de la prostate, pour lequel un allongement des délais peut témoigner d'une prise en charge de meilleure qualité avec un temps suffisant pour pratiquer le bilan nécessaire à une bonne évaluation de la situation et à une bonne préparation du patient à des gestes thérapeutiques qui peuvent être lourds.

Impact de l'allongement des délais sur la survie

Ces éléments sont à prendre en compte dans le déroulement de la prise en charge d'un patient, d'autant plus que dans la plupart des cas, l'allongement des délais semble avoir un faible impact sur le pronostic. En effet, l'analyse de la littérature a montré des effets limités de l'allongement des délais de prise en charge sur le pronostic des cancers du sein [14], du poumon [15], cet impact étant mis en évidence uniquement dans les formes localisées de ces cancers. Concernant le cancer du côlon, l'allongement du délai entre chirurgie et chimiothérapie postopératoire (délai qui n'a pas été analysé dans notre étude) semble être associé à une diminution de la survie [16, 17, 18]. Enfin, pour le cancer de la prostate, les résultats d'une méta-analyse sont en faveur d'une survie améliorée en cas de raccourcissement du délai de traitement dans les tumeurs sans métastases [19].

Synthèse des éléments de discussion sur les résultats

Les délais observés pour les quatre localisations présentent une variabilité relativement importante.

Les différences observées sont cependant à mettre en relation avec :

- le caractère acceptable sur le plan de la prise en charge des délais observés, d'autant que selon les experts, une prise en charge de qualité ne veut pas automatiquement dire un délai court, notamment dans les cas où l'état général du patient ou la situation clinique nécessitent de prolonger les délais avant la mise en œuvre de traitements lourds, comme c'est le cas pour le cancer du poumon (préparation du patient) ou de la prostate (bilan préthérapeutique) ;
- les effets limités de l'allongement des délais de prise en charge sur le pronostic des cancers étudiés, mis en évidence principalement dans les formes localisées.

3. FINALITÉ DE L'ÉTUDE

Réaliser un état des lieux des délais caractérisant le parcours de soins en cancérologie

Les délais mesurés ont été choisis à partir d'une revue de la littérature internationale et après avis d'experts. Pour les parcours « types » et en dehors des situations urgentes ou particulières, cinq grands types de délais caractérisant le parcours de prise en charge ont pu être mesurés (cf. définitions dans le tableau 3) :

- le délai d'accès au diagnostic ;
- le délai d'accès à la proposition thérapeutique préopératoire (ou avant traitement) ;
- le délai d'accès à l'intervention chirurgicale ;
- le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire ;
- le délai d'accès au traitement postchirurgical (radiothérapie ou chimiothérapie le plus souvent).

Chacun de ces délais permet de décrire une étape particulière du parcours de prise en charge. Par contre, ils ne permettent pas d'approcher la durée réelle du parcours de prise en charge et notamment les phases extrahospitalières du parcours de soins.

Analyser les délais en fonction des éléments de contexte de la prise en charge et selon la région

L'effet de divers facteurs influençant les délais a pu être montré, qu'ils soient intrinsèques à la personne (sexe et âge), liés à la maladie elle-même (stade), à son mode de découverte ou à la filière de prise en charge (caractéristiques de l'établissement au moment de la première RCP). Mais, une fois pris en compte ces éléments, les analyses menées confirment la persistance de variations importantes entre régions. La méthodologie mise en œuvre a permis de constater les écarts observés selon le statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique ou de la région, mais ne permet pas de les expliquer. Ces résultats suggèrent que des facteurs organisationnels au sens large (démographie médicale, répartition territoriale de l'offre de prise en charge, coopération entre les établissements...) peuvent être la source majeure de cette hétérogénéité, sans que l'étude ne permette en l'absence d'indicateur spécifique les décrivant, d'objectiver le rôle de tel ou tel de ces facteurs. De même, les indicateurs de contexte individuel n'étaient pas assez disponibles (précarité) ou performants (situation vis-à-vis de l'emploi et CSP) pour discriminer le rôle des facteurs sociodémographiques au sein des régions. Une réflexion plus fine sur chacun de ces délais dans chaque région pourrait sans doute permettre d'évaluer l'impact des organisations locales de la filière de prise en charge et ouvrir des pistes de travail.

