



AVRIL 2015

LES DONNÉES

# ÉVALUATION COMPARATIVE DES ÉTUDES RÉALISÉES SUR LES DÉLAIS EN CANCÉROLOGIE

/Octobre 2014

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

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 »,

### Mesure 21

« garantir un égal accès aux traitements et aux innovations »

### Mesure 6

« Produire et communiquer des informations sur le cancer et sur la cancérologie »

Depuis 2003, la lutte contre le cancer en France est structurée autour de plans nationaux visant à mobiliser tous les acteurs autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement du patient et de ses proches. Le Plan cancer 2003-2007 a dressé une première stratégie globale de lutte contre le cancer ; le deuxième (2009-2013) a introduit la notion de prise en charge personnalisée.

Le Plan cancer 2014-2019 a pour ambitions de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades. Il comprend 17 objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :



- Guérir plus de personnes malades
- Préserver la continuité et la qualité de vie
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage et les organisations

Le Plan cancer s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche, le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ».

Ce guide répond à l'**Action 2.1** : « Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide »

**Action 2.2** : « Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge »

**Action 2.3** : « Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP »

Pour en savoir plus et télécharger le Plan cancer : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

Ce document doit être cité comme suit : © Évaluation comparative des études réalisées sur les délais en cancérologie, les données, INCa, avril 2015. Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

## COORDINATION

Elsa BOUEE-BENHAMICHE Département Observation Veille Évaluation (INCa)  
Lionel LAFAY Département Observation Veille Évaluation (INCa)  
Christine LE BIHAN-BENJAMIN Département Observation Veille Évaluation (INCa)  
Natalie VONGMANY Département Observation Veille Évaluation (INCa)  
Philippe Jean BOUSQUET Responsable du Département Observation Veille Évaluation (INCa)

## RELECTURE

Roselyne BÔQUET Département Organisation des soins (INCa)  
Anne-Marie BOUVIER Registre bourguignon des cancers digestifs  
Évelyne FOURNIÉ Département Organisation des soins (INCa)  
Cécile HENRY Département Organisation des soins (INCa)  
Graziella POURCEL Département Parcours de soins et relations avec les professionnels (INCa)  
Awa SAMB Département Organisation des soins (INCa)  
Jérôme VIGUIER Directeur Pôle Santé Publique et Soins (INCa)

# SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	6
2. PRINCIPAUX TRAVAUX SUR LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE .....	8
2.1. « Étude Accès aux IRM » .....	8
2.1.1. Objectifs du travail .....	8
2.1.2. Matériel et méthodes .....	8
2.1.3. Les indicateurs de délai.....	8
2.2. « Étude Prise en charge par échantillonnage » .....	8
2.2.1. Objectifs de l'étude.....	9
2.2.2. Matériel et méthodes .....	9
2.2.3. Les indicateurs de délai.....	10
2.3. « Étude Trajectoires de soins » .....	11
2.3.1. Objectifs du travail.....	11
2.3.2. Matériel et méthodes .....	11
2.3.3. Les indicateurs de délai.....	11
2.4. « Étude Prise en charge en population » .....	11
2.4.1. Objectifs du travail.....	11
2.4.2. Matériel et méthodes .....	12
2.4.3. Les indicateurs de délai.....	12
3. COMPARAISON DES PRINCIPAUX TRAVAUX.....	13
3.1. Analyse comparative de la méthodologie des études .....	13
3.1.1. Les délais étudiés.....	13
3.1.2. Le type de cancer étudié .....	15
3.1.3. La base de « sondage ».....	15
3.1.4. Le mode de recueil.....	15
3.1.5. La nature des données sources.....	16
3.1.6. La localisation géographique .....	16
3.1.7. La durée des inclusions et la période étudiée.....	16
3.1.8. L'échantillonnage et les effectifs inclus : .....	16
3.1.9. Les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques de la pathologie.....	17
3.2. Avantages et limites de chacune des études.....	19
3.2.1. Le type de cancer pouvant être étudié.....	19
3.2.2. La description du cas de cancer.....	19
3.2.3. La possibilité de distinguer les cas incidents des cas prévalents.....	19
3.2.4. La population source .....	19
3.2.5. La représentativité de la population étudiée et extrapolation des résultats .....	20
3.2.6. Le type de recueil des données.....	21
3.2.7. L'accessibilité aux données sources.....	21
3.2.8. Le délai d'obtention des données .....	21
3.2.9. Le recul sur les données .....	21
3.2.10. Le suivi de l'évolution dans le temps .....	22
3.2.11. Le type d'analyses statistiques.....	22
3.3. Résultats de ces principales études.....	25
3.3.1. L'étude Prise en charge par échantillonnage .....	25
3.3.2. L'étude Prise en charge en population.....	25
3.3.3. L'étude Accès aux IRM .....	26
3.3.4. L'étude Trajectoires de soins.....	26
3.4. Comparaison des résultats .....	27
3.4.1. Concernant le cancer du sein .....	28
3.4.2. Concernant le cancer du côlon .....	30
3.5. Complémentarité des études.....	32
4. DISCUSSION .....	37
5. CONCLUSION .....	39
6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	40
7. ANNEXE : PRINCIPAUX RÉSULTATS DES QUATRE ÉTUDES.....	41

## PRÉAMBULE

Il s'agit d'une synthèse des études réalisées sur les délais dont les rapports peuvent être consultés sous les références suivantes :

- Étude Accès aux IRM : « Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2011 dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate » (INCa - 2012) (1).
- Étude Prise en charge par échantillonnage : « 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 - 2013) (2).

Ce rapport de synthèse (2) fait suite aux publications de chacune des deux études réalisées « Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France en 2011 » (INCa - 2012) (3) et « Étude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate dans plusieurs régions de France en 2012 » (INCa - 2013) (4). Dans la suite de ce document, par souci de simplification, ces deux études seront désignées sous le terme « Étude Prise en charge par échantillonnage ».

- Étude Trajectoires de soins : « Analyse des trajectoires de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein en 2010, à partir des bases médico-administratives françaises » (travail issu d'une thèse de doctorat en médecine soutenue le 08/01/2014) (Rapport INCa à paraître) (5).
- Étude Prise en charge en population : « Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008 » (INCa-2012) (6).

Ce document n'a pas vocation à reprendre en détail les études précitées. Seuls les principaux éléments utiles à la compréhension de cette évaluation seront décrits dans la suite du document.

Le lecteur est invité à se référer aux rapports originaux de ces études pour davantage d'informations quant à la méthode et aux résultats de ces études ; notamment pour l'étude Accès aux IRM qui a été reconduite à l'identique en 2013 (12), mais dont les résultats n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de ce document. Toutefois, dans la mesure où la méthodologie de l'enquête 2013 est superposable à celle de 2011, l'évaluation réalisée dans ce document reste valide.

# 1. INTRODUCTION

L'Institut national du cancer (INCa) agit notamment pour diagnostiquer plus tôt les cancers, garantir l'accès à des soins de grande qualité pour tous dans le respect du principe d'équité, rendre plus accessibles les innovations et les progrès, et rechercher des moyens plus efficaces pour prévenir, diagnostiquer et traiter les cancers. Comme pour l'ensemble des acteurs intervenants en cancérologie, remplir ces missions nécessite une parfaite connaissance de la prise en charge d'un patient en cancérologie.

La prise en charge d'une personne en cancérologie est un processus complexe, se déroulant aussi bien en milieu extrahospitalier qu'hospitalier, tant public que privé, faisant appel à des examens de routine comme à des examens spécialisés, selon une organisation de l'offre de soins et un dispositif d'autorisation régulés par les agences régionales de santé (ARS)<sup>\*</sup>.

Cette prise en charge comprend de nombreuses étapes, des signes d'appel au traitement, en passant par les examens diagnostiques et les bilans d'extension, jalonnées par des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Autant d'étapes dont il est important d'avoir une estimation quantitative des délais afin de mieux caractériser le parcours de soins, de suivre l'impact du dispositif d'autorisation du traitement du cancer et de rendre compte des conditions d'accessibilité pour tous, y compris pour les patients les plus vulnérables. Cette thématique des délais est d'autant plus importante qu'ils peuvent avoir un impact sur l'efficacité de la prise en charge ainsi que sur la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer.

La quantification des délais de prise en charge était une préoccupation inscrite dans le Plan cancer 2009-2013, et plus particulièrement dans sa Mesure 19 : « renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer », sa Mesure 21 « garantir un égal accès aux traitements et aux innovations » et sa Mesure 6 : « Produire et communiquer des informations sur le cancer et sur la cancérologie ». Le Plan cancer 2014-2019 nouvellement lancé reprend cette thématique dans ses actions 2.1 : « Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide », 2.2 : « Développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge » et 2.3 : « Réduire les inégalités territoriales et harmoniser les délais d'accès à l'IRM et à la TEP ».

Aussi, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013, plusieurs travaux sur les délais des différentes phases du parcours de soins ont été conduits en partenariat ou à l'initiative de l'INCa. L'étude « Prise en charge par échantillonnage » s'est intéressée aux délais de chacune des étapes de la prise en charge des quatre cancers les plus fréquents (sein, poumon, côlon et prostate) (2) ; l'étude « Prise en charge en population » a porté sur les délais de prise en charge préthérapeutique, c'est-à-dire entre la date du diagnostic du cancer et la date du premier traitement, pour les cas de cancers enregistrés dans un registre spécialisé (sein, côlon, rectum, thyroïde, tumeurs bénignes et malignes du système nerveux central et hémopathies malignes les plus fréquentes) (6) ; l'étude « Accès aux IRM » a été menée sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2011 dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate (1) ; enfin une analyse des trajectoires de soins dans le cancer du sein, et de leurs délais, a été conduite dans l'étude « Trajectoires de soins » (5).

Ces quatre études portaient toutes sur des délais de prise en charge, chacune selon sa propre méthodologie adaptée à ses objectifs et en utilisant les différentes sources d'information disponibles. En France, des informations sont collectées à différents niveaux. Elles peuvent être enregistrées de manière systématique et alimenter une base de données, concerner les structures de soins détentrices d'autorisation d'activités de soins et d'équipements matériels lourds (fichier FINES...), les hospitalisations (PMSI...), les nouveaux cas de cancer survenus dans des zones géographiques délimitées (registres généraux ou spécialisés) ou être recueillies de manière systématique, mais de façon assez hétérogène et sans faire l'objet d'un traitement informatique organisé (dossiers médicaux, compte rendu de RCP ...).

L'objectif de ce document est de présenter une évaluation comparative des différents travaux conduits par l'INCa sur les « délais de prise en charge » reflétant les multiples concepts résumés

---

<sup>\*</sup> Une cartographie dynamique sur les sites autorisés est accessible sur le site de l'INCa [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

sous le terme « délai de prise en charge ». L'accent est mis sur la méthodologie des études plus que sur leurs résultats. Après un descriptif de ces travaux, leur méthodologie, leurs avantages et leurs limites seront comparés afin de montrer leur éventuelle complémentarité. Ce document devrait représenter un support méthodologique pour l'élaboration et l'interprétation des études de délais.

Ce document évaluant différentes méthodes d'étude des délais de prise en charge des cancers s'adresse avant tout aux décideurs et responsables des politiques de santé publique tels que les responsables d'ARS, qui font reposer leurs choix sur un certain nombre d'indicateurs du parcours de soins. Ce document peut également apporter aux professionnels de santé des éléments leur permettant de se situer par rapport aux pratiques régionales voire nationales.

## 2. PRINCIPAUX TRAVAUX SUR LES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE

### 2.1. « Étude Accès aux IRM »

« Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2011 dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate » (1).

#### 2.1.1. Objectifs du travail

L'objectif de ce travail était d'obtenir un panorama des délais de rendez-vous pour un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans le cadre d'un bilan d'extension de cancers du sein, de l'utérus et de la prostate.

#### 2.1.2. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une enquête téléphonique réalisée par l'institut BVA, l'enquêteur se présentant comme une personne qui appelle pour obtenir un rendez-vous pour son père ou sa mère, dans un délai le plus proche possible.

La population source était constituée des 572 centres identifiés en juin 2011 dans la base du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) comme disposant d'un équipement IRM.

Les indications spécifiques de cancer ainsi que le scénario d'enquête ont été définis et validés conjointement avec le Ministère des affaires sociales et de la santé (Direction générale de l'offre de soins) et la Société Française de Radiologie (SFR). La méthodologie de l'enquête réalisée en 2011 est quasiment identique à celle réalisée en 2010, afin de pouvoir suivre l'évolution du délai de prise en charge au regard de l'évolution du parc d'appareils d'IRM installés.

Chacun des 572 centres identifiés dans la base FINESS comme disposant d'un équipement IRM en France a été appelé à trois reprises (les 3 contacts correspondant chacun à un rendez-vous pour un des trois types de cancer : sein, prostate ou utérus). L'enquête s'est déroulée entre le 7 juin et le 30 juin 2011.

Lorsque les centres ne proposaient pas de rendez-vous, le motif invoqué était recueilli.

#### 2.1.3. Les indicateurs de délai

Le délai étudié correspondait au délai d'obtention d'un rendez-vous.

Il s'agit du délai entre la date du contact téléphonique pour la prise de rendez-vous et la date de rendez-vous proposée par le centre d'IRM. Les résultats concernent les centres ayant accepté de fixer un rendez-vous par téléphone.

### 2.2. « Étude Prise en charge par échantillonnage »

« Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France en 2011 » (3) et « Étude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate dans plusieurs régions de France en 2012 » (4) synthétisées dans le rapport « 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 » (2) et considérée par la suite comme une seule étude.



### 2.2.1. Objectifs de l'étude

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.

### 2.2.2. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle rétrospective multicentrique de cohorte pilotée par l'Institut national du cancer (INCa) et mise en œuvre par la Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé (FNORS). 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 métropolitaine (d'après le dernier recensement du 01/01/2009), ont participé à l'étude : Alsace, Auvergne, Franche-Comté, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur (3). 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 %) (d'après les données au 01/01/2010) : 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 (4).

La population source était constituée des patients, quels que soient leur âge, leur stade au diagnostic, 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. En revanche, pour les 4 types de cancers, les personnes ayant des antécédents personnels de cancer (quel que soit le type pour la phase 1 ou de même type pour la phase 2) n'étaient pas incluses. Les cas de cancer du sein avec chimiothérapie néoadjuvante (correspondant à 10 % des prises en charge), les cancers du sein masculins et les cancers du rectum n'étaient pas inclus. La taille minimale de chaque échantillon a été fixée à 300 cas inclus par région et par type de cancer.

Les données ont été recueillies lors de chacune des phases par les attachés de recherche clinique des réseaux régionaux de cancérologie (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. Le recueil précis des dates (jour, mois, année) était nécessaire pour le calcul des délais. 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) ;
- les facteurs médicaux liés à la maladie cancéreuse et au patient : mode de détection du cancer et stade (TNM ou pTNM) ;
- les caractéristiques de la structure de première prise en charge thérapeutique des patients : statut et autorisations de l'établissement pour le traitement des cancers.

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.

### 2.2.3. Les indicateurs de délai

Les délais mesurés dans les différents parcours de soins ont été choisis en raison de la faisabilité de leur recueil, et après avis favorable d'un groupe d'experts de la prise en charge de chacun des 4 cancers étudiés (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Délais de prise en charge mesurés pour les cancers du sein, poumon, côlon et prostate

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

\* délai non estimé

Pour chaque délai, moyenne, écart-type, médiane et interquartiles sont donnés.

