

Étude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate

DANS PLUSIEURS RÉGIONS DE FRANCE EN 2012

COLLECTION

Études & enquêtes

OBJECTIFS ET FINALITÉ DE L'ÉTUDE

MÉTHODOLOGIE

RÉSULTATS CANCER DU CÔLON

RÉSULTATS CANCER DE LA PROSTATE

DISCUSSION

L'Institut national du cancer est l'agence sanitaire et scientifique dédiée à la cancérologie.

Il a pour vocation d'impulser et de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Cette publication s'inscrit

dans le cadre :

COLLECTION

Études & enquêtes

publiée par l'Institut national du cancer

Ce document est téléchargeable

et disponible à la commande sur le site :

www.e-cancer.fr

PERSONNES AYANT PARTICIPÉ À LA RÉDACTION ET LA RELECTURE

- Bernard LEDÉPERT et Julien GIRAUD, Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS)
- Graziella POURCEL et Philippe-Jean BOUSQUET, Institut national du cancer (INCa)

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

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

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

Ce document doit être cité comme suit : *Étude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate* - INCa, juin 2013.
Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa en remplissant le formulaire de demande de reproduction disponible sur le site Internet www.e-cancer.fr ou auprès du département communication institutionnelle de l'INCa à l'adresse suivante : diffusion@institutcancer.fr

SOMMAIRE

RÉSUMÉ.....	5
I. INTRODUCTION	9
II. OBJECTIFS ET FINALITÉ DE L'ÉTUDE	11
III. MATÉRIEL ET MÉTHODES	12
1. Pilotage et partenariats	12
2. Population de l'étude	13
3. Critères de non-inclusion	13
4. Échantillonnage	13
5. Recueil des données	15
Parcours de soins et mesure des délais de prise en charge.....	15
Éléments de contexte de la prise en charge des patients.....	16
Modalités de recueil.....	16
6. Exploitation et analyse des données	17
7. Modalités pratiques de l'étude.....	18
Information et communication :.....	18
Recueil et saisie des données :.....	18
Articulation entre RRC et ORS d'une région et entre les régions.....	19
8. Protection des données et déclaration CNIL	19
IV. RÉSULTATS : CANCER DU CÔLON.....	20
1. Bilan du recueil d'information	20
2. Description de la population.....	21
Éléments sociodémographiques	21
Éléments médicaux	22
Structure de première prise en charge thérapeutique	26
3. Disponibilités des dates	27
4. Description des délais de prise en charge.....	28
5. Facteurs influençant les délais de prise en charge	32
<i>Délai d'accès au diagnostic</i>	32
<i>Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire</i>	44
6. Comparaison des délais mesurés avec ceux de la littérature internationale – cancer du côlon.....	50
7. Synthèse des résultats – cancer du côlon	51
V. RÉSULTATS : CANCER DE LA PROSTATE	53
1. Bilan du recueil d'information	53
2. Description de la population.....	54
Éléments sociodémographiques	54
Éléments médicaux	55
3. Disponibilités des dates	58
4. Description des délais de prise en charge.....	59
5. Facteurs influençant les délais de prise en charge	63
Délai d'accès à la proposition thérapeutique	63
Délai d'accès à la chirurgie	69
Délai global compte rendu anatomopathologique – chirurgie	75
Délai d'accès au traitement non chirurgical.....	81
Délai global compte rendu anatomopathologique - traitement non chirurgical.....	87
6. Comparaison des résultats mesurés avec ceux de la littérature internationale – cancer de la prostate	93
7. Synthèse des résultats – cancer de la prostate.....	94

VI. DISCUSSION	96
1. La méthodologie utilisée.....	96
2. Les résultats	97
3. La finalité de l'étude	98
Réaliser dans plusieurs régions un état des lieux des délais entre les actes et les étapes clés du parcours de soins	98
Analyser les délais en fonction des éléments de contexte de la prise en charge et selon les régions.....	99
Comparer les résultats de l'étude avec ceux de la littérature internationale	99
Évaluer l'intérêt de la mesure des délais en routine ainsi que la méthode la plus appropriée pour mesurer ces délais	100
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	101
TABLE DES ILLUSTRATIONS	102
Tableaux	102
Figures.....	103
ANNEXES	104
Annexe 1. Fiche recueil.....	105
Annexe 2. Guide de remplissage	110
Annexe 3. Calcul du nombre de sujets nécessaires	113
Annexe 4. Calcul du coefficient de pondération.....	114

RÉSUMÉ

Contexte

L'action 19.4 du Plan cancer 2009-2013 vise à soutenir une étude sur les délais de prise en charge, menée dans plusieurs régions avec l'appui des réseaux régionaux de cancérologie (RRC), concernant les quatre cancers les plus fréquents : cancers du sein, côlon, prostate et poumon. En effet, la mesure des délais apparaît comme un élément de la qualité des soins et un traceur potentiel des inégalités d'accès aux soins. Cette étude a été réalisée en 2011 et 2012, dans un contexte de redéfinition de l'offre de soins en cancérologie par le dispositif national des autorisations de traitement du cancer, commencé en 2009 et consolidé mi-2012.