Comparer les résultats avec ceux de la littérature internationale

Les délais mesurés dans la prise en charge des cancers du sein [20, 21, 22, 23, 24, 25] et du poumon étaient proches de ce qui est retrouvé dans la littérature [26, 27, 28]. En revanche pour le cancer du côlon, les délais observés avaient tendance à être plus courts [29, 30, 31] et pour le cancer de la prostate, à être allongés [32, 33, 34, 35, 36]. Les délais sélectionnés dans notre étude étaient essentiellement hospitaliers, et ne permettent pas de comparer les étapes ambulatoires du parcours,

comme ceux décrits dans les recommandations anglo-saxonnes dont certains tels que le délai d'adressage par le généraliste au spécialiste hospitalier [6].

Les différents parcours de prise en charge individualisés dans notre étude ont montré que les délais étaient différents, selon l'urgence de la situation médicale (cancer du côlon) et/ou la taille de la tumeur (cancer du poumon, cancer de la prostate). Ces résultats pourraient suggérer une prise en compte de la situation clinique et du degré d'urgence pour l'élaboration de recommandations nationales et sont à rapprocher de la stratégie de contrôle des délais mise en place dans la province d'Ontario au Canada d'accès dans son Plan cancer 2008-2011, distinguant par exemple pour l'accès à la chirurgie, un délai cible pour la majorité des cas des cancers invasifs (28 jours), et des délais correspondant à des situations d'urgence vitale (immédiat) ou à l'inverse pour des cancers d'évolution lente (84 jours) [37].

Évaluer l'intérêt de la mesure des délais en routine ainsi que la méthode la plus appropriée pour mesurer ces délais

Les résultats obtenus permettent en effet de constater que les délais de prise en charge peuvent présenter d'importantes variations pouvant traduire des inégalités de prise en charge et donc potentiellement des inégalités de santé. La mesure des délais trouve ainsi son intérêt comme élément permettant de caractériser ces inégalités et d'identifier des pistes d'action pour améliorer les prises en charge. La méthodologie mise en œuvre apparaît pertinente pour mesurer ces délais dans le cadre d'une étude, mais il n'est pas possible de la mettre en œuvre en routine dans le contexte actuel de recueil d'informations pertinentes. Il est donc nécessaire de réfléchir à un système permettant de recueillir en routine et de façon précise les dates des événements clés du parcours de soins si l'on veut pouvoir évaluer de façon récurrente l'évolution de ces marqueurs de l'accès aux soins.

Synthèse des éléments de discussion sur la finalité de l'étude

Cinq grands types de délais caractérisant le parcours de prise en charge ont pu être mesurés :

- le délai d'accès au diagnostic
- le délai d'accès à la proposition thérapeutique préopératoire (ou avant traitement)
- le délai d'accès à l'intervention chirurgicale
- le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire
- le délai d'accès au traitement postchirurgical (radiothérapie ou chimiothérapie le plus souvent)

L'effet de divers facteurs influençant les délais a pu être montré, qu'ils soient intrinsèques à la personne liés à la maladie elle-même, à son mode de découverte ou à la filière de prise en charge. Mais, une fois pris en compte ces éléments, les analyses menées confirment la persistance de variations importantes entre régions. Ces résultats suggèrent que des facteurs organisationnels ou de contexte individuel peuvent être la source majeure de cette hétérogénéité. Les délais de prise en charge des cancers peuvent donc constituer de bons marqueurs de l'accès aux soins et de mesure des inégalités de prises en charge.

La méthodologie mise en œuvre apparaît pertinente dans le cadre d'une étude, mais il n'est pas possible de la mettre en œuvre en routine en raison de la lourdeur du recueil. Il est donc nécessaire de réfléchir à un système de mesure en routine délais.

Enfin, les délais mesurés dans la prise en charge des cancers du sein et du poumon étaient proches de ce qui est retrouvé dans la littérature. En revanche, pour le cancer du côlon, les délais observés avaient tendance à être plus courts et pour le cancer de la prostate, à être allongés.

V. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Au total, les résultats de cette étude suggèrent que les délais de prise en charge des cancers peuvent constituer de bons marqueurs de l'accès aux soins et de mesure des inégalités de prises en charge. Leur mesure pourrait permettre de mettre en évidence des problématiques locales liées à des facteurs populationnels et/ou d'organisation de la filière de prise en charge des patients atteints de cancer, et d'identifier des pistes d'actions pour améliorer la qualité des prises en charge.

Ces résultats sont à rapprocher d'autres travaux réalisés à l'INCa sur la thématique des délais de prise en charge, mais réalisés à partir d'autres sources, notamment les registres de cancers [38] ou portant sur d'autres types de délais comme par exemple les délais d'accès à l'IRM [39]. La mise en commun de ces différentes approches dans un rapport de synthèse global permettra de proposer un Plan d'actions sur la mesure des délais de prise en charge des cancers.

Les propositions suivantes pourront être intégrées au Plan d'actions :

- Diffusion des différents résultats aux offreurs de soins en région *via* les ARS, constituant ainsi un point de départ (T0) au regard duquel les équipes et les établissements de santé, pourront se situer et apprécier leurs marges d'amélioration.
- Définition d'une stratégie nationale d'évaluation de l'accès aux soins par la mesure des délais, avec l'appui d'un groupe d'experts, et de relais professionnels (sociétés savantes, ordres, fédérations...) proposant :

des délais à mesurer pour caractériser le parcours de soins et incluant les phases ambulatoires
des valeurs de référence de ces délais prenant en compte le type et le stade de cancer
un calendrier pluriannuel pour l'atteinte des différentes cibles, à l'instar de la stratégie proposée par le NHS [ref The NHS Cancer Plan and the new NHS]

- Mise à disposition des régions (ARS et établissements de santé), d'outils de mesure des délais en routine :

tableau de bord incluant les délais à mesurer et des indicateurs de contexte de la prise en charge (organisationnels et populationnels)

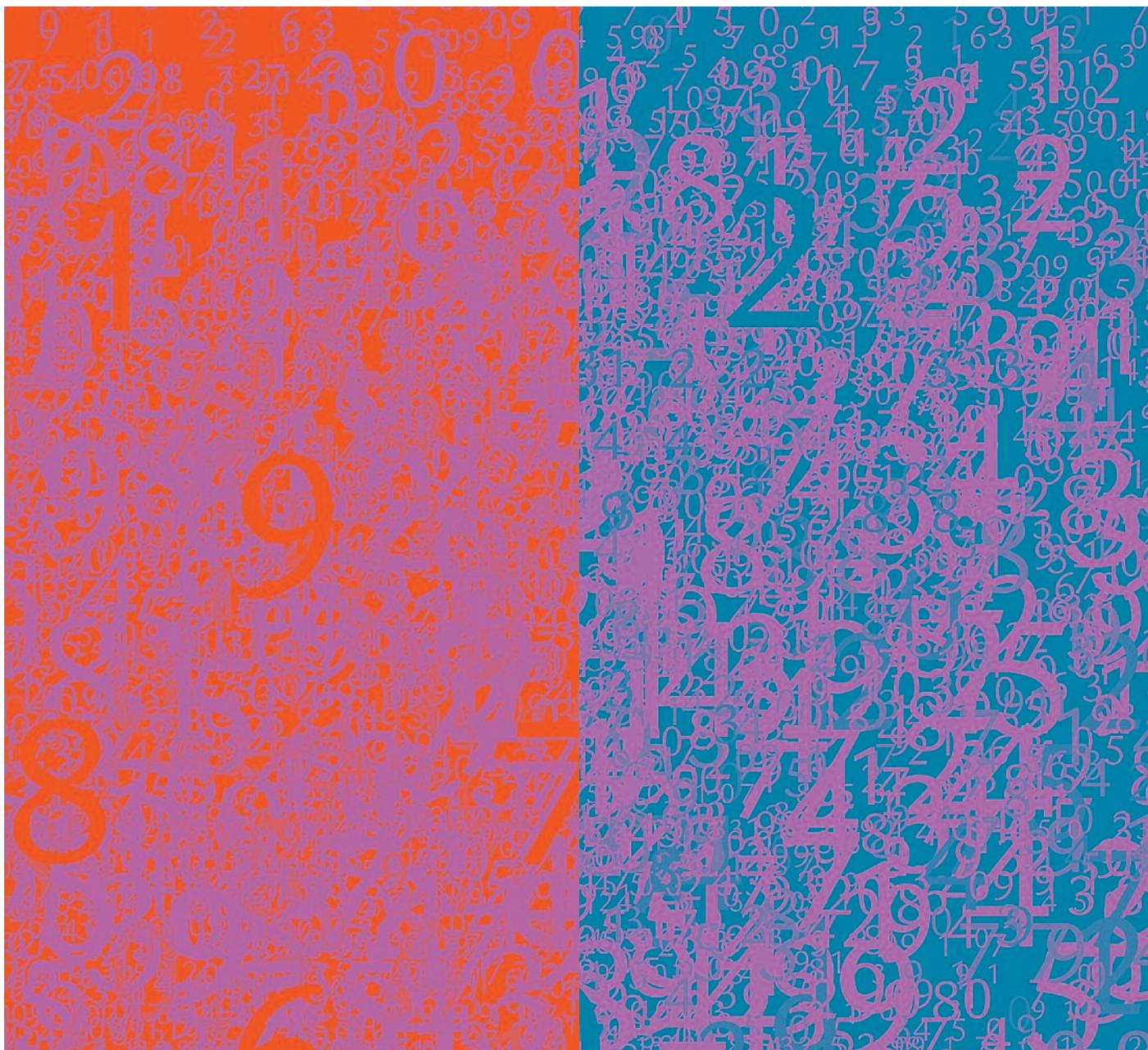
outil de recueil à partir duquel les informations nécessaires pourront être aisément extraites et exploitées