## 2.3. « Étude Trajectoires de soins »

« Analyse des trajectoires de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein en 2010, à partir des bases médico-administratives françaises » (5).

### 2.3.1. Objectifs du travail

L'objectif principal de cette étude était de décrire les trajectoires de soins des personnes atteintes d'un cancer du sein en France, en termes de traitements reçus, à partir des bases médico-administratives que sont le PMSI et les données des structures de radiothérapie du secteur libéral (SNIIR-AM). Les autres données relatives à la prise en charge en soins de ville ne sont pas incluses (ex : prestations avant le diagnostic).

### 2.3.2. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude réalisée sur des bases médico-administratives. La population source était constituée des femmes de plus de 18 ans identifiées comme ayant eu, une première prise en charge en milieu hospitalier pour un cancer du sein en 2010 sur la base des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant l'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), l'hospitalisation à domicile (HAD), les soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que des données issues des structures de radiothérapie du secteur libéral (non comprises dans le PMSI - MCO). La sélection des cas incidents de 2010 a été réalisée en s'assurant qu'aucune prise en charge pour un cancer du sein n'avait été relevée dans les données de 2006 à 2009.

Les trajectoires de soins ont été définies sur la base d'éléments traceurs tels que la chimiothérapie néoadjuvante, la chirurgie d'exérèse, la chimiothérapie adjuvante et la radiothérapie.

La période de suivi était d'une année à partir de la fin du premier séjour spécifiquement lié à une prise en charge du cancer du sein en 2010.

En plus des dates nécessaires au calcul des différents délais à étudier, le nombre de journées d'hospitalisation cumulées, l'âge, le score de Charlson, le statut et la catégorie de l'établissement, la zone géographique de l'établissement, le volume total d'activité de l'établissement, la part de prise en charge liée à la cancérologie dans l'établissement, le Centre de Coordination de Cancérologie (3C) étaient également pris en compte dans l'analyse.

### 2.3.3. Les indicateurs de délai

Les délais suivants ont été calculés :

- le délai entre la première chirurgie d'exérèse et la première séance de chimiothérapie adjuvante ;
- le délai entre la première chirurgie d'exérèse et la première séance de radiothérapie, en distinguant avec et sans chimiothérapie adjuvante ;
- le délai entre la dernière séance de chimiothérapie adjuvante et la première séance de radiothérapie.

Pour chaque délai, moyenne, écart-type, médiane et interquartiles sont donnés.

## 2.4. « Étude Prise en charge en population »

« Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008 » (6).

### 2.4.1. Objectifs du travail

L'objectif de ce travail était de présenter, à partir des données des registres spécialisés du réseau Francim couvrant les années 1999-2008, des informations sur la prise en charge des cancers du sein, du côlon, du rectum, de la thyroïde, des tumeurs bénignes et malignes du système nerveux central et des hémopathies malignes les plus fréquentes, enregistrés selon la spécialisation de chaque registre, dans neuf départements français. Ce rapport présente en particulier les délais de prise en charge préthérapeutique, c'est-à-dire entre la date du diagnostic du cancer et la date du premier traitement.

#### 2.4.2. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une mise en commun des données recueillies pendant une dizaine d'années dans 9 registres spécialisés du réseau des registres de cancers français « FRANCIM ».

Neuf départements français (Ardennes, Calvados, Côte-d'Or, Finistère, Gironde, Manche, Marne, Orne et Saône-et-Loire) sont dotés d'un registre ou de plusieurs registres spécialisés de cancers. Ces registres spécialisés sont des structures assurant, dans une zone géographique considérée, un recueil exhaustif et continu de données nominatives intéressant certains types de cancers (cancers digestifs, cancers gynécologiques, hémopathies...).

La population source était constituée de tous les cas de cancer du côlon, du rectum, du sein, de la thyroïde, d'hémopathies malignes les plus fréquentes (à savoir les hémopathies lymphoïdes qui représentent 75 % des lymphomes) et de tumeurs bénignes et malignes du système nerveux central enregistrés par les différents registres spécialisés. La période d'étude couvre les années 1999-2008 ou 2002-2008 pour les registres dont l'année de création est postérieure à 1999. Deux périodes de diagnostic ont été définies : 1999-2003 (ou 2002-2003) et 2004-2008.

Outre les dates permettant de calculer les délais, trois autres domaines ont fait l'objet d'un recueil d'information : les facteurs sociodémographiques : sexe, âge et zone de résidence, les facteurs médicaux liés à la maladie cancéreuse et au patient : la période de diagnostic, le stade au diagnostic (pour les cancers du côlon/rectum, le cancer du sein, les hémopathies malignes), la nature des traitements initiaux reçus et la finalité de celui-ci (curative ou palliative). Pour les tumeurs du système nerveux central, la répartition des cas selon la finalité du traitement n'est pas présentée et est remplacée par la répartition selon les symptômes initiaux.

#### 2.4.3. Les indicateurs de délai

Le délai de prise en charge étudié correspondait à la période de temps entre la date de diagnostic et la date de début du premier traitement, pour l'ensemble de la période de diagnostic étudiée (1999-2008).

Pour les cancers thyroïdiens, le délai de prise en charge présenté correspond au délai entre le diagnostic qui est le plus souvent posé au moment de la chirurgie et la réalisation du traitement par l'iode 131 (premier traitement institué).

Pour les tumeurs du système nerveux central, le délai de prise en charge a été défini d'une part, comme le délai entre la date des premiers symptômes (lorsqu'ils étaient mentionnés et datés) et la date du premier traitement reçu, et d'autre part, comme le délai entre la date de l'imagerie et la date du premier traitement.

Les délais moyen et médian (calculés en nombre de jours) sont présentés globalement selon les principales caractéristiques des cas : sexe, classe d'âge, catégorie de la commune de résidence (urbaine, périurbaine et rurale), période du diagnostic (1999-2003 et 2004-2008), et premier traitement reçu. De plus, ils sont présentés pour chaque sous-type histologique et par stade pour les hémopathies malignes et pour chaque type histologique pour les tumeurs du système nerveux central.

## 3. COMPARAISON DES PRINCIPAUX TRAVAUX

### 3.1. Analyse comparative de la méthodologie des études

Les quatre études ont toutes été réalisées sur des délais de prise en charge, selon des méthodologies variées et en s'appuyant sur les diverses sources d'information disponibles. Les principales différences en termes de méthodologie sont détaillées ci-dessous ; elles sont également résumées dans le tableau 2.

#### 3.1.1. Les délais étudiés

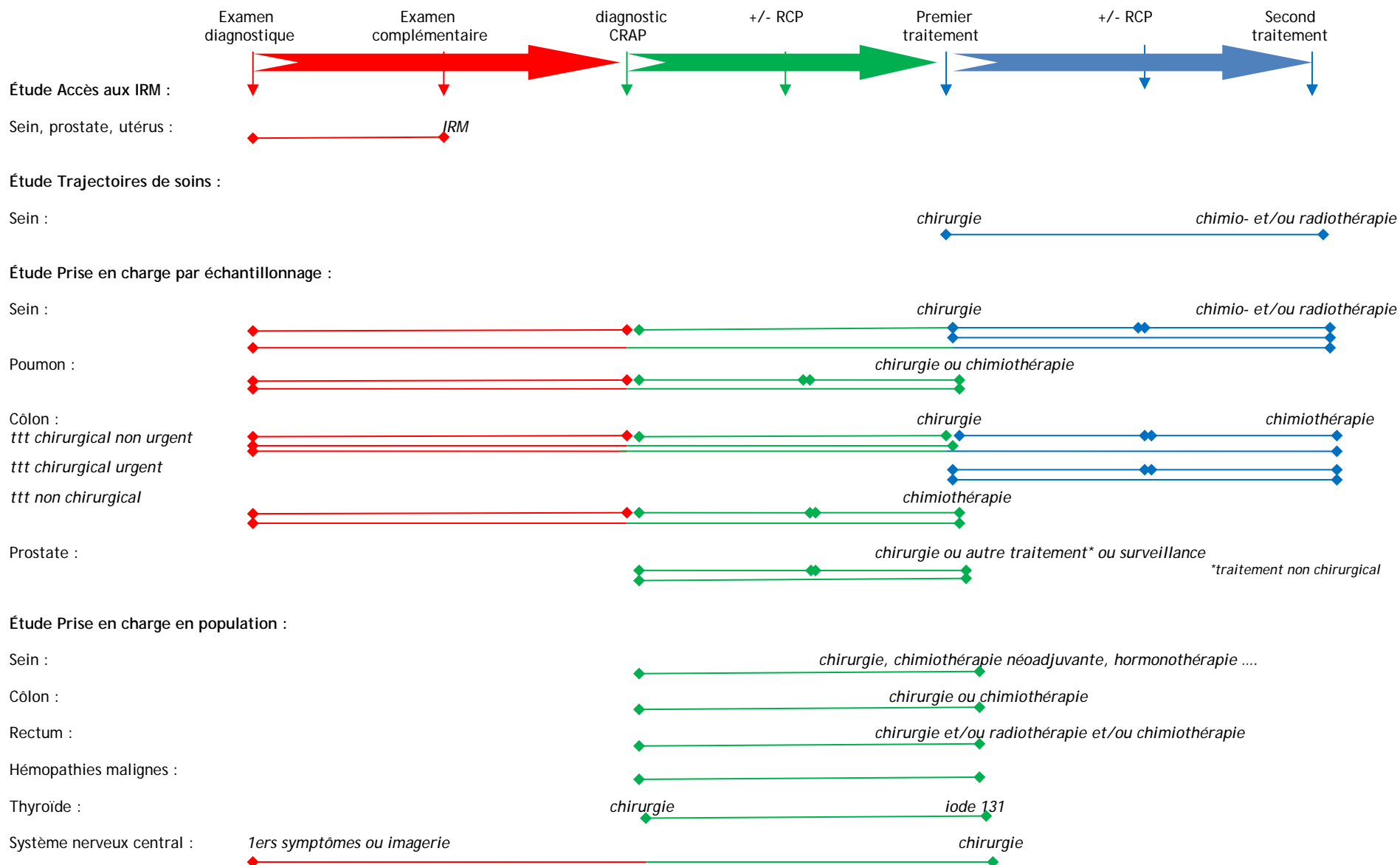
Les quatre études portaient sur des étapes différentes du parcours de soins, certaines se recouvrant néanmoins.

Les différentes études peuvent être classées selon l'ordre chronologique des étapes d'intérêt : le délai d'accès aux examens complémentaires nécessaires au diagnostic dans l'étude Accès aux IRM ; le délai entre le diagnostic et le premier traitement dans l'étude Prise en charge en population ; les délais du parcours de soins en milieu hospitalier, c'est-à-dire après le premier traitement chirurgical pour l'étude Trajectoires de soins ; quant à l'étude Prise en charge par échantillonnage, elle détaille les délais depuis les premiers examens nécessaires au diagnostic (avant les examens complémentaires) jusqu'aux traitements successifs (et pas seulement le premier traitement).

Le choix des délais étudiés a été guidé par la problématique à laquelle s'intéressait l'étude, c'est-à-dire l'accessibilité aux examens d'IRM pour l'étude Accès aux IRM, les inégalités d'accès aux soins et les évolutions dans le temps pour l'étude Prise en charge en population, les événements traceurs pour l'étude Prise en charge par échantillonnage et l'ensemble du parcours de soins (sur ces 12 premiers mois) pour l'étude Trajectoires de soins.

Les délais étudiés dans ces quatre études sont représentés sur le schéma suivant.

## Représentation graphique des délais mesurés dans les principales études de délais



### **3.1.2. Le type de cancer étudié**

Le cancer du sein a fait l'objet des 4 études ; le côlon et la prostate ont fait l'objet de 2 études (les études Prise en charge par échantillonnage et Prise en charge en population pour le côlon ; les études Prise en charge par échantillonnage et Accès aux IRM pour la prostate) ; quant aux autres types de cancer, ils n'ont été étudiés que dans une seule étude : l'étude Prise en charge en population pour le rectum, la thyroïde, les hémopathies malignes, les tumeurs du SNC, l'étude Prise en charge par échantillonnage pour le poumon, et l'étude Accès aux IRM pour l'utérus.

C'est essentiellement l'incidence des types de cancer (pour les études Prise en charge par échantillonnage, Accès aux IRM et Trajectoires de soins) et la disponibilité des données (étude Prise en charge en population) qui ont conditionné le type de cancer étudié.

### **3.1.3. La base de « sondage »**

Chacune de ces études a utilisé des sources de données différentes : les bases de données de chaque registre spécialisé pour l'étude Prise en charge en population, les fiches de RCP échantillonnées par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) pour l'étude Prise en charge par échantillonnage, la base de données du PMSI dans son ensemble et du SNIIRAM pour la radiothérapie du secteur libéral pour l'étude Trajectoires de soins et le fichier FINESS dans son ensemble pour l'étude Accès aux IRM.

Ce choix a été fonction de l'accessibilité aux données recherchées pour chacune des études : la base répertoriant les établissements de santé dans l'étude Accès aux IRM, les bases médico-administratives dans l'étude Trajectoires de soins, les bases des registres spécialisés dans l'étude Prise en charge en population et les RCP censées enregistrer l'ensemble des cas en vue d'une décision collégiale de prise en charge dans l'étude Prise en charge par échantillonnage.

### **3.1.4. Le mode de recueil**

Pour ces études, les deux modes de recueil de données, rétrospectif (pour les études Prise en charge en population, Prise en charge par échantillonnage et Trajectoires de soins) et prospectif (pour l'étude Accès aux IRM), ont été utilisés.

Le mode de recueil était conditionné par la base de « sondage » choisie.

### 3.1.5. La nature des données sources

La nature des données sources découle de la base de « sondage » choisie, et selon les études, ce sont soit les comptes rendus des RCP, complétés par les dossiers patient (étude Prise en charge par échantillonnage), soit les Résumés de Sortie Anonyme (RSA) des établissements de santé (étude Trajectoires de soins), soit les données colligées par les registres spécialisés, principalement sur la base des CRAP, du PMSI, des ALD et du DCO-DMP (étude Prise en charge en population), qui ont été utilisés. Dans l'étude Accès aux IRM, il s'agissait de données recueillies spécifiquement par des enquêtes mystères.

### 3.1.6. La localisation géographique

La zone géographique couverte par ces études variait d'un seul département (pour certains types de cancer dans l'étude Prise en charge en population) à la France entière (pour les études Trajectoires de soins et Accès aux IRM). Entre ces deux extrêmes, la première phase de l'étude Prise en charge par échantillonnage (portant sur le sein et le poumon) couvrait 30,9 % de la population de la France métropolitaine, quant à la seconde phase (portant sur les cancers du côlon et de la prostate), elle couvrait 47,4 % de la population française.

La localisation géographique reposait sur des critères de faisabilité, les études Trajectoires de soins et Accès aux IRM pouvaient être réalisées sur l'ensemble de la France, l'étude Prise en charge en population devait être réalisée sur les zones couvertes par les registres spécialisés. Quant à l'étude Prise en charge par échantillonnage, le choix de la zone a été basé notamment sur le volontariat des RRC.