Objectifs

- Faire dans plusieurs régions un état des lieux des délais les plus « traceurs » du parcours de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents.
- Analyser les délais en fonction des éléments de contexte de la prise en charge (facteurs sociodémographiques, médicaux et organisationnels) et selon la région concernée.
- Réaliser une analyse comparée avec ceux de la littérature médicale internationale.
- Évaluer l'intérêt et la faisabilité de la mesure des délais en routine.

Matériel et méthode

Étude épidémiologique rétrospective multicentrique de cohorte menée dans treize régions : 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 la prostate uniquement, Guadeloupe et Martinique. L'étude a été pilotée par l'Institut national du cancer (INCa). Elle a été menée avec l'appui de la Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé (Fnors). Dans les régions, l'étude a été conduite par les RRC avec l'appui des Observatoires régionaux de la santé (ORS).

Les critères d'inclusion de la population d'étude étaient : prise en charge initiale pour un premier cancer du côlon ou de la prostate ; dossier enregistré en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de première proposition thérapeutique en **mars, avril ou mai 2011**.

Les cas avec antécédents personnels de cancer de même localisation n'étaient pas inclus dans l'étude, de même que les cancers du rectum. La taille minimale de chaque échantillon a été fixée à 300 cas par région et par localisation.

Délais mesurés pour le cancer du côlon

Délai d'accès au diagnostic : coloscopie/compte rendu anatomopathologie (CRAP) de biopsie

Délai d'accès à la proposition thérapeutique préopératoire : CRAP de biopsie/RCP préopératoire

Délai d'accès à la chirurgie : CRAP/intervention chirurgicale en l'absence de RCP préopératoire

Délai coloscopie-chirurgie

Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire : Intervention chirurgicale/RCP postopératoire

Délai d'accès à la chimiothérapie postopératoire : RCP postopératoire/début chimiothérapie

Délai global coloscopie- chimiothérapie postopératoire : date de la coloscopie, date de début de la chimiothérapie

Délais mesurés pour le cancer de la prostate

Délai d'accès à la proposition thérapeutique : CRAP/première RCP

Délai d'accès au traitement : RCP/début du traitement (chirurgie, radiothérapie externe, hormonothérapie, curiethérapie, ultrasons focalisés)

Délai d'accès à la surveillance active : RCP/début de la surveillance active (consultation où la démarche de surveillance active est expliquée au patient)

Résultats – Cancer du côlon

La **durée de recueil a varié de 3 mois à 9 mois** selon la région.

Au total, **3 248 dossiers ont pu être inclus** pour l'étude des délais de prise en charge des cancers du côlon, soit entre 167 et 610 dossiers par région. L'étude des délais fait apparaître **trois « parcours » de prise en charge différents** : le premier regroupe la majorité des cas (76,4 %) et se caractérise par un traitement chirurgical en dehors d'une situation d'urgence ; le deuxième regroupe les personnes pour lesquelles la découverte du cancer s'est faite au cours d'une intervention chirurgicale en urgence devant un tableau d'occlusion, de perforation ou d'hémorragie digestive basse (11,8 %) ; enfin, le troisième regroupe les personnes n'ayant pas eu d'intervention chirurgicale (8,7 %). Les délais de prise en charge présentés dans le tableau ci-dessous concernent uniquement les cas avec parcours chirurgical non urgent, de même que, l'analyse des facteurs influençant les délais qui, pour des raisons d'effectifs, n'a porté que sur les cas de parcours chirurgical non urgent.

Délais de prise en charge (en jours) – côlon (parcours chirurgical non urgent)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [interquartile]
Délai d'accès au diagnostic	4,5 (4,1)	4 [2 – 6]
Délai d'accès à la chirurgie	18,9 (14,9)	15 [7 – 27]
Délai coloscopie-chirurgie	25,6 (17,5)	23 [12 – 36]
Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire	17,5 (9,6)	15 [11 – 22]
Délai d'accès à la chimiothérapie postopératoire	27,3 (14,6)	26 [17 – 36]
Délai global coloscopie-chimiothérapie postopératoire	69,7 (25,1)	67 [52 – 83]

Les facteurs influençant les délais-Cancer du côlon

(analyse multivariée sur les cas avec parcours chirurgical non urgent) :

- Le sexe n'avait pas d'effet sur les délais de prise en charge.
- **Le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire** augmentait avec **l'âge**, toutes choses égales par ailleurs.
- **Le mode de découverte du cancer** influait le **délai entre la coloscopie et la chirurgie**, celui-ci étant plus long si le cancer est découvert dans le cadre du dépistage organisé par rapport à ceux découverts sur signes d'appel.
- **La taille de la tumeur** affectait le **délai entre la coloscopie et la chirurgie** et celui **d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire**, ces délais étant en général plus longs lorsque les tumeurs sont de taille réduite (Tis ou T1, voire T2).
- Toutes choses égales par ailleurs, **les caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique, statut ou type d'autorisation**, avaient une influence sur les délais : le **délai entre la coloscopie et la chirurgie** était allongé dans les centres hospitaliers, les ESPIC ou en CHU par rapport aux établissements privés. En revanche, le **délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire** était plus long quand l'établissement de première prise en charge est privé par rapport aux CHU. Les autorisations dont bénéficiait l'établissement influencent le **délai entre la coloscopie et la chirurgie** : dans les établissements autorisés pour les trois types de traitement (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) ce délai avait tendance à être allongé par rapport aux établissements autorisés pour la seule chirurgie. Ces différences, quand elles étaient significatives restaient très limitées, au plus de cinq jours pour les délais les plus longs.
- Enfin, **pour chacun des délais** étudiés, des différences significatives entre **régions** étaient notées (pouvant atteindre un facteur 1,5 à 2).