- Lancement d'une réflexion sur l'intégration éventuelle des délais de prise en charge aux critères de qualité de la prise en charge en cancérologie (critères d'agrément/d'accréditation).

VI. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Plan cancer 2009-2013 annoncé par le Président de la République le 2 novembre 2009. Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr
2. Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel du 22 mars 2007.
3. Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement du cancer. Journal officiel du 22 mars 2007.
4. Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. Journal officiel du 30 mars 2007.
5. Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013- Rapport au Président de la République, remis le 14 février 2009 par le professeur Jean-Pierre Grünfeld. Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr
6. Department of Health, Cancer reform strategy, publié le 3 décembre 2007. Disponible à l'adresse suivante : www.dh.gov.uk
7. Ontario Cancer Plan 2008-2011 : Improving on all aspects of cancer control. Disponible à l'adresse suivante : www.cancercare.on.ca
8. Etude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon- INCa- Juin 2012. Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr
9. Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate- INCa- juin 2013
10. Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel du 22 juillet 2009.
11. La Situation du cancer en France en 2011. Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr
12. Survie attendue des cancers en France-État des lieux 2010. Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr
13. Gras-Aygon C, Bessaoud F, Trétarre B. Le cancer dans l'Hérault 2005-2006. – Registre des tumeurs de l'Hérault – février 2010.
14. Vujovic et al. Effect of interval to definitive breast surgery on clinical presentation and survival in early-stage invasive breast cancer. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 2006; 64(3): 760-4
15. Gould M, Ghaus S, Olsson J, Schultz E. Timeliness of care in veterans with non-small cell lung cancer, *Chest*, 2008, 133(5) : 1167-73
16. Zeig-Owens R, Gershman ST, Knowlton R, Jacobson JS. Survival and time interval from surgery to start of chemotherapy among colon cancer patients. *Journal of Registry Management*, 2009, 36(2):30-41
17. Biagi JJ, Raphael MJ, Mackillop WJ, Kong W, King WD, Booth CM. Association between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 2011, 305(22):2335-42
18. Des Guetz G, Nicolas P, Perret GY, Morere JF, Uzzan B. Does delaying adjuvant chemotherapy after curative surgery for colorectal cancer impair survival? A meta-analysis. *European Journal of Cancer*, 2010, 46(6):1049-55
19. Mhaskar AR, Quinn G, Vadaparampil S, Djulbegovic B, Gwede CK, Kumar A, Timing of first-line cancer treatments - early versus late - a systematic review of phase III randomized trials. *Cancer treatment reviews*, 2010, 36(8):621-8
20. Press et al. Racial / ethnic disparities in time to follow-up after an abnormal mammogram. *Journal of Women's Health* 2008; 17(6): 923-30.
21. Latache et al. Délais de prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein dans un réseau régional de soins en cancérologie : faisabilité d'un programme personnalisé de soins. *Bulletin du cancer* 2004 ; 91(12) :965-71
22. Chatellier et al. Prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein de petite taille non métastaté : état des pratiques en France en 2005. *Pratiques et organisation des soins* 2007 ; 38(4) : 249-58
23. Abadie et al. La prise en charge du cancer du sein en Aquitaine : évolution 1999-2004. *Pratiques et organisation des soins* 2010 ; 41(1) : 11-21
24. Herschman et al. Delay in initiating adjuvant radiotherapy following breast conservation surgery and its impact on survival. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics* 2006; 65(5): 1353-60
25. Punglia et al. Impact of interval from breast conserving surgery to radiotherapy on local recurrence in older women with breast cancer: retrospective cohort analysis. *British Medical Journal* 2010; 340 : c845
26. Berthelet et al. Examining time intervals between diagnosis and treatment in the management of patients with limited stage small cell lung cancer. *American Journal of Clinical Oncology* 2006; 29(1): 21-6
27. Yorio et al. Lung cancer diagnostic and treatment intervals in the United States: a health care disparity? *Journal of Thoracic Oncology* 2009; 4(11): 1322-9
28. Léo et al. Multidisciplinary management of lung cancer : how to test its efficacy? *Journal of Thoracic Oncology* 2007; 2(1): 69-72
29. Raje D, La TS, Mukhtar H, Oshowo A, Ingham CC. Changing trends in the management of colorectal cancers and its impact on cancer waiting times. *Colorectal Disease*, 2006, 8(2):140-4