### 3.1.7. La durée des inclusions et la période étudiée

La durée des inclusions variait de 3 semaines (étude Accès aux IRM) à 10 ans (étude Prise en charge en population).

La période étudiée pouvait remonter à 1999 et couvrir la période de 1999 à 2008 (dans l'étude Prise en charge en population) ou ne porter que sur 3 semaines de l'année 2011 (dans l'étude Accès aux IRM). Une première enquête Accès aux IRM avait toutefois été conduite en 2010. Quant à l'étude Trajectoires de soins, elle s'intéressait aux nouveaux cas de cancers du sein identifiés en 2010.

La période étudiée résultait de l'antériorité des données disponibles. S'agissant d'une étude transversale, la période étudiée dans l'étude Accès aux IRM était courte. À l'opposé, le système d'enregistrement des registres spécialisés permettait un accès aux données datant de 1999 dans l'étude Prise en charge en population. Quant aux données des bases médico-administratives utilisées dans l'étude Trajectoires de soins, elles sont disponibles par année civile. Dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, la période devait être suffisamment longue pour permettre le recueil du nombre de cas nécessaire et être considérée comme représentative d'une année entière.

### 3.1.8. L'échantillonnage et les effectifs inclus

Trois des quatre études ont été réalisées sans échantillonnage. La première portait sur l'ensemble des centres identifiés comme pouvant répondre aux objectifs de l'étude, c'est-à-dire les centres disposant d'IRM (dans l'étude Accès aux IRM). Deux études portaient sur l'ensemble des cas de cancer (d'une zone géographique pour l'étude Prise en charge en population, ou pris en charge en milieu hospitalier sur la France entière pour l'étude Trajectoires de soins), l'effectif inclus était alors fonction de l'incidence du type de cancer étudié et de la taille de la zone géographique couverte, et pouvait ainsi être limité comme dans le cas des cancers de la thyroïde.

Enfin, l'étude Prise en charge par échantillonnage a nécessité un calcul du nombre de sujets nécessaire fondé sur des hypothèses quant à la différence entre les régions que l'étude devait être en capacité de détecter, cet effectif a été augmenté à 300 afin de tenir compte d'éventuelles données manquantes. De plus, compte tenu de l'incidence élevée de certains types de cancer dans certaines régions, il a été décidé de conserver la période d'inclusion de 3 mois mais de n'inclure alors qu'un patient sur deux (cancer du poumon en Provence - Alpes - Côte d'Azur, cancer du sein en Nord-Pas de Calais, cancer de la prostate en Midi-Pyrénées, PACA et Rhône-Alpes) ou qu'un patient sur trois (cancer du sein en PACA).



### 3.1.9. Les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques de la pathologie

Les caractéristiques sociodémographiques recueillies, comme les caractéristiques de la pathologie, étaient plus ou moins détaillées selon l'étude en fonction du mode de collecte des données, et selon qu'il s'agissait d'un recueil effectué en routine (comme dans l'étude Prise en charge en population) ou d'une étude ad hoc (comme dans l'étude Prise en charge par échantillonnage).

La nature des données recueillies résultait des sources de données choisies. Dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, les données à recueillir devaient figurer dans le dossier médical, dans l'étude Prise en charge en Population, il devait s'agir des données enregistrées par les registres spécialisés et dans l'étude Trajectoires de soins, les données devaient être enregistrées dans les bases médico-administratives. Pour l'étude Accès aux IRM, la question ne se posait pas puisqu'il s'agissait de cas fictifs.

Tableau 2 comparatif de la méthodologie des études

Étude :	Prise en charge en population						Prise en charge par échantillonnage				Trajectoires de soins	Accès aux IRM
Type de cancer	côlon	rectum	sein	thyroïde	hémopathies malignes	SNC	côlon	prostate	sein	poumon	sein	Sein, utérus prostate
Base de sondage	registre spécialisé	registre spécialisé	registre spécialisé	registre spécialisé	registre spécialisé	registre spécialisé	RRC (candidat)	RRC (candidat)	RRC (candidat)	RRC (candidat)	PMSI***	FINESS
Collecte data	Routine	Routine	Routine	Routine	Routine	Routine	Ad-Hoc	Ad-Hoc	Ad-Hoc	Ad-Hoc	Routine	Ad-Hoc
Mode de recueil	rétrospectif	rétrospectif	rétrospectif	rétrospectif	rétrospectif	rétrospectif	rétrospectif	rétrospectif	rétrospectif	rétrospectif	rétrospectif	prospectif
Nature des données sources	Dossiers Méd ecin	Dossiers Méd ecin	Dossiers Méd ecin	Dossiers Méd ecin	Dossiers Méd ecin	Dossiers Méd ecin	Dossiers patient	Dossiers patient	Dossiers patient	Dossiers patient	Données hospitalières	Données FINESS
Localisation géographique	3 registres 3 départt	3 registres 4 départt	1 registre 1 départt	1 registre 1 départt	3 registres 2 dép + 1reg	1 registre 1 départt	11 régions	12 régions	8 régions	8 régions	France entière	France entière
% de couverture	2 606 910	2 606 910	268 000	850 000	3 400 000	1 400 000	47.4%*	47.4%	30.9%	30.9%	100%	100%
Période étudiée	1999-2003 2004-2008	1999-2003 2004-2008	1999-2003 2004-2008	1999-2003 2004-2008	1999-2003 2004-2008	1999-2003 2004-2008	< Mai 2011	< Mai 2011	< Mai 2010	< Mai 2010	2010	2010 2011
Durée inclusions	10 ans	10 ans	10 ans	10 ans	10 ans	10 ans	3 à 9 mois	3 à 9 mois	3 à 5 mois	3 à 6 mois	1 an	3 semaines
Date de parution	Nov 2012	Nov 2012	Nov 2012	Nov 2012	Nov 2012	Nov 2012	Juin 2013	Juin 2013	Juin 2012	Juin 2012	À paraître	01/03/12
Échantillonnage	Exhaustif (zone)	Exhaustif (zone)	Exhaustif (zone)	Exhaustif (zone)	Exhaustif (zone)	Exhaustif (zone)	Échantillon (300/région)	Échantillon (300/région)	Échantillon (300/région)	Échantillon (300/région)	Exhaustif hôpitaux	Exhaustif (572 IRM)
Effectif inclus	7 875	4 022	3 700	954	2 388	2 445	3 248	4 207	2 530	1 945	59 697	1 424
Caractéristiques :												
Age	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NA
Sexe	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Féminin	NA
Zone résidence	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non**	NA
CSP	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	NA
Pathologie :												
stade au dg	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NA
description du ttt	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NA
type de ttt	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	NA
modalités de dg	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	NA
taille	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	NA
symptômes	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	NA
structure	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NA
type autorisation	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	NA

NA : non applicable/CSP : catégorie socioprofessionnelle/dg : diagnostic/ttt : traitement/départt = dép : département/rég : région/

type de ttt : curatif ou palliatif/modalités de dg : urgence, dépistage ...

\* Pourcentage de couverture calculé sur les 12 régions devant initialement participer à l'étude

\*\* La zone de résidence était disponible, mais le choix a été fait de travailler sur les zones (et les catégories) des établissements de prise en charge.

\*\*\* PMSI (MCO, HAD, SSR) et SNIRAM pour la radiothérapie du secteur libéral

## 3.2. Avantages et limites de chacune des études

De ces choix méthodologiques découlent des avantages et des limites différents selon les études (cf. tableau 3 comparatif des avantages et limites de chacune des méthodes).

### 3.2.1. Le type de cancer pouvant être étudié

Tous les types de cancer pouvaient a priori être inclus dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, même si le choix s'est porté sur les cancers les plus fréquents. Parmi ces cancers les plus fréquents, des sous-types ont été sélectionnés afin d'éviter d'avoir des données trop hétérogènes en termes de prise en charge. Par exemple, seuls les cancers du poumon non à petites cellules ont été retenus ; ou encore seuls les cancers du sein sans chimiothérapie néoadjuvante ont été inclus.

Par définition, l'étude Prise en charge en population ne pouvait s'intéresser qu'aux types de cancer faisant l'objet d'un enregistrement par les registres spécialisés et l'étude Accès aux IRM qu'aux types de cancer requérant ce type d'examen. Quant à l'étude Trajectoires de soins, du fait de la nature des données étudiées, à savoir les trajectoires de soins lors du parcours hospitalier, elle supposait de s'intéresser aux types de cancer avec une prise en charge principalement hospitalière. Le choix s'est de plus porté sur un des cancers les plus fréquents, le cancer du sein (48 763 nouveaux cas chez la femme en 2012).

### 3.2.2. La description du cas de cancer

L'étude Prise en charge en population et l'étude Prise en charge par échantillonnage permettaient un descriptif détaillé des cas de cancer, toutefois, dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, les difficultés soulevées par la nécessité d'un retour au dossier patient n'ont pas toujours permis un recueil de qualité satisfaisante pour la description des cas. Dans l'étude Trajectoires de soins, seuls les actes hospitaliers sont décrits, et la description du cas est limitée à la cotation selon la CIM10 qui n'intègre pas le stade TNM au diagnostic. Bien que le stade TNM ne soit pas disponible, un regroupement par stade est toutefois déduit (cancer in situ, invasif, avec métastase à distance). Quant à l'étude Accès aux IRM, il s'agissait de cas fictifs de cancer, elle n'incluait pas de cas de cancer et ne comportait donc pas de volet descriptif des cas de cancer.

### 3.2.3. La possibilité de distinguer les cas incidents des cas prévalents

Dans les études Prise en charge en population et Prise en charge par échantillonnage il était possible d'identifier les cas incidents (nouveaux cas de cancers).

L'étude Trajectoires de soins s'intéressait aux cas qualifiés d'incidents sur la base des antécédents disponibles depuis 2006. Cette définition de l'incidence se rapproche de la définition épidémiologique du terme retenue pour les deux précédentes études, sans toutefois lui être totalement superposable.

L'étude Accès aux IRM n'incluant pas réellement de personnes atteintes de cancer, la question de distinguer les cas incidents et prévalents ne se posait pas. Cela dit, s'agissant de délai de rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension, c'est-à-dire au stade du diagnostic, ces cas fictifs pourraient être assimilés à des cas incidents.

### 3.2.4. La population source

Dans l'étude Accès aux IRM, la population source était constituée des centres d'imagerie réalisant des examens d'IRM. La population source des études Prise en charge en population et Prise en charge par échantillonnage était la population générale, limitée aux zones géographiques couvertes par les registres pour la première ou aux patients ayant eu une RCP pour la seconde. Dans l'étude Trajectoires de soins, la population hospitalière représentait la population source. Des populations sources choisies dépendent la représentativité de la population étudiée et le caractère extrapolable des résultats de l'étude à l'ensemble de la population française.

### 3.2.5. La représentativité de la population étudiée et extrapolation des résultats

Les études Accès aux IRM et Trajectoires de soins étaient exhaustives des centres d'imagerie pratiquant des IRM pour la première et de la population hospitalière pour la seconde. Toutefois, les résultats de l'étude Accès aux IRM ne portent pas sur l'ensemble des centres du fait d'un problème pratique dans sa réalisation, certains centres d'IRM souhaitant disposer d'une ordonnance pour la prise de rendez-vous.

L'étude Prise en charge par échantillonnage était représentative de la population source précédemment définie (population générale limitée aux patients ayant eu une RCP, dans les régions ayant accepté de participer). Selon le type de cancer et la région, tous les sujets ou une fraction des sujets répondant aux critères d'inclusion sur la période prédéfinie étaient inclus, ces inclusions ont été réalisées en respectant l'ordre de présentation des cas, ainsi la méthode de constitution de l'échantillon ne laisse pas présager de biais de sélection pouvant impacter la portée des résultats de l'étude.

Quant à l'étude Prise en charge en population, elle a la particularité d'être exhaustive sur la population concernée par les registres, généralement un département.

L'extrapolation des résultats à la population atteinte d'un cancer est licite pour les études exhaustives comme les études Trajectoires de soins et Accès aux IRM (à condition de considérer que les non-réponses n'ont pas entraîné de biais de sélection dans cette étude). Elle l'est également pour l'étude Prise en charge par échantillonnage, en considérant que les régions sélectionnées sont représentatives de l'ensemble des régions métropolitaines (8 à 12 régions sur 22, soit 30 à 47 % de la population métropolitaine), ce qui est acceptable pour 3 des 4 types de cancer étudiés mais peut-être plus discutable pour la prostate où la question de l'exhaustivité du passage en RCP s'est posée. Concernant l'étude Prise en charge en population, il paraît plus difficile d'extrapoler ses résultats à la population atteinte d'un cancer, du fait du faible nombre de départements couverts. En revanche, l'extrapolation des résultats concernant les déterminants pouvant influencer sur ces délais apparaît plus légitime dans la mesure où la variabilité entre les départements devrait être moindre.

### 3.2.6. Le type de recueil des données

Les études Prise en charge en population et Prise en charge par échantillonnage s'appuyaient sur des données recueillies en routine et colligées dans le dossier médical des personnes étudiées. Pour la première étude, les sources sont hospitalières et extrahospitalières (comme le compte rendu d'anatomocytopathologie). Pour la seconde, elles proviennent uniquement du dossier médical hospitalier qui reprend les données de la médecine de ville de manière assez hétérogène et qui n'est ni systématiquement informatisé ni standardisé.

L'étude Trajectoires de soins s'appuie également sur des données recueillies en routine en milieu hospitalier mais de manière standardisée, ce sont les bases médico-administratives des établissements de santé.

L'étude Accès aux IRM reposait sur des questionnaires spécifiques qui présentent l'avantage de pouvoir inclure toutes les questions et informations souhaitées mais qui nécessitent un recueil spécifique.

### 3.2.7. L'accessibilité aux données sources

S'agissant d'une étude ad hoc, l'étude Accès aux IRM permettait un accès aux données sources.

Dans l'étude Prise en charge en population, l'accès aux données sources était possible sous réserve de s'intéresser aux données recueillies en routine, avec l'avantage d'un recueil systématique où tout est mis en œuvre pour récupérer l'ensemble des données souhaitées réduisant ainsi le taux de données manquantes.

Dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, seul un retour partiel aux données sources était possible, et comme dans toute étude rétrospective, les données absentes des dossiers n'ont souvent pas pu être récupérées et sont restées manquantes.

Quant à l'étude Trajectoires de soins, aucun retour aux données sources n'était possible.

### 3.2.8. Le délai d'obtention des données

Dans les études Prise en charge par échantillonnage et Accès aux IRM, le délai d'obtention des données correspond au délai nécessaire au recueil des données, soit 3 à 9 mois dans l'étude Prise en charge par échantillonnage et 3 semaines dans l'étude Accès aux IRM.

Dans l'étude Trajectoires de soins, les données du PMSI d'une année n sont disponibles environ 6 mois après la fin de cette année n. Il s'agit du délai nécessaire pour avoir une base de données nationale consolidée portant sur l'ensemble de l'année considérée.

Quant aux données des registres des cancers exploitées dans l'étude Prise en charge en population, elles sont disponibles dans les trois ans suivant le diagnostic de cancer (publication des données d'incidence dans les trois ans). Ce délai est imposé par la nécessité d'avoir un recueil exhaustif, c'est-à-dire de s'assurer, en multipliant les sources de données, que tous les cas de cancers des personnes résidant dans une zone géographique déterminée ont bien été enregistrés et décrits, en distinguant les cas incidents des cas prévalents.