Résultats – Cancer de la prostate

Selon la région, la **durée de recueil a porté sur une période allant de 3 à 9 mois**. Le choix a été fait en début de recueil de ne retenir qu'un dossier sur deux dans trois régions où le nombre potentiel de dossiers était particulièrement important : Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes. Une procédure de sélection aléatoire des dossiers a donc été mise en œuvre dans ces régions. **Au total, 4 207 dossiers ont pu être inclus** dans cette analyse des délais de prise en charge des cancers de la prostate. Ce nombre varie entre 154 et 527 selon les régions.

L'analyse des données a fait ressortir **trois parcours** de prise en charge différents : le **parcours chirurgical** représentait près d'un cas sur deux (**48,7 %**), le parcours avec **traitement non chirurgical** (hormonothérapie, ultrasons focalisés, radiothérapie externe, curiethérapie) concernait **27,7 %** des cas, enfin le troisième où la prise en charge n'intégrait ni traitement chirurgical, ni traitement non chirurgical et reposait sur une **surveillance (23,7 %)**. L'analyse des facteurs influençant les délais a pu être effectuée sur les cas de parcours chirurgical et parcours avec traitement non chirurgical uniquement, compte tenu du nombre insuffisant de délais disponibles dans le parcours surveillance.

Délais de prise en charge (en jours) – prostate (parcours chirurgical et traitement non chirurgical)

	Moyenne (écart-type)	Médiane [interquartile]
Délai d'accès à la proposition thérapeutique	36,5 (26,5)	29 [14 – 53]
Parcours chirurgical		
Délai d'accès à la chirurgie	45,2 (30,1)	39 [23 – 61]
Délai global compte rendu anatomopathologique (CRAP) - chirurgie	81,2 (37,2)	77 [56 – 103]
Parcours non chirurgical		
Délai d'accès au traitement non chirurgical	45,2 (38,0)	35 [14 – 70]
Délai global CRAP – traitement non chirurgical	72,5 (49,2)	64 [33 – 102]
Parcours surveillance		
Délai d'accès à la surveillance	20,8 (26,8)	8 [1 – 29]
Délai global CRAP - surveillance	40 (30,3)	32 [16 – 56]

Les facteurs influençant les délais - Cancer de la prostate

(analyse multivariée sur les cas avec parcours chirurgical et parcours non chirurgical) :

- L'**âge** influait uniquement sur les délais du parcours du **traitement non chirurgical**, ceux-ci diminuant avec l'âge.
- Lorsque le cancer était **découvert au cours d'un dépistage**, les **délais après la chirurgie** ou pour le **traitement non chirurgical** étaient allongés.
- Pour les tumeurs de petite **taille** (T1 ou T2), les délais du **parcours non chirurgical** étaient allongés.
- Un effet des **caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique** était observé avec un **délai allongé d'accès à la chirurgie** en CH et CHU par rapport aux établissements privés alors qu'aucun effet n'a été trouvé pour les délais d'accès au traitement non chirurgical. De plus on observait un délai allongé pour le CH, CHU et ESPIC (hors CLCC) par rapport aux établissements privés pour le **délai global du traitement chirurgical** et un délai allongé en CLCC par rapport aux établissements privés pour le **délai global du traitement non chirurgical**. Les **types d'autorisations** n'influençaient que le **délai d'accès à la proposition thérapeutique** et le **délai d'accès à la chirurgie**. Cependant, les variations de délais significatives entre établissements portent le plus souvent sur une ou deux semaines de différences sur des parcours de dix à treize semaines entre les étapes extrêmes analysées.
- Enfin, **pour chacun des délais**, des différences significatives entre **régions**, étaient notées, atteignant en moyenne un facteur 1,5 à 1,7 et pouvant atteindre un facteur 3 pour le délai d'accès au traitement non chirurgical.

Discussion

Il ressort de cette étude plusieurs éléments notables.

Sur les éléments de méthode :

- globalement, il ressort de cette deuxième phase, comme pour la première, **une grande hétérogénéité des pratiques de recueil et de mise en commun des informations** décrivant les prises en charge ; de ce fait, le recueil de données a été dans certaines régions particulièrement long et laborieux, mobilisant un temps important d'ARC, avec des retours nécessaires au dossier médical pour recueillir l'ensemble des données ;
- concernant la disponibilité des indicateurs, certains constats sont similaires au recueil effectué pour les cancers du sein et du poumon. Ainsi, les indicateurs décrivant la situation des individus vis-à-vis de l'emploi ou la catégorie socioprofessionnelle, reconnus comme étant des déterminants majeurs de l'accès à la santé et aux soins, étaient trop souvent absents des fiches RCP ou des dossiers administratifs et/ou médicaux. Par ailleurs, les dates recherchées pour caractériser les parcours de prise en charge étaient globalement disponibles, une date complète comportant le jour, le mois et l'année étant majoritairement retrouvée dans plus de sept cas sur dix.