30. Porter GA, Inglis KM, Wood LA, Veugelers PJ. Access to care and satisfaction in colorectal cancer patients. *World Journal of Surgery*, 2005, 29(11):1444-51
31. Terhaar sive Droste JS, Oort FA, van der Hulst RW, Coupe VM, Craanen ME, Meijer GA, Morsink LM, Visser O, van Wanrooij RL, Mulder CJ. Does delay in diagnosing colorectal cancer in symptomatic patients affect tumor stage and survival? A population-based observational study. *BMC Cancer*, 2010, 10332.
32. Faria SL, Mahmud S, Wakil G, Negrete S, Souhami L, David M, Duclos M, Shenouda G, Freeman CR. Is there a detrimental effect of waiting for radiotherapy for patients with localized prostate cancer? *American Journal of Clinical Oncology*, 2006, 29(5):463-7
33. Kavanagh AG, Lee JC, Donnelly B. Time to treatment of prostate cancer through the Calgary Prostate Institute rapid access clinic. *Canadian Journal of Urology*, 2008, 15(2):3975-9
34. Lee DK, Allareddy V, O'donnell MA, Williams RD, Konety BR. Does the interval between prostate biopsy and radical prostatectomy affect the immediate postoperative outcome? *BJU International*, 2006, 97(1):48-50
35. Vickers AJ, Bianco FJ, Jr., Boorjian S, Scardino PT, Eastham JA. Does a delay between diagnosis and radical prostatectomy increase the risk of disease recurrence? *Cancer*, 2006, 106(3):576-80
36. Simunovic M, Theriault ME, Paszat L, Coates A, Whelan T, Holowaty E, Levine M. Using administrative databases to measure waiting times for patients undergoing major cancer surgery in Ontario, 1993-2000. *Canadian Journal of Surgery*, 2005, 48(2):137-42
37. Ontario Cancer Plan 2008-2011 : Improving on all aspects of cancer control. Disponible à l'adresse suivante : www.cancercare.on.ca
38. Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008- INCa novembre 2012. Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr
39. Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2011- INCa mars 2012. Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr



Pour plus d'informations
www.e-cancer.fr

Toutes les informations
sur le Plan cancer 2009-2013
www.plan-cancer.gouv.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00
Fax +33 (1) 41 10 50 20
diffusion@institutcancer.fr