### 3.2.9. Le recul sur les données

L'étude Prise en charge en population s'intéressait aux données postérieures à 1999.

Dans l'étude Trajectoires de soins, il était possible de retracer l'historique (les antécédents) des patients jusqu'en 2006.

Dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, il n'y a pas de limite théorique, en revanche, il y a des limites liées à la faisabilité d'une part, puisque l'étude requiert que les RCP soient fonctionnelles (c'est-à-dire depuis 2007) et liées à la qualité des données d'autre part ; le choix a été fait de s'intéresser aux données de l'année précédente de manière à disposer des informations sur la première année de prise en charge.

L'étude Accès aux IRM est une étude transversale répétée portant sur la période contemporaine, dont la première version a été réalisée en 2010.

### 3.2.10. Le suivi de l'évolution dans le temps

Le suivi de l'évolution dans le temps est possible dans les études Prise en charge en population et Trajectoires de soins de par un recueil de données standardisé et exhaustif de surcroît, réalisé en routine et non lié à l'étude, et accessible facilement. De nature longitudinale, l'étude Prise en charge en population a apporté des informations sur l'évolution du délai (entre le diagnostic et le premier traitement) au cours du temps.

Dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, un suivi de l'évolution dans le temps est envisageable. Toutefois, en pratique, l'organisation de l'étude et notamment le recueil des données qui nécessite souvent un retour au dossier du patient en limitent cette possibilité théorique.

L'enquête Accès aux IRM conduite en 2010 puis en 2011 peut être assimilée à une étude transversale répétée et permet ainsi une comparaison sur deux périodes du délai (d'obtention d'un rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension). À noter que l'étude a été reconduite en 2013, ces résultats sont en cours de parution.

### 3.2.11. Le type d'analyses statistiques

Les études Accès aux IRM et Prise en charge en population présentent les résultats d'analyses univariées descriptives. Les études trajectoires de soins et Prise en charge par échantillonnage présentent les résultats d'analyses multivariées.

En effet dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, 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.

Dans l'étude Trajectoires de soins, des analyses multivariées ont été conduites par un modèle log-binomial ou un modèle de Poisson avec variance robuste afin de rechercher les facteurs associés au curage ganglionnaire (pour les cancers in situ et cancer invasif sans envahissement ganglionnaire), les facteurs associés à l'absence de radiothérapie après mastectomie partielle, les facteurs associés à l'absence de chirurgie mammaire (cancer invasif sans envahissement ganglionnaire) ou encore les facteurs associés à des délais entre différentes phases du traitement plus longs que les délais recommandés.

Tableau 3. Comparatif des avantages et limites de chacune des études

	Prise en charge en population	Prise en charge par échantillonnage	Trajectoires de soins	Accès aux IRM
<b>Type de cancer :</b>				
Tous types théoriquement (mais en pratique limité aux 4 cancers les plus fréquents)		X		
Cancers enregistrés par les registres spécialisés	X			
Cancers avec prise en charge hospitalière			X	
Cancers requérant un examen d'IRM				X
<b>Description du cas de cancer :</b>				
Descriptif détaillé	X			
Descriptif détaillé théoriquement (mais attention à la qualité des données)		X		
Description limitée au diagnostic tel que défini dans la CIM10			X	
Non applicable				X
<b>Distinction des cas incidents et prévalents :</b>				
Cas incidents	X	X		
Cas incidents (sur la base des antécédents depuis 2006)			X	
Non applicable				X
<b>Population source :</b>				
Centres d'imagerie réalisant des IRM : population générale				X
Population générale (limitée aux zones géographiques couvertes par les registres)	X			
Population générale (limitée à un échantillon ayant une RCP)		X		
Population hospitalière			X	
<b>Représentativité théorique :</b>				
Exhaustif (de la population source)	X		X	X
Échantillon représentatif de la population source		X		

Tableau 3. Comparatif des avantages et limites de chacune des études (suite)

	Prise en charge en population	Prise en charge par échantillonnage	Trajectoires de soins	Accès aux IRM
<b>Type de recueil des données :</b>				
Données recueillies en routine	X			
Données recueillies en routine (limitées aux données hospitalières)			X	
Questionnaire spécifique sur la base de données recueillies en routine		X		
Questionnaire spécifique				X
<b>Accessibilité aux données sources :</b>				
Accès aux données sources				X
Accès aux données sources (sous réserve de s'intéresser aux données recueillies en routine)	X			
Retour partiel aux données sources		X		
Retour impossible aux données sources			X	
<b>Délai d'obtention des données :</b>				
Délai nécessaire au recueil des données		X		X
Délai d'élaboration de la base de données (6 mois de décalage)			X	
Délai de validation des données (3 années de décalage)	X			
<b>Recul sur les données :</b>				
Données postérieures à 1999	X			
Données postérieures à 2006			X	
Données postérieures à 2007 (mais attention à la qualité des données)		X		
Données 2010				X
<b>Suivi de l'évolution dans le temps :</b>				
Possible (recueil exhaustif standardisé)	X			X
Possible (recueil exhaustif standardisé de données hospitalières)			X	
Possible (sous réserve d'une procédure d'échantillonnage correcte pour des études répétées) mais lourd		X		
<b>Type d'analyses statistiques :</b>				
Analyses descriptives univariées	X			X
Analyses multivariées		X	X	



### 3.3. Résultats de ces principales études

#### 3.3.1. L'étude Prise en charge par échantillonnage

L'étude Prise en charge par échantillonnage a permis de dresser pour chacun des quatre principaux cancers, un état des lieux des **délais de prise en charge les plus traceurs du parcours de soins** des patients.

Cette étude a également permis d'étudier l'influence sur ces délais des facteurs suivants : le sexe (le cas échéant), l'âge, le mode de découverte du cancer, la taille de la tumeur, les caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique et la région (cf. l'annexe des principaux résultats).

L'effet de ces divers facteurs influençant les délais a pu être montré, mais, une fois pris en compte ces éléments, les analyses menées ont confirmé 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 (2, 3, 4).

#### 3.3.2. L'étude Prise en charge en population

Le travail du réseau Francim a permis de connaître avec précision les **délais de prise en charge des patients atteints de cancer une fois le diagnostic établi**, ainsi que les variations selon les principales caractéristiques des cas : sexe, classe d'âge, catégorie de la commune de résidence, période du diagnostic (1999-2003 et 2004-2008), et premier traitement reçu (cf. l'annexe des principaux résultats).

Une augmentation du délai de prise en charge entre les deux périodes de diagnostic (1999-2003 et 2004-2008) a notamment pu être mise en évidence pour le cancer du côlon, le cancer du rectum, le cancer du sein, tandis qu'une diminution du délai moyen de prise en charge et du délai médian entre les premiers symptômes et le traitement a été observée pour les cancers de la thyroïde et les tumeurs du SNC respectivement entre les deux périodes de diagnostic.

Il est possible que l'allongement des délais de prise en charge soit en partie expliqué par les modifications du bilan préthérapeutique ou la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires. Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre ces évolutions et optimiser les stratégies thérapeutiques pour ces patients.

Concernant les hémopathies malignes, les différences observées dans les délais moyens de prise en charge pourraient s'expliquer, en plus de la nature aiguë ou chronique des maladies considérées, par une offre de soins contrastée d'un département à l'autre. Cette interprétation n'exclut pas pour autant d'autres causes comme celles associées au patient (sa classe d'âge, son niveau social) qui font actuellement l'objet d'un programme de recherche (6).

### 3.3.3. L'étude Accès aux IRM

Pour la deuxième année consécutive, l'enquête 2011 a permis d'obtenir une photographie des délais de rendez-vous pour un examen d'IRM dans le cadre d'un bilan d'extension de cancers du sein, de l'utérus et de la prostate (cf. l'annexe des principaux résultats).

Les délais d'attente pour un examen d'IRM en cancérologie montrent que les délais d'attente varient en fonction du type de cancer pour lequel l'examen est demandé, du statut du centre d'imagerie et de la région. Le délai moyen d'obtention par téléphone d'un rendez-vous a diminué de 2 jours par rapport à 2010. Il y a une absence de corrélation entre les délais d'attente proposés et, d'une part la densité d'appareils d'IRM installés par région et d'autre part, l'incidence régionale du cancer étudié (1).

### 3.3.4. L'étude Trajectoires de soins

Les trajectoires thérapeutiques des femmes ayant un premier séjour spécifiquement lié à une prise en charge pour un cancer du sein en 2010 en France ont pu être retracées de façon quasi-exhaustive, en termes d'exérèse mammaire, de séances de chimiothérapie et de radiothérapie, à partir des bases médico-administratives. La connaissance du parcours d'une même femme requiert toutes les bases médico-administratives (MCO, HAD, SSR et radiothérapie libérale). Les délais depuis une première chirurgie d'exérèse jusqu'à la première séance de chimiothérapie adjuvante, ou jusqu'à la première séance de radiothérapie, avec et sans chimiothérapie adjuvante ou entre la dernière séance de chimiothérapie adjuvante et la première séance de radiothérapie ont pu être estimés (cf. l'annexe des principaux résultats).

Globalement, les trajectoires de soins décrites sont, en termes de chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie, d'autant plus proches des recommandations de bonnes pratiques que la trajectoire est simple, comme pour le cancer in situ. Cependant, certaines pratiques semblent s'en écarter, aller à l'encontre de ces mêmes recommandations. Les facteurs associés aux pratiques pouvaient être liés aux femmes (âge, comorbidités), aux types d'établissements (statut privé ou public, type de structure), à leur degré de spécialisation (volume global de l'activité de l'établissement en nombre de séjours par an, part de l'activité en cancérologie) ou à leur localisation géographique (5).

### 3.4. Comparaison des résultats

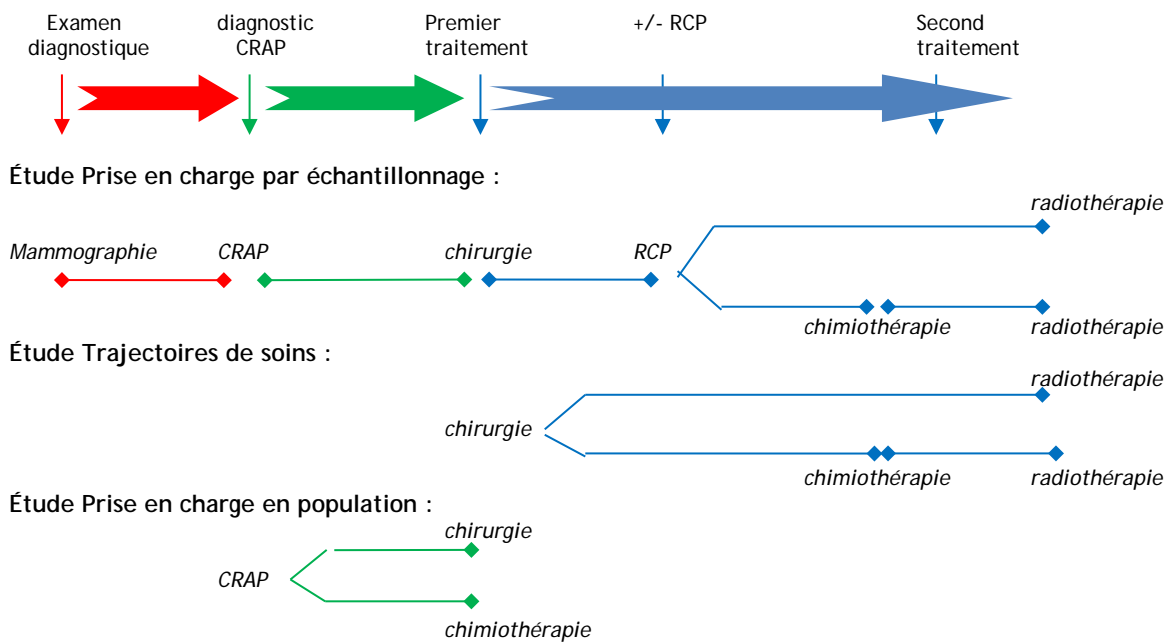
Pour deux types de cancer, le cancer du sein et le cancer du côlon, les mêmes délais ont été mesurés dans plusieurs de ces études ; leurs résultats peuvent ainsi être comparés.

Dans le cancer du sein, les données issues de trois études vont pouvoir être comparées. Il s'agit des études : Prise en charge par échantillonnage, Prise en charge en population et Trajectoire de soins.

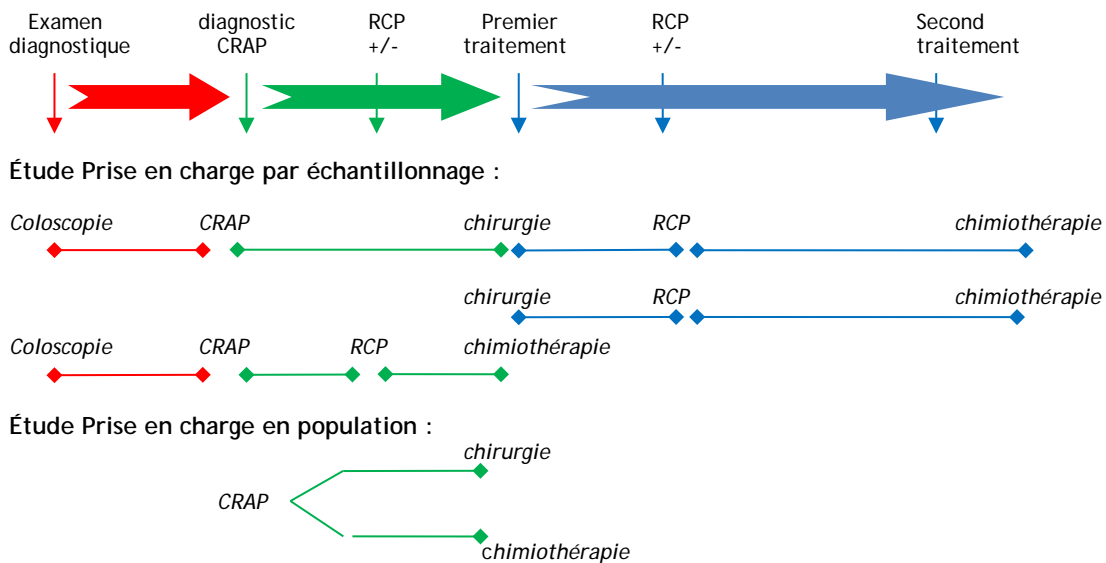
Dans le cancer du côlon, ce sont les études Prise en charge par échantillonnage et Prise en charge en population qui pourront être comparées.

La séquence des principales étapes prises en compte dans ces études peut être schématisée de la manière suivante :

Dans le cancer du sein



Dans le cancer du côlon :



### 3.4.1. Concernant le cancer du sein

Les études : Prise en charge par échantillonnage, Prise en charge en population et Trajectoire de soins vont être comparées deux à deux : les études Prise en charge par échantillonnage et Trajectoire de soins d'une part, les études Prise en charge par échantillonnage et Prise en charge en population d'autre part.