Sur les résultats :

Une assez forte variabilité des délais a été constatée. L'âge, le mode de découverte, les caractéristiques de la tumeur, le statut et les autorisations des établissements de première prise en charge jouaient un rôle sur les délais observés. Cependant, une fois ces divers facteurs pris en compte, **d'importantes variations de délais persistaient entre régions**, pouvant varier pour certains délais d'un facteur 1 à 3. Des différences de pratique dans la prise en charge des cancers concernés, ou d'organisation de l'offre de soins, pourraient expliquer ces différences sans que l'étude dans son format actuel ne permette d'objectiver le rôle de tel ou tel facteur. De même, les indicateurs de contexte individuel ne sont pas disponibles dans notre étude (précarité) ou peu performants (situation vis-à-vis de l'emploi, catégorie socioprofessionnelle) pour discriminer le rôle de facteurs sociodémographiques au sein des régions. Enfin, ces différences régionales sont à mettre en relation avec le caractère acceptable ou non des délais évalués : des différences de quelques jours peuvent être acceptables d'un point de vue de la prise en charge thérapeutique.

Cette étude a permis également de **comparer les résultats que nous pouvons enregistrer en France avec ceux figurant dans la littérature ou dans les recommandations internationales**. Ainsi, pour le cancer du côlon, les délais observés avaient tendance à être plus courts que ceux décrits dans la littérature ou recommandés au Canada ou en Angleterre et en Écosse. En revanche, pour le cancer de la prostate, ils avaient tendance à être allongés. Cependant, l'analyse de la littérature a montré des effets très limités de l'allongement des délais de prise en charge sur le pronostic de ces pathologies (survie ou survie sans récurrence).

Conclusion et perspectives

Au total, les résultats permettent de constater que les délais de prise en charge peuvent présenter d'importantes variations pouvant traduire des inégalités de prise en charge, notamment entre régions :

- **la diffusion via les ARS de ces résultats auprès des acteurs et structures régionales de l'offre de soins en oncologie peut s'avérer pertinente**, les délais observés offrant un point de départ au regard duquel peuvent se situer les équipes et les établissements, et apprécier leurs marges d'amélioration ;
- **la proposition d'une mesure des délais en routine** (en améliorant la méthode de recueil et en complétant le recueil avec des indicateurs populationnels et organisationnels) pourrait permettre de caractériser les inégalités de prise en charge, d'identifier des facteurs explicatifs et de dégager des pistes d'actions, notamment sur l'organisation de l'offre de soins et des prises en charge ;
- si la méthode mise en œuvre apparaît pertinente pour mesurer ces délais dans le cadre d'une étude, il n'est pas possible de la mettre en œuvre en routine. Il est donc nécessaire de **réfléchir à un système de recueil** permettant de recueillir en routine et de façon précise les dates des événements clés du parcours de soins si l'on veut pouvoir évaluer de façon récurrente l'évolution de ces marqueurs de l'accès aux soins.

I. INTRODUCTION

L'action 19.4 du Plan cancer 2009-2013 [1] vise à soutenir une étude sur les délais de prise en charge, menée dans plusieurs régions avec l'appui des réseaux régionaux de cancérologie (RRC), et concernant les quatre cancers les plus fréquents : cancers du sein, côlon, prostate et poumon.

En effet, les délais d'accès au diagnostic et au traitement peuvent varier selon les cancers, les zones géographiques et les catégories socioéconomiques des patients. De plus, la mise en place en 2009 du dispositif des autorisations s'appuyant sur l'obligation pour les établissements de santé de satisfaire à la fois à des niveaux d'activité, mais aussi à des critères de qualité de la prise en charge [2, 3, 4, 5], a redessiné l'offre de soins en cancérologie. Cette offre de soins, consolidée avec la mise en conformité au 30 juin 2012 des établissements de santé et l'évaluation de son impact sur l'accès des malades aux structures de soins, pourrait dans certains cas révéler des inégalités d'accès, notamment en termes de délais de prise en charge. La mesure des délais apparaît donc comme un élément de la qualité des soins et un traceur des inégalités d'accès aux soins. Par ailleurs, il est capital de pouvoir maîtriser les temps d'attente jalonnant le parcours de soins, pour mieux répondre aux attentes des malades [2].

Des démarches similaires sont menées dans d'autres pays comme le Royaume-Uni [6] et la province de l'Ontario au Canada [7] qui se sont engagés dans l'évaluation et la réduction chiffrée des délais de prise en charge des cancers et en ont fait un objectif de leur Plan cancer.

Dans ce contexte, une étude de mesure des délais a été réalisée afin de dresser un état des lieux objectif des situations de terrain, et constituer la base d'une réflexion sur cette question.