Une première comparaison peut être faite entre le délai d'accès à la chirurgie de l'étude Prise en charge par échantillonnage et le délai entre le diagnostic et le premier traitement de l'étude Prise en charge en population, chez les patientes ayant reçu une chirurgie seule, ce qui a été le cas de 88 % des patientes pour la période 1999-2003 et près de 84 % des patientes pour la période 2004-2008.

Dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, le **délai moyen d'accès à la chirurgie** (défini comme la date RCP préopératoire ou CRAP - date intervention chirurgicale) est de **22,9 jours** ( $\pm 13,9$ ) avec une médiane à 21 jours.

Dans l'étude Prise en charge en population, le délai moyen entre le diagnostic et le premier traitement est de **14,3 jours** ( $\pm 22,2$ ) avec une médiane à 6 jours chez les patientes recevant une chirurgie seule.

Pour le cancer du sein, le délai moyen d'accès à la chirurgie estimé a été plus court dans l'étude Prise en charge en population que celui estimé dans l'étude Prise en charge par échantillonnage. Toutefois, le délai fourni par l'étude Prise en charge en population pour les femmes recevant une chirurgie seule est calculé pour l'ensemble de la période de diagnostic, mais le délai (tous traitements confondus) a augmenté nettement entre les deux périodes de diagnostic : la moyenne est à **9,2 jours** ( $\pm 20,5$ ) et **20,4 jours** ( $\pm 23,3$ ) pour les périodes 1999-2003 et 2004-2008 respectivement.

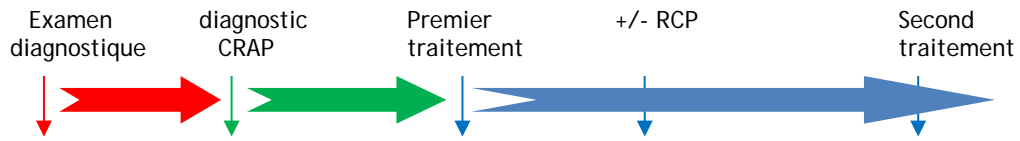
Aussi les résultats des deux études Prise en charge en population et Prise en charge par échantillonnage peuvent raisonnablement être considérés comme proches.

Une deuxième comparaison peut être réalisée sur les délais entre la chirurgie et la radiothérapie issus des études Prise en charge par échantillonnage et Trajectoire de soins.

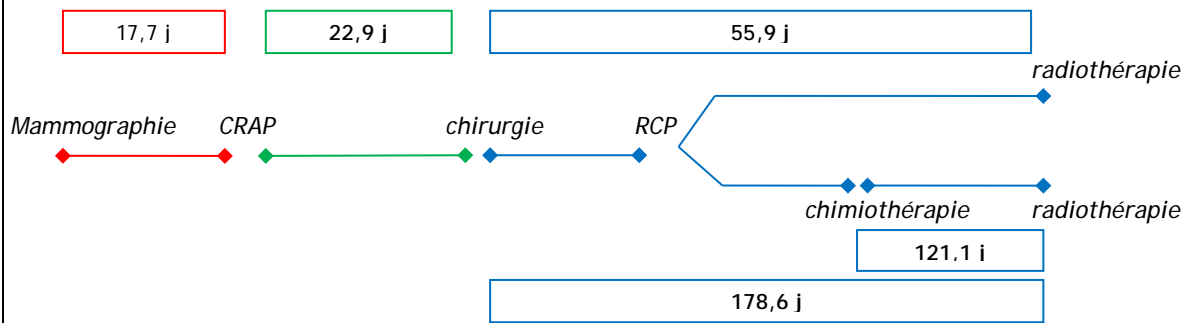
Dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, le délai moyen chirurgie - début de la radiothérapie sans chimiothérapie postopératoire était de 55,9 jours, avec chimiothérapie postopératoire il était de 178,6 jours, avec alors un délai moyen entre le début de la chimiothérapie et de la radiothérapie de 121,1 jours. Cette étude a été réalisée sur huit régions (Alsace, Auvergne, Franche-Comté, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Poitou-Charentes et PACA). Les délais obtenus dans l'étude Trajectoires de soins étaient respectivement de : 62,9 jours, 178,6 jours et 134,2 jours pour tous les types de cancer du sein confondus. De même que précédemment, les résultats des deux études Prise en charge par échantillonnage et Trajectoires de soins sont concordants.

L'étude Trajectoires de soins et l'étude Prise en charge en population ne peuvent pas être comparées dans la mesure où l'étude Trajectoires de soins s'intéresse à la période débutant après la chirurgie tandis que la période étudiée dans l'étude Prise en charge en population s'arrête au premier traitement c'est-à-dire à la chirurgie pour 83,7 % des patientes de la période 2004-2008.

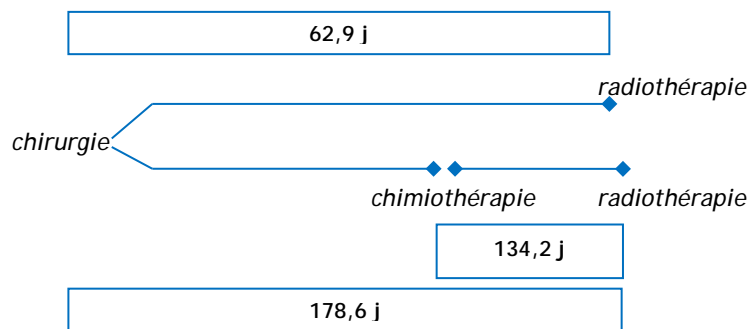
Cancer du sein : comparaison des délais communs aux principales études



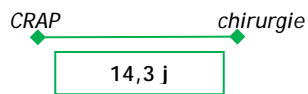
Étude Prise en charge par échantillonnage :



Étude Trajectoires de soins :



Étude Prise en charge en population :



NB : Pour des raisons pratiques, la largeur du cadre contenant le délai n'est pas proportionnelle à sa valeur

### 3.4.2. Concernant le cancer du côlon

La comparaison va porter sur des données issues de deux études : l'étude Prise en charge par échantillonnage et l'étude Prise en charge en population.

Les délais pouvant être comparés sont le délai d'accès à la chirurgie de l'étude Prise en charge par échantillonnage et le délai entre le diagnostic et le premier traitement de l'étude Prise en charge en population, dans la mesure où dans cette étude l'unique premier traitement était chirurgical.

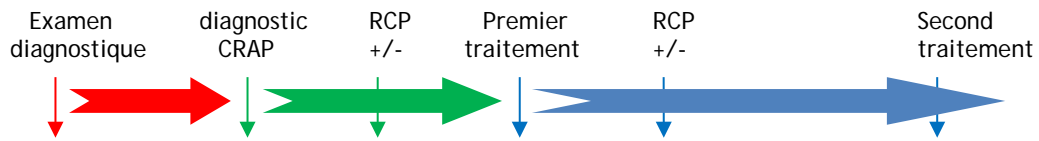
La répartition des cas de cancer par stade dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, était d'environ 13 %, 30 %, 23 % et 29 % pour les stades I à IV respectivement ; dans l'étude Prise en charge en population, la répartition des patients par stade variait de 13 à 18 %, 28 à 34 %, 20 à 26 % et 25 à 28 % selon le registre (Calvados, Côte d'Or et Saône-et-Loire) et la période (1999-2003 ou 2004-2008). La répartition des cancers par stade apparaît similaire dans les deux études Prise en charge par échantillonnage et Prise en charge en population.

Dans l'étude Prise en charge par échantillonnage, le **délai moyen d'accès à la chirurgie** (défini comme le délai entre le CRAP - intervention chirurgicale en l'absence de RCP préopératoire) est de **18,9 jours ( $\pm 14,9$ )**, avec une médiane à 15 jours.

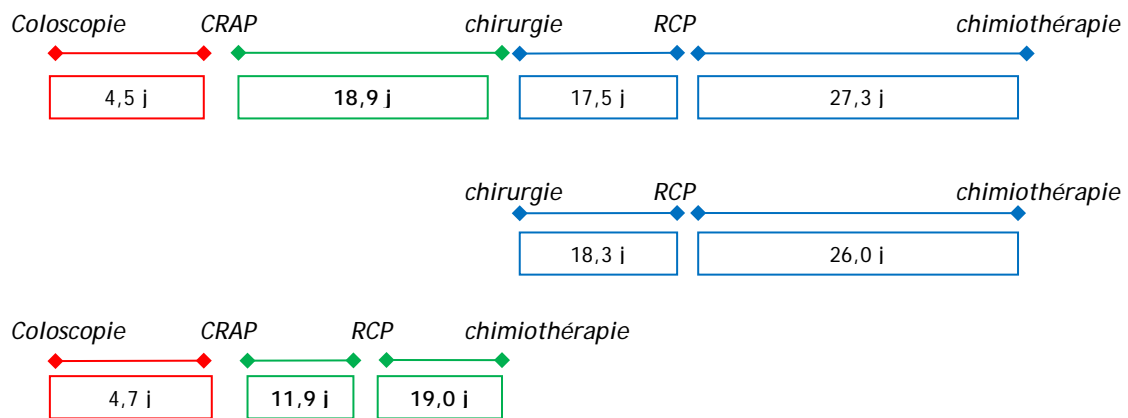
Dans l'étude Prise en charge en population, le **délai moyen entre le diagnostic et le premier traitement** varie de **17,1 jours ( $\pm 37,9$ )** à **19,9 jours ( $\pm 29,4$ )** selon le département, toutes périodes confondues. Une très large majorité, entre 94 % et 97 % des premiers traitements consistent en un acte chirurgical. Pour la période la plus récente, 2004-2008, le **délai moyen entre le diagnostic et le premier traitement** varie de **18,9 jours ( $\pm 32,1$ )** à **23,5 jours ( $\pm 28,6$ )** selon le département. En effet, dans l'étude Prise en charge en population, les résultats du cancer du côlon sont issus de 3 registres couvrant 4 départements : le Calvados, la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire, et le Finistère. Pour la période 2004-2008, dans le Calvados, le délai moyen entre le diagnostic et le premier traitement était de 23,5 jours ( $\pm 28,6$ ) avec une médiane à 17 jours, en Côte-d'Or et Saône-et-Loire, ce délai moyen était de 23,2 jours ( $\pm 28,3$ ) avec une médiane à 16 jours, et dans le Finistère, il était de 18,9 jours ( $\pm 32,1$ ) avec une médiane à 11 jours.

Il aurait été intéressant de comparer les résultats des études Prise en charge par échantillonnage et Prise en charge en population, obtenus pour des zones géographiques proches, malheureusement les résultats du délai moyen d'accès à la chirurgie pour le cancer du côlon n'ont pas été fournis par région dans l'étude Prise en charge par échantillonnage. Néanmoins, globalement, les délais moyens d'accès à la chirurgie sont proches dans les deux études Prise en charge par échantillonnage et Prise en charge en population.

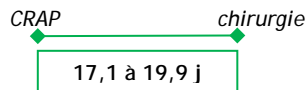
Cancer du côlon : comparaison des délais communs aux principales études



Étude Prise en charge par échantillonnage :



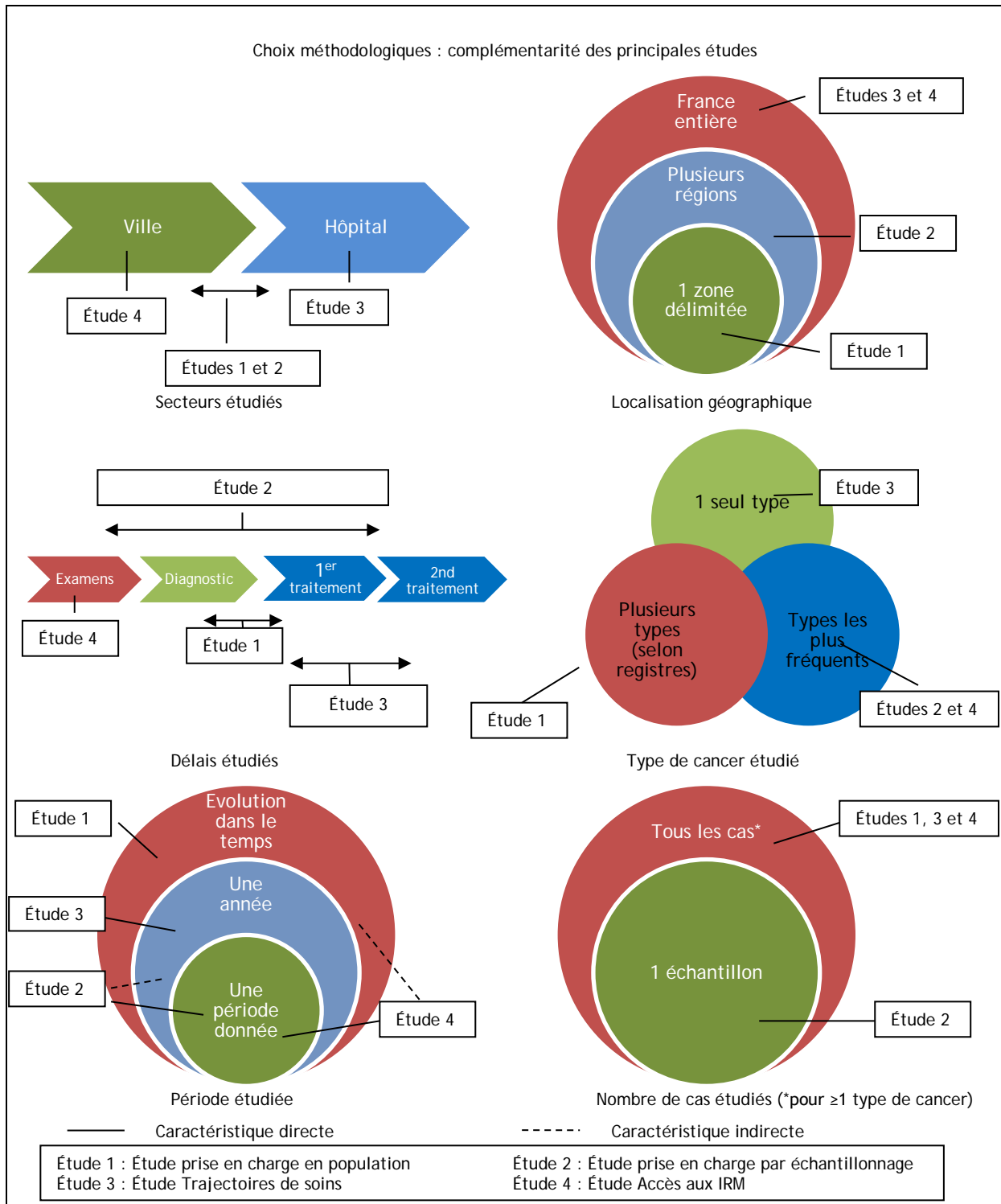
Étude Prise en charge en population :



NB : Pour des raisons pratiques, la largeur du cadre contenant le délai n'est pas proportionnelle à sa valeur

### 3.5. Complémentarité des études

Ces différentes études : Prise en charge par échantillonnage, Prise en charge en population, Trajectoires de soins, Accès aux IRM, ont toutes été réalisées pour répondre à un même objectif, la mesure du délai de prise en charge en cancérologie. Toutefois, cet objectif commun a été abordé au travers de problématiques variées, par des approches méthodologiques différentes en fonction de l'accessibilité et de la disponibilité des données. Ces choix méthodologiques sont schématisés ci-dessous.





Au final, chacune des études possède sa propre spécificité, résultant d'un compromis entre les avantages et les limites des méthodes choisies.

L'étude Prise en charge en population offre la possibilité de suivre les évolutions temporelles du délai de prise en charge de plusieurs types de cancer, de manière exhaustive mais sur des zones géographiques restreintes.

L'étude Prise en charge par échantillonnage fournit une description d'un nombre important d'événements traceurs des quatre cancers les plus fréquents, sur l'ensemble du territoire, mais la complexité de la mise en œuvre de ce type d'étude ne permet pas d'envisager sa pérennité dans le format actuel.

L'étude Trajectoires de soins permet de décrire les pratiques et les délais des étapes de la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein sur l'ensemble du territoire, mais elle est limitée aux étapes réalisées en milieu hospitalier.

L'étude Accès aux IRM, assez simple à mettre en œuvre, présente également l'avantage d'être exhaustive, mais elle se heurte à des problèmes de faisabilité (impossibilité de fournir l'ordonnance requise) générant de nombreuses non-réponses.

En s'intéressant aux diverses étapes de la prise en charge de pathologies cancéreuses variées, ces études enrichissent la connaissance des étapes clés de la prise en charge d'un patient en cancérologie, aussi ces études sont-elles complémentaires.

Lorsque les données le permettaient, c'est-à-dire si une même étape clé de la prise en charge d'un type de cancer identique était mesurée dans plusieurs études, les résultats ont été comparés entre les études et sont apparus concordants bien qu'obtenus par des méthodologies différentes. Cette concordance peut être interprétée comme une première approche d'un processus de validation des méthodes employées.

Ces résultats sont corroborés par ceux de l'étude VICAN2 qui viennent d'être publiés (7) et qui comprennent un volet sur les délais de prise en charge dans le cancer du sein et dans le cancer du poumon. Cette étude, réalisée en 2012, permet de dresser un état des lieux national des conditions de vie deux ans après le diagnostic, il ne s'agit pas à proprement parlé d'une étude sur les délais de prise en charge, elle n'entre donc pas dans l'analyse comparative de la méthodologie, des avantages et limites de chacune des principales études réalisées sur les délais en cancérologie.

À partir des données de consommation de soins du SNIIR-AM, les auteurs ont pu estimer sur un échantillon de 3577 personnes atteintes de cancer du sein les délais d'accès suivants : au diagnostic (8,1 jours en moyenne entre l'examen d'imagerie et la biopsie), à la chirurgie (34,2 jours en moyenne entre la biopsie et l'intervention chirurgicale), à la radiothérapie (52,7 jours en moyenne entre l'intervention chirurgicale et la première séance de radiothérapie) et le délai global mammographie-radiothérapie (97,7 jours en moyenne entre l'examen d'imagerie et première séance de radiothérapie) en l'absence de chimiothérapie postopératoire. En présence d'une chimiothérapie postopératoire, ces délais sont respectivement de 6,3 jours en moyenne pour l'accès au diagnostic, 30,2 jours en moyenne pour l'accès à la chirurgie, 172,6 jours en moyenne pour l'accès à la radiothérapie et 207,7 jours en moyenne pour le délai global mammographie-radiothérapie. Les patientes ayant eu une chimiothérapie néoadjuvante ou n'ayant pas été opérées pour leur cancer du sein ont été exclues des analyses.

De même, un échantillon de 1 154 personnes atteintes d'un cancer du poumon a permis d'estimer les délais d'accès suivants : au diagnostic (11,1 jours en moyenne entre l'examen d'imagerie et la biopsie), au premier traitement (40,8 jours en moyenne entre la biopsie et l'intervention chirurgicale ou la première séance de chimiothérapie) et le délai global imagerie-premier traitement (54,2 jours en moyenne entre l'examen d'imagerie et l'intervention chirurgicale ou la première séance de chimiothérapie).

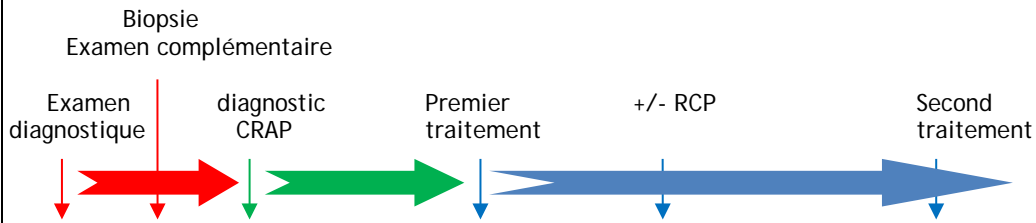
On peut constater que le délai d'accès au diagnostic de l'étude VICAN2 est différent de la définition retenue dans l'étude Prise en charge par échantillonnage qui débutait à l'examen d'imagerie mais se poursuivait jusqu'au compte rendu anatomopathologique de la biopsie.

Il est intéressant de noter que les délais d'accès à la radiothérapie (c'est-à-dire depuis l'intervention chirurgicale) dans le cancer du sein de l'étude VICAN2 (52,7 et 172,6 jours en moyenne en l'absence et en présence de chimiothérapie postopératoire respectivement) sont proches des délais observés dans l'étude Prise en charge par échantillonnage (avec 55,9 et 178,6 jours en moyenne en l'absence et en présence de chimiothérapie postopératoire respectivement) et

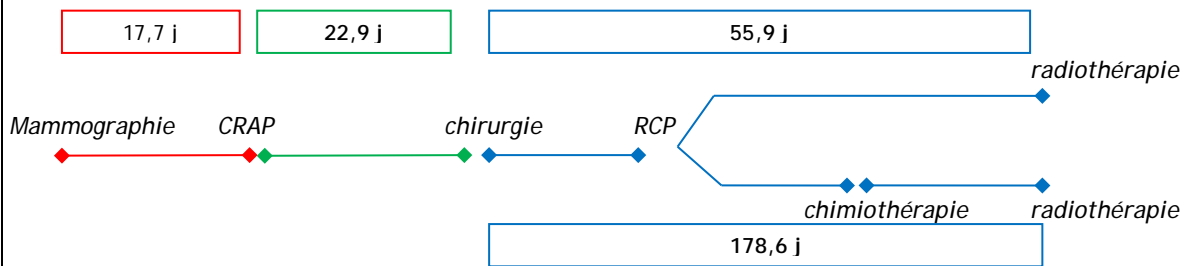
dans l'étude Trajectoires de soins (avec 62,9 et 178,6 jours en moyenne en l'absence et en présence de chimiothérapie postopératoire respectivement). Dans le cancer du poumon, le délai global imagerie-premier traitement de l'étude VICAN2 (54,2 jours en moyenne) est également proche des durées de parcours observées dans l'étude Prise en charge par échantillonnage (avec 49,1 et 61,6 jours pour un premier traitement par chimiothérapie ou par chirurgie respectivement).

Les représentations graphiques des résultats dans le cancer du sein d'une part et dans le cancer du poumon d'autre part figurent ci-après.

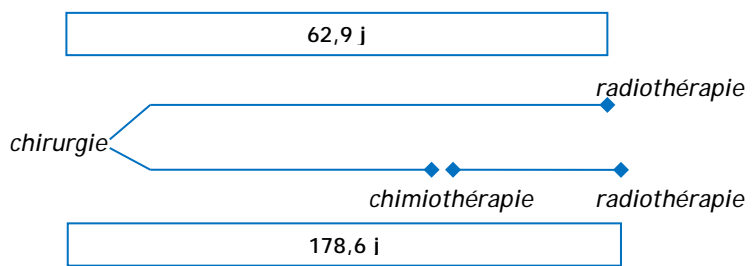
Cancer du sein : complémentarité des études de délai



Étude Prise en charge par échantillonnage :



Étude Trajectoires de soins :



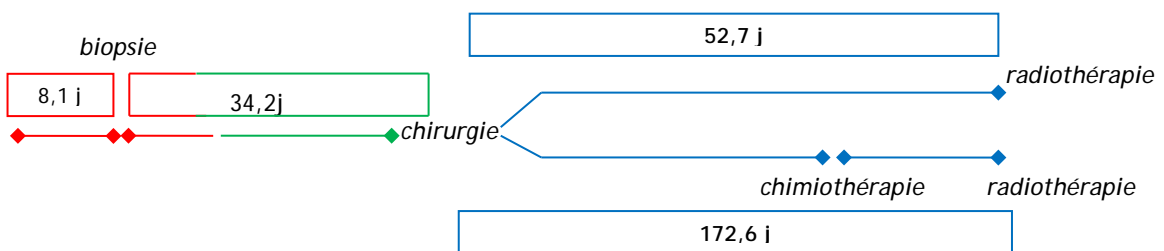
Étude Prise en charge en population :



Étude Accès aux IRM :

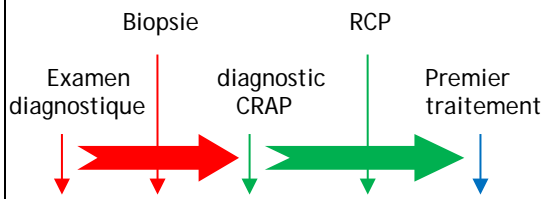


Étude VICAN2 :

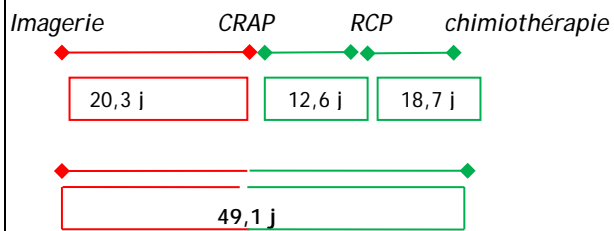
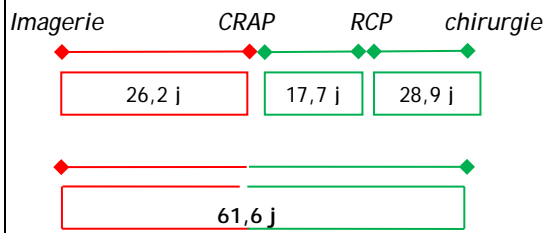


NB : Pour des raisons pratiques, la largeur du cadre contenant le délai n'est pas proportionnelle à sa valeur

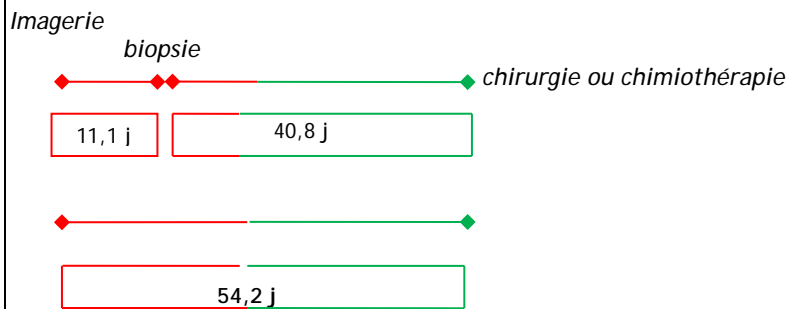
Cancer du poumon : complémentarité des études de délai



Étude Prise en charge par échantillonnage :



Étude VICAN2 :



NB : Pour des raisons pratiques, la largeur du cadre contenant le délai n'est pas proportionnelle à sa valeur

## 4. DISCUSSION

De ces quatre études, un premier constat peut être dégagé, le terme de délai de prise en charge, ou de trajectoire de soins, peut revêtir plusieurs définitions. Il peut s'agir d'une seule séquence, recouvrant différentes étapes (étude Prise en charge en population) ou non (étude Accès aux IRM), ou des éléments traceurs prédéfinis (étude Prise en charge par échantillonnage), ou encore des étapes successives de différentes séquences de prise en charge dont l'ordre chronologique a pu être déterminé grâce à l'étude réalisée (étude Trajectoires de soins).

Ces études ont permis de dresser un état des lieux des délais observés à différentes étapes de la prise en charge d'un patient en oncologie, qu'il s'agisse des délais de prise en charge les plus traceurs du parcours de soins des patients pour chacun des quatre principaux cancers (prostate, sein, côlon, poumon), ou des délais de prise en charge des patients atteints de cancer une fois le diagnostic établi pour les cancers suivis par les registres spécialisés. Les délais de rendez-vous pour un examen d'IRM dans le cadre d'un bilan d'extension de cancers du sein, de l'utérus et de la prostate ont également pu être décrits. Enfin, les trajectoires de soins chez des patientes faisant un premier séjour hospitalier spécifiquement lié à une prise en charge pour un cancer du sein ont été retracées, c'est-à-dire les délais depuis une première chirurgie d'exérèse jusqu'à la première séance de chimiothérapie adjuvante, ou jusqu'à la première séance de radiothérapie, avec et sans chimiothérapie adjuvante ou entre la dernière séance de chimiothérapie adjuvante et la première séance de radiothérapie.

En plus de l'amélioration des connaissances sur les délais de prise en charge des patients atteints de cancer, ces études, notamment les études Prise en charge par échantillonnage et Trajectoires de soins, permettent une comparaison des pratiques aux recommandations en vigueur.

Les résultats de ces études constituent également un référentiel permettant aux praticiens de situer leur centre par rapport aux autres centres (8). Après le deuxième plan cancer qui a permis d'initier ces études sur les délais, une des ambitions du troisième plan cancer est d'inscrire les délais de prise en charge parmi les indicateurs de qualité rendus publics par les établissements. Cette ambition de maîtrise des délais de prise en charge en oncologie est partagée par d'autres états. En effet, ces délais de prise en charge en oncologie font l'objet d'un suivi au Canada, en Grande-Bretagne, en Italie et en Suède par exemple (9).

Au-delà de la connaissance et de la compréhension des parcours de prise en charge des personnes atteintes de cancer, il est important d'identifier les délais effectivement trop longs et de tenter de les réduire. Toutefois, il convient d'être prudent dans l'interprétation des délais car une prise en charge de qualité ne signifie pas automatiquement un délai court. Un délai trop long (supérieur à 12 semaines) entre une chimiothérapie adjuvante et une mastectomie totale, ou encore entre la radiothérapie et une mastectomie partielle peut en effet impacter la survie et entraîner de fait une perte de chance pour le patient. De même, le délai entre un examen de dépistage positif et l'examen permettant de poser le diagnostic est générateur d'angoisse pour le patient, il y a donc intérêt à réduire autant que possible la durée de la séquence : examen de dépistage - biopsie - compte rendu anatomopathologique.

En revanche, d'autres délais peuvent paraître longs alors qu'ils ne correspondent en fait qu'au temps nécessaire pour assurer une prise en charge optimale (réalisation des examens complémentaires, discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire). C'est par exemple le cas dans le cancer du poumon lorsque l'état général du patient ou la situation clinique nécessitent de prolonger les délais avant la mise en œuvre de traitements lourds (préparation du patient) ou dans le cancer de la prostate (bilan préthérapeutique).