Cette étude s'est déroulée en deux phases :

- la première phase réalisée dans 8 régions a eu lieu en 2011 et portait sur les délais de prise en charge des cancers du sein (qui bénéficient d'un dépistage organisé) et des cancers du poumon. Elle a été précédée d'une étude de faisabilité dans deux régions (Alsace et Poitou-Charentes), et a donné lieu à la publication d'un rapport d'étude en mars 2012 [8] ;
- la deuxième phase fait l'objet du présent rapport. Elle a eu lieu en 2012, et portait sur les cancers du côlon (qui bénéficient d'un dépistage organisé) et les cancers de la prostate.

Cette seconde phase a été menée dans treize régions (cf. Liste chapitre III), sélectionnées à l'issue d'un appel à candidatures des RRC reconnus par l'INCa¹, en tenant compte de leur capacité à réaliser cette étude en collaboration avec l'Observatoire régional de santé (ORS) de leur région.

Cette étude a été possible grâce à la mobilisation des équipes des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) et des Observatoires régionaux de la santé (ORS) dans chacune des treize régions concernées.

¹ Procédure INCa de reconnaissance des réseaux régionaux de cancérologie sur www.e-cancer.fr

Liste des participants à l'étude dans les treize régions

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

II. OBJECTIFS ET FINALITÉ DE L'ÉTUDE

L'étude visait à faire dans plusieurs régions un état des lieux des délais de prise en charge les plus traceurs du parcours de soins des patients atteints des cancers du côlon ou de la prostate, afin de :

- concourir à améliorer la connaissance des délais de prise en charge les plus traceurs du parcours de soins pour les cancers concernés ;
- 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 travaux internationaux ;
- proposer une méthodologie de mesure des délais en routine et étudier sa faisabilité.

III. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle rétrospective multicentrique de cohorte menée dans treize régions :

- 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 :

- Guadeloupe
- Martinique

Au 1^{er} janvier 2010 (Recensement de population, Insee 2013), ces treize régions totalisaient 30,6 millions d'habitants, soit près d'un Français sur deux (47,4 %).

1. Pilotage et partenariats

Au niveau national, l'étude a été pilotée par l'Institut national du cancer (INCa). Elle a été menée avec l'appui de la Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé (Fnors) dans le cadre d'un marché public, pour l'élaboration du protocole de l'étude, l'organisation et la coordination du recueil en régions, l'analyse des données et la rédaction du rapport d'étude et de sa synthèse.

Dans le cadre du pilotage et du suivi de l'étude, deux instances ont été mises en place :

- **un comité de pilotage** : Il était chargé de piloter l'ensemble des travaux, se réunissant au minimum une fois par trimestre, et incluait la participation de l'INCa, de la Fnors et de représentants des RRC et des ORS de quatre régions (deux ayant participé à la phase d'expérimentation et deux des six nouvelles régions incluses dans cette deuxième phase) ;
- **un groupe d'experts** : Il était constitué d'experts de la prise en charge du cancer du côlon et de la prostate, et était chargé de donner un avis sur le choix des délais traceurs à mesurer, sur l'analyse de la littérature scientifique et médicale, et sur les résultats, ainsi que de proposer une **fourchette de délais** cohérents et acceptables pour chacune des prises en charge. Il s'est réuni avant le début de l'étude et après la phase d'analyse des résultats.

Dans les régions, l'étude a été conduite par les RRC avec l'appui des ORS qui sont désormais les partenaires clés des Agences régionales de la santé (ARS) pour la collecte des données de santé [9].

2. Population de l'étude

La population source était constituée des patients, quel que soit leur âge, pris en charge pour un cancer du côlon ou de la prostate, quel que soit le stade, dans un établissement de santé autorisé pour le traitement du cancer, au sein des régions sélectionnées.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- cancer du côlon ou de la prostate ;
- prise en charge initiale pour le cancer étudié ;
- dossier du patient enregistré en RCP de première proposition thérapeutique en **mars, avril ou mai 2011** (ce délai d'inclusion devait être allongé si le nombre de 300 sujets par localisation ne pouvait pas, a priori, être atteint – cf. infra).

En raison du choix d'inclure les patients enregistrés en RCP de première proposition thérapeutique, la population ne correspond probablement pas à l'ensemble des cancers incidents. Cependant, étant donné le caractère obligatoire de l'enregistrement en RCP et de la montée en charge de ce dispositif, au final l'étude peut être considérée comme représentative de la population cible.

3. Critères de non-inclusion

Il a été décidé de ne pas inclure les cancers du rectum dans l'étude, leur prise en charge étant tout à fait différente de celle du côlon. Les cancers de la jonction rectosigmoïdienne étaient cependant inclus dans l'étude.

Pour les deux localisations, il a été décidé de ne pas inclure des personnes ayant un antécédent de cancer de même localisation. Dans le cas particulier des cancers du côlon, le sujet était inclus en cas d'antécédent de cancer du rectum, mais il ne l'était pas en cas d'antécédent de cancer de la jonction rectosigmoïdienne.