De nombreux paramètres sont également à prendre en compte dans l'analyse des résultats autour de la problématique de l'accessibilité à l'IRM. En effet, l'exigence de certains centres d'IRM de disposer de l'ordonnance pour fixer un rendez-vous limite le taux de réponse à 57 % dans l'étude Accès aux IRM, ce taux de participation soulevant la question de la représentativité de l'échantillon interrogé. Par ailleurs, l'augmentation du parc d'appareils s'est accompagnée d'une augmentation du nombre d'examens liée notamment à la substitution de la radiographie par l'IRM afin de réduire l'exposition aux rayonnements ionisants. Ainsi le contexte et son évolution doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats.

Les quatre études réalisées ont ciblé des étapes de la prise en charge après l'examen permettant de poser le diagnostic, qu'il s'agisse de la succession des étapes clés de la prise en charge d'un patient

ou de l'accès au premier traitement ou aux bilans d'extension au moment du diagnostic avec les études réalisées sur le délai d'accès à une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension de cancer, il serait également utile de connaître les délais d'accès aux examens diagnostiques (tels que la mammographie, la radiographie, la coloscopie...). En effet, ces délais pourraient révéler des disparités régionales mais également refléter des inégalités d'accès aux soins liées au patient. En l'absence de telles données, il n'est pas possible d'identifier un éventuel délai au diagnostic susceptible d'engendrer un retard potentiel à la prise en charge d'un patient en cancérologie. La méthodologie à adopter devrait alors permettre l'accès à des données de médecine libérale.

Une étude est d'ailleurs en cours dans 4 registres spécialisés, avec notamment une mesure du délai entre les symptômes et la 1<sup>re</sup> consultation (qu'elle ait lieu en secteur libéral ou hospitalier), et le délai entre la 1<sup>re</sup> consultation et les examens diagnostiques pour différents cancers : le sein, le côlon-rectum, l'ovaire, l'œsophage, le pancréas et les hémopathies malignes qui recouvrent des entités cliniques très différentes d'évolutivité aiguë, subaiguë, ou chronique.

Les études se sont concentrées sur les cancers les plus fréquents mais de nombreux autres types de cancer, qui pourraient éventuellement présenter des particularités dans le parcours de leur prise en charge n'ont pas été étudiés. Il serait également intéressant de dresser un état des lieux de la prise en charge des patients pour les autres types de cancer moins fréquents.

À l'avenir, le développement et le déploiement des systèmes de collecte de données en routine, tels que le service « Dossier Communicant de Cancérologie » du Dossier Médical Personnel, ou le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM), devraient aider à enrichir les connaissances et le suivi des délais de prise en charge. D'une part, la mise à disposition de données informatisées, comme c'est déjà le cas avec les données du PMSI, accélère l'accès aux informations en s'affranchissant de la mise en œuvre d'un recueil ad hoc. D'autre part, le champ des données disponibles devrait s'en trouver élargi, en intégrant les données de remboursement de ville. La « cohorte cancer » développée par l'INCa en lien avec la Cnamts et l'IDS devrait ainsi améliorer l'état des connaissances des délais de prise en charge.

D'autres délais sont également mesurés de manière récurrente sans pour autant faire l'objet d'une étude spécifique. C'est par exemple le cas du délai de rendu des résultats de tests de génétique moléculaire entre laboratoires, ce délai correspond à la durée nécessaire à la réalisation des examens au sein du laboratoire mais il ne prend pas en compte le temps nécessaire à la réception des prélèvements et au rendu des résultats au patient. Il ne reflète donc pas nécessairement le temps d'attente réel pour le patient et le clinicien (10).

Les délais d'obtention d'un rendez-vous en consultation d'oncogénétique pour une nouvelle famille ou encore les délais de réponse pour les principaux gènes sont aussi recueillis dans le cadre de l'étude du suivi annuel de l'activité d'oncogénétique (11).

Ces derniers exemples montrent que la liste des événements traceurs des parcours de prise en charge d'un patient en cancérologie s'allonge avec l'évolution des connaissances.

## 5. CONCLUSION

Les quatre études principales se sont intéressées à divers délais du parcours de soins. Ces études illustrent la variété des délais qui peuvent être pris en considération dans la compréhension de la prise en charge dans le domaine de la cancérologie et dans l'accessibilité à ces données. En ce sens, ces études sont complémentaires. De plus, leur méthodologie propre, soit qu'elles aient été réalisées par des registres spécialisés c'est-à-dire sur des zones géographiques localisées, soit qu'elles aient été réalisées dans plusieurs régions sur la base des comptes rendus de RCP, ou encore à partir des données hospitalières issues de la base PMSI, permet d'explorer des voies différentes d'accès aux données. Lorsque cela a été possible, les délais obtenus selon différentes méthodologies ont été comparés et les résultats sont concordants, ce qui est un argument en faveur de la validité des méthodes employées.

L'ensemble de ces travaux a permis non seulement d'améliorer la connaissance des délais de prise en charge d'un patient atteint de cancer, mais également un suivi de l'évolution de ces délais. Ces études ont aussi permis une évaluation de la mise en application des recommandations et des politiques de santé publique.

Les types de cancer moins fréquents n'ont pas été étudiés, tout comme les étapes antérieures au diagnostic et particulièrement le délai d'accès aux premiers examens diagnostiques.

À terme, l'objectif devrait être d'élargir le champ des délais étudiés, tant au niveau des événements traceurs que des pathologies cancéreuses. Cette analyse comparative de la méthodologie des principales études de délais en cancérologie devrait aider à l'élaboration des nouvelles études à conduire notamment dans le cadre du Plan cancer 2014-2019. En effet, cette synthèse montre qu'il n'y a pas une méthode unique pour accéder aux délais, mais que la méthodologie à adopter dépend de multiples paramètres dont les avantages et les limites sont à prendre en considération. Cette synthèse méthodologique de travaux réalisés dans le cadre du second Plan cancer constitue une première étape dans la mise en œuvre du troisième Plan cancer, et notamment dans sa mesure 2.2 qui vise à développer une politique active de maîtrise des délais de prise en charge.

Les déterminants d'éventuelles différences qui pourraient apparaître dans les délais de prise en charge devront être identifiés, en se focalisant sur les délais pouvant avoir des répercussions délétères pour le patient. Cela supposera notamment de séparer les délais trop longs qui nécessiteraient d'être raccourcis des délais incompressibles car indispensables à une meilleure prise en charge du patient.

Enfin, des mesures systématiques des délais, de manière informatisée, pourraient être envisagées afin d'en suivre l'évolution. L'utilisation du DCC et du SNIIRAM devrait faciliter le développement de telles études de délai en cancérologie en accélérant leur mise en œuvre et en élargissant leur périmètre, notamment aux soins de ville.

## 6. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INCa. « Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2011 dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate ». Collection Enquêtes et sondages. Mars 2012.
2. INCa. « 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 et enquêtes. Juin 2013.
3. INCa. « Délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France en 2011 ». Collection Études et expertises. Juin 2012.
4. INCa. « Délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate dans plusieurs régions de France en 2012 ». Collection Études et enquêtes. Juin 2013.
5. INCa. « Analyse des trajectoires de soins des femmes atteintes d'un cancer du sein en 2010, à partir des bases médico-administratives françaises » (thèse de doctorat en médecine soutenue par Delphine Lefevre le 08/01/2014). Rapport INCa à paraître.
6. INCa. « Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008 ». Collection État des lieux et des connaissances. Novembre 2012.
7. INCa. « La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer ». Collection Études et enquêtes. Juin 2014
8. Revaux A, Laas E, Chopier J, Thomassin-Naggara I, Touboul E, Antoine M, Gligorov J, Darai E. Délais au traitement du cancer du sein : expérience d'un centre expert (CEX) de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP). Gynécologie Obstétrique et Fertilité (2014) in Press.
9. The Commonwealth Fund. International profiles of health care systems. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Novembre 2013
10. INCa. Synthèse de l'activité des plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers en 2012, en vue d'optimiser leur évolution. Collection Bilans d'activité et d'évaluation. Janvier 2014
11. INCa. Synthèse de l'activité d'oncogénétique 2012 - consultations et laboratoires. Collection Bilans d'activité et d'évaluation. Décembre 2013
12. INCa. « Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2013 dans le cadre d'un bilan d'extension pour un cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate ». Rapport INCa à paraître.



## 7. ANNEXE : PRINCIPAUX RÉSULTATS DES QUATRE ÉTUDES

## CANCER DU SEIN (Étude Prise en charge par échantillonnage)

### ➤ 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 post-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

<b>Délai d'accès à la radiothérapie</b>	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]

### 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.

## CANCER DU SEIN (Étude Prise en charge en population)

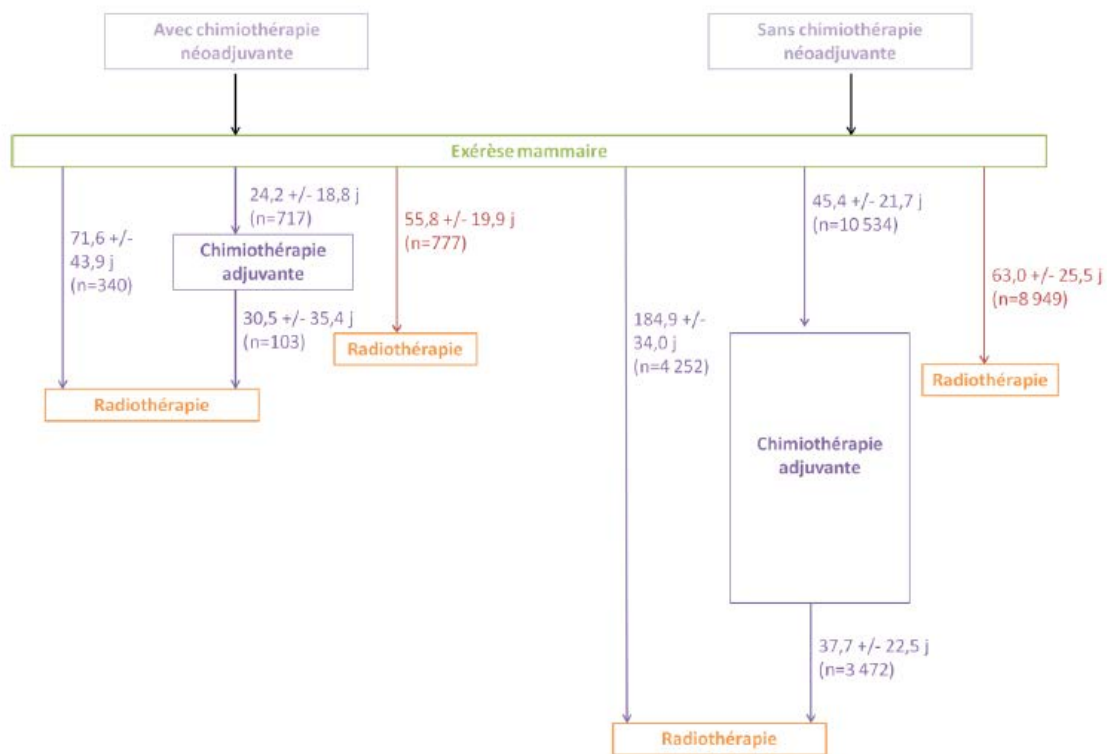
	Délai moyen ± écart-type
Nombre de cas total	3700
Période de diagnostic	
1999-2003	9,2 ± 20,5
2004-2008	20,4 ± 23,3
1er traitement reçu	
Chirurgie seule	14,3 ± 22,2
Chimiothérapie <sup>a</sup>	33,8 ± 16,6
Chimiothérapie néoadjuvante <sup>b</sup>	21,9 ± 11,1
Radiothérapie	23,3 ± 26,0
Hormonothérapie	20,9 ± 41,4
Chirurgie + hormonothérapie	-
Chimiothérapie néoadjuvante+hormonothérapie	22,0 ± 8,9
Radiothérapie + hormonothérapie	-

a : patients traités par chimiothérapie sans prise en charge chirurgicale

b : patients traités par chimiothérapie avant la chirurgie

## CANCER DU SEIN (Étude Trajectoires de soins)

Dans les cancers du sein invasifs (sans envahissement ganglionnaire ni métastase) :



Notes de lecture : Les délais en violet concernent la séquence mastectomie – chimiothérapie adjuvante – radiothérapie. Le délai en rouge concerne la séquence mastectomie – radiothérapie. Les délais sont inscrits à droite de la flèche correspondante

NB : Pour des raisons pratiques, la longueur des flèches n'est pas proportionnelle au délai représenté

Dans les cancers du sein in situ, le délai moyen entre l'exérèse mammaire et la radiothérapie était de 62,6 ± 23,2 jours, avec une médiane de 56,0 jours.

## CANCER DU CÔLON (Étude Prise en charge par échantillonnage)

### ➤ 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

### 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).

## CANCER DU CÔLON (Étude Prise en charge en population) :

	Registre 1	Registre 2	Registre 3
Nombre de cas total	Délai moyen ± écart-type 2514	Délai moyen ± écart-type 2931	Délai moyen ± écart-type 2430
Période de diagnostic			
1999-2003	14,1 ± 26,4	18,2 ± 35,2	15,9 ± 44,9
2004-2008	23,5 ± 28,6	23,2 ± 28,3	18,9 ± 32,1
1er traitement reçu			
Radiothérapie	-	-	-
Chimiothérapie	-	-	-
Radio- chimiothérapie	-	-	-
Chirurgie seule	18,5 ± 28,0	19,9 ± 29,4	17,1 ± 37,9

## CANCER DU POUMON (Étude Prise en charge par échantillonnage)

### ➤ 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

#### 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.

## CANCER DE LA PROSTATE (Étude Prise en charge par échantillonnage)

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

#### 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

#### 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

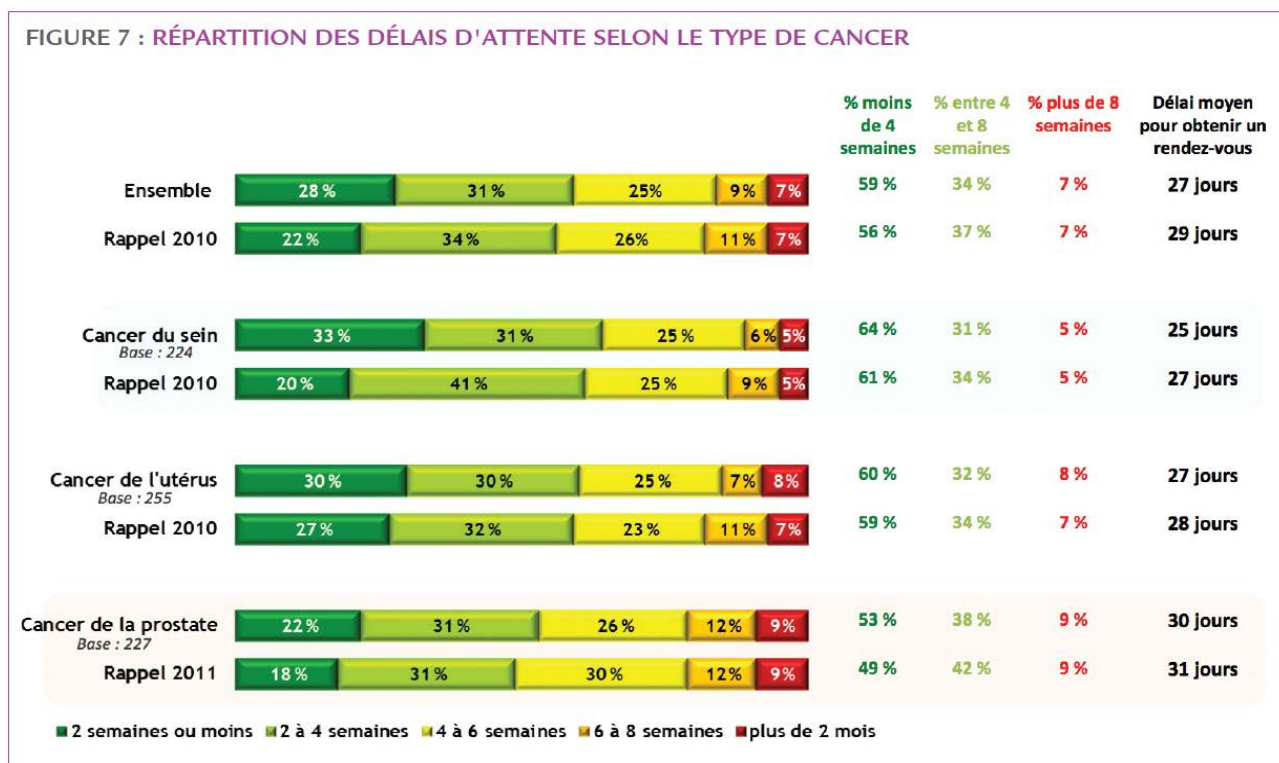
Enfin, pour chacun des délais, **des différences significatives entre régions**, étaient notées parfois importantes (pouvant atteindre en moyenne un facteur 1,5 à 1,7 et pouvant atteindre un facteur 4 pour le délai d'accès au traitement non chirurgical).