4. Échantillonnage

La taille minimale de chaque échantillon a été fixée à 300 cas inclus par région et par cancer. La méthode de calcul du nombre de sujets nécessaires figure en annexe.

Une estimation du nombre de cancers incidents par région a été réalisée à partir des estimations produites conjointement par le réseau des registres français des cancers Francim, les Hospices civils de Lyon, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et l'Institut de veille sanitaire (Francim/HCL/Inserm/InVS) en 2005 et de l'évolution nationale 2005-2010 de l'incidence de chaque cancer estimée elle aussi par le partenariat Francim/HCL/InVS/INCa/Inserm. Pour les cancers du côlon, les estimations ne portent que sur l'ensemble des cancers du côlon et du rectum et non spécifiquement sur ceux du côlon. Comme, selon les données des registres, les trois quarts des cancers colorectaux incidents concernent le côlon, nous avons retenu cette proportion dans l'estimation du nombre de cas incidents attendus. Enfin, au niveau de la Guadeloupe et de la Martinique, les estimations ne sont pas disponibles comme pour les autres régions françaises. Cependant, le registre de la Guadeloupe faisait apparaître une incidence de 500 nouveaux cas en

2008. Le niveau est *a priori* comparable en Martinique : il a donc été proposé une inclusion portant au minimum sur six mois (de décembre 2010 à mai 2011).

Il apparaît à partir de ces estimations que la durée prévisionnelle de recrutement des patients (3 mois) était *a priori* suffisante pour atteindre un effectif de 300 patients par localisation pour la plupart des régions (cf. tableau 1). Cependant pour le cancer du côlon, une période d'inclusion plus longue était à prévoir, quatre mois pour deux régions (Alsace et Picardie), cinq mois dans deux autres régions (Auvergne et Haute-Normandie) et sept mois dans une dernière région (Franche-Comté). Ainsi, selon la région et la localisation, le recueil a porté initialement sur des personnes vues en RCP sur des temps plus ou moins longs : **mars, avril ou mai 2011** si la durée d'inclusion nécessaire était de 3 mois ; **février, mars, avril ou mai 2011** si la durée d'inclusion nécessaire était de 4 mois ; **janvier, février, mars, avril ou mai 2011** si la durée d'inclusion nécessaire était de 5 mois et enfin **novembre ou décembre 2010, janvier, février, mars, avril ou mai 2011** quand 7 mois étaient nécessaires.

La durée d'inclusion devait être prolongée en cours de recueil s'il apparaissait que le nombre de sujets inclus était insuffisant, c'est-à-dire inférieur à 300. Cette durée était alors prolongée par mois entiers, antérieurs à la période d'inclusion. Par exemple, le mois de janvier 2011 a été ajouté si la période d'inclusion initiale dans la région était fixée à 4 mois de février à mai 2011.

Enfin, compte tenu du nombre important de dossiers potentiels à saisir dans trois régions pour le cancer de la prostate, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes, il a été décidé en amont du recueil d'information de conserver la période de 3 mois, mais de n'inclure qu'un dossier sur deux.

Tableau 1 : Nombre estimé de cas incidents de cancers par région et localisation en 2011

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

5. Recueil des données

5.1. Parcours de soins et mesure des délais de prise en charge

Délais à mesurer dans la prise en charge du cancer du côlon (en gras figurent les délais analysés dans la suite du rapport) :

- **délai Hémo occult®-coloscopie** : date du test de recherche de saignement occulte dans les selles (Hémo occult®), date de la coloscopie ;
- **délai d'accès au diagnostic** : date de la coloscopie, date du compte rendu anatomopathologie de biopsie ;
- **délai d'accès à la proposition thérapeutique préopératoire** : date du compte rendu anatomopathologie de biopsie, date de la RCP préopératoire si celle-ci a eu lieu ;
- **délai d'accès à la chirurgie** : date du compte rendu anatomopathologie, date de l'intervention chirurgicale ;
- **délai coloscopie-chirurgie** : date de la coloscopie, date de l'intervention chirurgicale ;
- **délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire** : date de l'intervention chirurgicale, date de la RCP postopératoire ;
- **délai d'accès à la chimiothérapie postopératoire** : date de la RCP postopératoire, date début de la chimiothérapie, si celle-ci a eu lieu ;
- **délai global coloscopie-chimiothérapie postopératoire** : date de la coloscopie, date de début de la chimiothérapie, si celle-ci a eu lieu.

Délais mesurés dans la prise en charge du cancer de la prostate :

- **délai d'accès à la proposition thérapeutique** : date du compte rendu anatomopathologie de biopsie, date première RCP ;
- **délai d'accès au traitement chirurgical** : date RCP, date de l'intervention chirurgicale ;
- **délai d'accès au traitement non chirurgical** : date RCP, date début premier traitement non chirurgical : radiothérapie externe, hormonothérapie, curiethérapie, ultrasons focalisés ;
- **délai d'accès à la surveillance active** : date RCP, date de début de la surveillance active (consultation où la démarche de surveillance active est expliquée au patient).

5.2. Éléments de contexte de la prise en charge des patients

Outre les dates permettant de calculer les délais ci-dessus décrits, trois autres domaines ont fait l'objet d'un recueil d'information :

- les **facteurs sociodémographiques** : sexe (pour 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 prise en charge** des patients : statut et autorisations de l'établissement pour le traitement des cancers.

5.3. Modalités de recueil

Les données ont été recueillies dans chaque région par les RRC, en s'appuyant sur les centres de coordination en cancérologie (3C). Le recueil a été effectué par des attachés de recherche clinique (ARC) rattachés au RRC à partir des fiches RCP, permettant ainsi un recueil exhaustif de l'ensemble des patients enregistrés en RCP pour la période donnée et correspondant aux critères d'inclusion. Ce recueil était complété si nécessaire par les données figurant dans le dossier médical du patient.

La période de recueil a été choisie de façon à se placer à 12 mois au moins de la période d'inclusion, afin de couvrir l'ensemble de la prise en charge des patients soit en **avril, mai et juin 2012**, et d'avoir un recueil le plus complet possible. Cette période de recueil était identique, que la période d'inclusion soit de trois, quatre, cinq mois ou plus.

Pour chaque patient de l'étude, les données recueillies figurent dans la fiche de recueil jointe en annexe.

Les données ont été saisies dans chaque RRC par un ARC, *via* internet sur un serveur sécurisé.

6. Exploitation et analyse des données

L'exploitation des données a été réalisée par la Fnors selon un plan d'analyse validé par l'INCa comprenant :

- la réalisation d'un tri à plat au niveau global et par région des modalités étudiées avec des variables de dispersion et de tendance centrale pour les variables quantitatives ;
- des tris croisés suivant les variables de caractéristiques des patients (sociodémographiques et médicales...), et des établissements de santé... ;
- une analyse multivariée de type régression multiple par modèle linéaire généralisé complète les traitements.

Le plan d'analyse portait sur l'ensemble des dossiers, sans faire de distinction entre les régions. Toutefois, afin d'avoir une représentativité suffisante de chaque région, le protocole prévoyait d'inclure 300 dossiers par région et par localisation en faisant varier la période de recueil, voire en proposant un échantillonnage (cas de trois régions pour le cancer de la prostate). Afin d'obtenir un échantillon des treize régions redressant les effets de sur ou de sous-représentation des régions induits par ce choix méthodologique, un coefficient de pondération régional a été appliqué aux résultats observés dans chaque région. Le détail du calcul de ce coefficient figure en annexe IV.

L'établissement de première prise en charge thérapeutique a été recueilli pour chaque patient. À partir de cette information, les données sur le statut de l'établissement de prise en charge d'une part, sur les autorisations dans le cadre de la prise en charge des cancers d'autre part ont été déduites. Les informations sur les modalités d'autorisation de traitement du cancer ont été collectées auprès de l'INCa et correspondent à la situation au mois de décembre 2011.

Le calcul des délais de prise en charge nécessite de pouvoir recueillir dans les fiches des RCP ou dans les dossiers des personnes incluses les dates précises des événements bornant les délais étudiés. Ces délais étant le plus souvent relativement courts (quelques semaines et le plus souvent moins d'un mois), le recueil de dates précises est nécessaire, c'est-à-dire comportant le jour, le mois et l'année. Au total, jusqu'à huit dates différentes pouvaient être recueillies pour une même personne dans le cas du cancer du côlon et cinq dates dans le cas du cancer de la prostate. Cependant, dans un certain nombre de cas, une date pouvait ne pas être disponible du fait d'une décision excluant l'événement en question, par exemple, une décision prise en RCP de ne pas proposer de chimiothérapie postopératoire à la personne prise en charge. L'analyse de la disponibilité des dates nécessitait donc de ne pas prendre en compte ces cas précis.

L'étude des délais a été bâtie sur une logique de séquence de prise en charge correspondant au parcours le plus commun. Par exemple, pour le cancer du côlon, le compte rendu anatomopathologique de la biopsie est antérieur à la chirurgie. Dans certains cas, la séquence peut être inversée et le délai prend alors une valeur négative. C'est le cas par exemple quand l'examen anatomopathologique est fait sur la pièce opératoire sans biopsie préalable. L'analyse ne porte que sur les délais positifs (ou nuls quand les deux actes sont pratiqués le même jour). Dans un certain nombre de cas, des délais très longs peuvent être notés : de ce fait, pour l'analyse, nous avons également exclu les personnes présentant des délais ayant des valeurs extrêmes. Nous avons pour cela utilisé une formule basée sur la distribution par quartile et excluant les valeurs supérieures au 3e

quartile augmenté de 1,5 fois l'interquartile : $[3e\ quartile + (3e\ quartile - 1er\ quartile) * 1,5]$. Les délais sont décrits d'une part, par leur moyenne et leur écart-type, d'autre part par leur médiane et interquartile.