## CANCER DU SEIN, DE L'UTÉRUS, DE LA PROSTATE (Étude Accès aux IRM)

Au final 1424 interviews ont été réalisées : 476 pour le cancer du sein, 480 pour le cancer de l'utérus et 468 pour le cancer de la prostate.

La fixation de rendez-vous après contact téléphonique était immédiate dans 57 % des cas (*versus* 45 % en 2010), une majorité de centres d'imagerie souhaitant disposer matériellement de l'ordonnance pour fixer le rendez-vous dans un deuxième temps.

FIGURE 7 : RÉPARTITION DES DÉLAIS D'ATTENTE SELON LE TYPE DE CANCER



## THYROÏDE (Étude Prise en charge en population) :

	Délai moyen ± écart-type
Nombre de cas total	452
Période de diagnostic	
1999-2003	88,1 ± 150,7
2004-2008	60,6 ± 102,2
1er traitement reçu	
Radiothérapie	-
Chimiothérapie	-
Radio- chimiothérapie	-
Chirurgie	-
Chirurgie + Iode 131	75,0 ± 130,5

Délai entre la date de diagnostic et la date du traitement par l'iode 131 (premier traitement institué). Le diagnostic étant posé à la chirurgie, les dates de diagnostic et de réalisation de la chirurgie sont identiques.

## RECTUM (Étude Prise en charge en population)

	Registre 1	Registre 2	Registre 3	Registre 4
Nombre de cas total	Délai moyen ± e.t. 582	Délai moyen ± e.t. 916	Délai moyen ± e.t. 983	Délai moyen ± e.t. 1541
Période de diagnostic				
1999-2003	34,7 ± 29,2	32,7 ± 31,2	29,0 ± 37,4	22,2 ± 19,4
2004-2008	42,7 ± 35,2	42,6 ± 36,7	40,9 ± 38,1	31,4 ± 24,0
1er traitement reçu				
Radiothérapie	38,1 ± 23,8	38,4 ± 25,6	37,7 ± 31,1	32,3 ± 19,7
Chimiothérapie	46,3 ± 39,7	30,8 ± 25,2	31,0 ± 15,6	31,0 ± 19,9
Radio- chimiothérapie	40,2 ± 15,5	37,8 ± 18,8	43,4 ± 23,8	36,8 ± 20,1
Chirurgie seule	38,0 ± 40,5	39,0 ± 43,7	28,9 ± 46,6	23,3 ± 22,8

e.t. : écart-type

## HÉMOPATHIES MALIGNES (Étude Prise en charge en population)

Délais (jours)\* entre le diagnostic et le début du premier traitement des cas d'hémopathies lymphoïdes enregistrés par les registres spécialisés :

Lymphomes de Hodgkin	Registre 1	Registre 2	Registre 3
Nombre de cas total	Délai moyen ± écart-type 129	Délai moyen ± écart-type 150	Délai moyen ± écart-type 278
Période de diagnostic			
1999-2003	-	26 ± 21	-
2002-2003	-	-	28 ± 26
2004-2008	45 ± 39	27 ± 23	30 ± 18
Ensemble des cas	47 ± 48	26 ± 22	29 ± 21

\* Les délais moyens ont été calculés lorsque les effectifs étaient suffisants

Lymphomes B diffus à grandes cellules	Registre 1	Registre 2	Registre 3
Nombre de cas total	Délai moyen ± écart-type 282	Délai moyen ± écart-type 297	Délai moyen ± écart-type 557
Période de diagnostic			
1999-2003	-	29 ± 64	-
2002-2003	-	-	30 ± 40
2004-2008	35 ± 42	26 ± 17	33 ± 31
Ensemble des cas	36 ± 42	28 ± 47	32 ± 33

\* Les délais moyens ont été calculés lorsque les effectifs étaient suffisants

Lymphomes folliculaires	Registre 1	Registre 2	Registre 3
Nombre de cas total	Délai moyen ± écart-type 135	Délai moyen ± écart-type 177	Délai moyen ± écart-type 360
Période de diagnostic			
1999-2003	-	54 ± 124	-
2002-2003	-	-	45 ± 44
2004-2008	117 ± 194	87 ± 137	51 ± 43
Ensemble des cas	117 ± 194	72 ± 131	50 ± 43

\* Les délais moyens ont été calculés lorsque les effectifs étaient suffisants



## TUMEURS DU SNC - 1 (Étude Prise en charge en population)

Délais (en jours) entre les premiers symptômes et le début du premier traitement des tumeurs du SNC enregistrées en Gironde selon le premier traitement reçu :

Tumeurs neuroépithéliales		1999-2003	2004-2008
		Délai moyen ± écart-type	Délai moyen ± écart-type
Nombre de cas total		74	170
Ensemble des cas		182 ± 429	63 ± 146
1er traitement reçu			
	Radiothérapie	-	66 ± 28
	Chimiothérapie	-	238 ± 443
	Chirurgie	191 ± 443	57 ± 132
	Autre	-	-
Tumeurs des méninges		1999-2003	2004-2008
		Délai moyen ± écart-type	Délai moyen ± écart-type
Nombre de cas total		57	108
Ensemble des cas		166 ± 231	76 ± 145
1er traitement reçu			
	Radiothérapie	-	68 ± 55
	Chimiothérapie	-	-
	Chirurgie	168 ± 232	77 ± 148
	Autre	-	-
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux*		1999-2003	2004-2008
		Délai moyen ± écart-type	Délai moyen ± écart-type
Nombre de cas total		12	60
Ensemble des cas		518 ± 507	254 ± 235
1er traitement reçu			
	Radiothérapie	-	-
	Chimiothérapie	-	-
	Chirurgie	518 ± 507	254 ± 237
	Autre	-	-
Autres tumeurs du SNC		1999-2003	2004-2008
		Délai moyen ± écart-type	Délai moyen ± écart-type
Nombre de cas total		26	37
Ensemble des cas		150 ± 339	170 ± 257
1er traitement reçu			
	Radiothérapie	-	-
	Chimiothérapie	-	-
	Chirurgie	259 ± 439	183 ± 270
	Autre	18 ± 15	-

## TUMEURS DU SNC – 2 (Étude Prise en charge en population)

Délais (en jours) entre l'imagerie et le début du premier traitement des tumeurs du SNC enregistrées en Gironde selon le premier traitement reçu : (Étude Francim)

Tumeurs neuroépithéliales		1999-2003	2004-2008
		Délai moyen ± écart-type	Délai moyen ± écart-type
Nombre de cas total		76	230
Ensemble des cas		47 ± 179	34 ± 85
1er traitement reçu			
	Radiothérapie	-	59 ± 47
	Chimiothérapie	-	27 ± 14
	Chirurgie	36 ± 150	33 ± 87
	Autre	-	-
<hr/>			
Tumeurs des méninges		1999-2003	2004-2008
		Délai moyen ± écart-type	Délai moyen ± écart-type
Nombre de cas total		86	193
Ensemble des cas		111 ± 324	39 ± 77
1er traitement reçu			
	Radiothérapie	58 ± 53	69 ± 43
	Chimiothérapie	-	-
	Chirurgie	116 ± 335	38 ± 78
	Autre	-	-
<hr/>			
Tumeurs des nerfs crâniens et spinaux*		1999-2003	2004-2008
		Délai moyen ± écart-type	Délai moyen ± écart-type
Nombre de cas total		22	97
Ensemble des cas		415 ± 718	138 ± 206
1er traitement reçu			
	Radiothérapie	-	-
	Chimiothérapie	-	-
	Chirurgie	410 ± 744	138 ± 207
	Autre	-	-
<hr/>			
Autres tumeurs du SNC		1999-2003	2004-2008
		Délai moyen ± écart-type	Délai moyen ± écart-type
Nombre de cas total		40	50
Ensemble des cas		100 ± 258	70 ± 130
1er traitement reçu			
	Radiothérapie	-	-
	Chimiothérapie	-	-
	Chirurgie	201 ± 364	62 ± 99
	Autre	17 ± 30	-

# GLOSSAIRE

**Adjuvant (Traitement)** : Se dit d'un traitement qui complète un traitement principal afin de prévenir un risque de récurrence locale ou de métastases

**Base de « sondage »** : répertoire des individus appartenant au champ de l'enquête, ou bien d'unités collectives, par lesquelles on peut avoir accès aux individus à étudier. L'étude peut ensuite porter sur l'ensemble de la population ou seulement sur une partie appelée échantillon.

**Biais** : il s'agit d'une erreur systématique, qui est particulièrement marquée dans un sens donné.

**Charlson (score de)** : il s'agit d'un score permettant d'estimer le risque de décès d'un patient en fonction des co-morbidités qu'il présente.

**Incidence brute** : Nombre de personnes nouvellement atteintes d'une maladie (nouveaux cas) survenue durant une période donnée et dans une population définie. S'exprime en nombre ou en taux, la période considérée étant généralement l'année (voir aussi prévalence).

**Incident (Cas)** : Personne nouvellement atteinte d'une maladie (nouveau cas) survenue au cours d'une période donnée et dans une population définie.

**Métastase** : Tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur (tumeur primitive) et qui ont migré par les vaisseaux lymphatiques ou les vaisseaux sanguins dans une autre partie du corps où elles se sont installées. Les métastases se développent de préférence dans les poumons, le foie, les os, le cerveau. Ce n'est pas un autre cancer, mais le cancer initial qui s'est propagé. Par exemple, une métastase d'un cancer du sein installée sur un poumon est une tumeur constituée de cellules de sein ; ce n'est pas un cancer du poumon. Le risque de développer des métastases dépend des particularités de la première tumeur.

**Multivariée (analyse)** : Il s'agit d'une analyse où plusieurs facteurs (dits variables indépendantes ou variables explicatives) sont considérés simultanément pour expliquer un phénomène (dit variable dépendante ou variable à expliquer) (voir aussi univariée). Ce type d'analyse permet de tenir compte de l'impact des facteurs les uns par rapport aux autres.

**Mystère (Enquête)** : Il s'agit d'une enquête au cours de laquelle l'enquêteur se place en situation réelle de demande de soin (pour un proche parent ici) de manière anonyme et selon un scénario prédéfini.

**Néo-adjuvant (Traitement)** : se dit d'un traitement qui précède un traitement principal.

**Population source** : population dont est extrait l'échantillon lors de la réalisation de l'étude.

**Prévalence** : Nombre de personnes atteintes d'une maladie pour une période et une population données. À la différence de l'incidence, la prévalence ne distingue pas les personnes contractant la maladie durant la période considérée de celles ayant contracté la maladie avant cette période. Exprimée généralement en taux (voir aussi incidence).

**Prévalent (Cas)** : personne atteinte d'une maladie pour une période donnée et une population définie, que la maladie soit survenue avant ou pendant la période considérée.

**pTNM (Classification)** : il s'agit de la classification TNM (voir ce terme) post-chirurgicale.

**Prospectif (Recueil)** : le mode de recueil des données est dit prospectif si l'événement d'intérêt à recueillir est susceptible de survenir après le début de l'étude (voir aussi rétrospectif).

**Rétrospectif (Recueil)** : le mode de recueil des données est dit rétrospectif si l'événement d'intérêt à recueillir est censé s'être réalisé avant le début de l'étude (voir aussi prospectif).

**TNM (Classification)** : Classification internationale qui permet de rendre compte du stade d'un cancer. La lettre T est l'initiale de tumeur et correspond à la taille de la tumeur ; la lettre N est l'initiale de nœud qui signifie ganglion en anglais et indique si des ganglions lymphatiques ont été ou non envahis ; la lettre M est l'initiale de métastase et signale la présence ou l'absence de métastases (voir aussi métastase).

**Transversale (Étude)** : étude réalisée sur une population définie dans laquelle on recueille des informations une seule fois pour chaque individu.

**Univariée (Analyse)** : Il s'agit d'une analyse où un seul facteur (dit variable indépendante ou variable explicative) est considéré pour expliquer un phénomène (dit variable dépendante ou variable à expliquer) (voir aussi multivariée).

# LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES

3C : Centre de coordination en cancérologie  
ALD : Affection de longue durée  
CIM10 : Classification internationale des maladies - 10ème révision  
Cnamts : Caisse nationale d'Assurance maladie pour les travailleurs salariés  
CRAP : Compte rendu anatomopathologique  
DAS : diagnostic associé significatif  
DCC : Dossier Communicant de Cancérologie  
DCO-DMP : death certificate only - dossier médical personnel (certificat de décès)  
DP : diagnostic principal  
DR : diagnostic relié  
FINESS : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux  
FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé  
Francim : Réseau français des registres des cancers  
HAD : Hospitalisation à domicile  
IDS : Institut des données de santé  
INCa : Institut national du cancer  
IRM : Imagerie par résonance magnétique  
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique  
PACA : Provence - Alpes - Côte d'Azur  
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire  
RRC : réseau régional de cancérologie  
RSA : résumé de sortie anonyme  
SNIIRAM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie  
SSR : Soins de suite et de réadaptation  
TNM : Tumeur, Nodule et Métastase  
pTNM : Tumeur, Nodule et Métastase post-chirurgicale

---

**ÉVALUATION COMPARATIVE DES ÉTUDES RÉALISÉES  
SUR LES DÉLAIS EN CANCÉROLOGIE /OCTOBRE 2014**



52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
France

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

Édité par l'institut National du Cancer  
Tous droits réservés - Siren 185 512 777  
Conception : INCa  
ISBN : 978-2-37219-090-9  
ISBN net : 978-2-37219-091-6

DEPÔT LÉGAL AVRIL 2015



Pour plus d'informations  
**e-cancer.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

DEVALETDLAI515

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