Pour les analyses multivariées il a été fait appel au modèle linéaire généralisé qui permet d'analyser l'effet de variables aussi bien qualitatives que quantitatives sur des variables quantitatives. Les variables retenues pour les différents modèles ont été déterminées par localisation : les variables ayant, en analyse univariée, un lien statistiquement significatif avec au moins un des délais de prise en charge étudiés ont été retenues. L'âge et le sexe (pour les cancers du côlon) ont été intégrés de façon systématique dans le modèle. Ainsi, les mêmes variables ont été introduites pour l'analyse multivariée de tous les délais concernant une localisation. Pour les variables discontinues, la modalité pour laquelle le délai étudié est le plus court a été retenue comme référence et les différences de délais selon les autres modalités sont testées par rapport à cette valeur de référence.

Les résultats de l'étude ont été soumis à l'avis des experts puis validés par le comité de pilotage avant la rédaction du rapport final.

7. Modalités pratiques de l'étude

Les modalités pratiques de l'étude avaient été testées lors de la phase d'expérimentation dans les régions d'Alsace et Poitou-Charentes, puis mises en œuvre une première fois pour la première phase de l'étude en 2011. À partir des enseignements collectés fin 2010 et en 2011, le protocole a été révisé et l'organisation de l'étude en 2012 a été arrêtée.

Pendant toute la durée de l'étude, la Fnors a mis à disposition une adresse mail spécifique pour permettre aux RRC et aux ORS de soumettre les problèmes rencontrés et les questions qui se posaient. Des contacts téléphoniques avec les coordonnateurs de l'étude étaient également possibles

Information et communication :

- l'INCa a informé les ARS des régions concernées (avec copie aux RRC) ainsi que les fédérations hospitalières du démarrage de l'étude ;
- chaque RRC a informé par courrier les 3C, les directeurs d'établissements de santé et les présidents de commission médicale d'établissement (CME), ainsi que les structures départementales de gestion du dépistage de sa région.

Recueil et saisie des données :

- le RRC et l'ORS ont formé l'ARC recruté par le RRC, respectivement pour les étapes de recueil et de saisie des données ;
- quinze jours avant le début du recueil, le RRC demandait aux 3C de préparer le recueil sur site : mise à disposition de la liste des patients correspondant à la période d'inclusion, avec pour chacun la fiche RCP, le compte rendu anatomopathologique et le compte rendu opératoire (selon les cas, en version papier ou informatique), mise à disposition des dossiers médicaux, ordinateur avec accès internet pour saisie en ligne ;
- l'ARC assurait la saisie des données dans l'outil informatique. En cas de données manquantes, des déplacements sur site pouvaient être nécessaires pour retourner au dossier du patient

(médical, social ou administratif), ou interroger la structure de gestion du dépistage. En cas d'impossibilité de recueillir l'exhaustivité des informations pour l'ensemble des dossiers, l'ARC devait néanmoins tenter de recueillir ces informations dans les dossiers médicaux, en priorisant les informations sur les différents délais. Si au bout de ces recherches, l'information n'était toujours pas disponible un code de saisie particulier était affecté à la ou aux variables concernées ;

- l'organisation et le suivi du recueil ont été coordonnés par la Fnors avec bilan mensuel de la saisie avec les RRC et les ORS et remontée mensuelle d'un bilan de suivi à l'INCa.

Articulation entre RRC et ORS d'une région et entre les régions

Des points d'étape hebdomadaires entre la personne responsable de la saisie, l'ORS et le RRC, ont été prévus, permettant une validation des données saisies.

Un tableau de bord a été adressé à chaque région en milieu et en fin d'étude pour faire le point sur le niveau d'inclusion et la complétude des variables dans les dossiers saisis.

Une conférence téléphonique interrégionale a été programmée deux mois après le début de la période de recueil et de saisie pour faire le point sur les difficultés rencontrées et organiser la fin du recueil d'information. Une réunion de restitution et d'échanges a été organisée avec les RRC et les ORS en fin d'étude.

8. Protection des données et déclaration CNIL

L'outil informatique de saisie attribuait de façon automatique un numéro unique à chaque patient et le RRC assurait l'anonymisation des dossiers grâce à une table de correspondance, afin de pouvoir compléter facilement le recueil en évitant les risques d'erreur d'identification. L'accès à l'outil de saisie nécessitait un mot de passe (spécifique à la structure et à la région) et les données hébergées sur le site étaient cryptées. Durant la phase de saisie, seuls l'ARC, le responsable du RRC et une personne chargée du suivi de l'étude au sein de l'ORS ont eu accès à l'outil de saisie. Ces personnes ne pouvaient accéder qu'aux données de leur propre région. En fin de phase de saisie, l'outil de saisie a été désactivé.

Le protocole de traitement des données a reçu un avis favorable de la CNIL : décision DE-2011-002 du 16 février 2011.

IV. RÉSULTATS : CANCER DU CÔLON

1. Bilan du recueil d'information

Conformément au protocole, le recueil d'information a porté sur l'ensemble des dossiers identifiés, dans toutes les régions sauf une, la Haute-Normandie, où du fait de difficultés d'organisation rendant complexe l'accès aux dossiers, seuls deux tiers des dossiers ont pu faire l'objet du recueil d'information. La durée d'inclusion a varié entre 3 mois et 9 mois selon la région.

Au total, 3 248 dossiers ont pu être inclus pour l'étude des délais de prise en charge des cancers du côlon dans les onze régions participantes. Selon les régions, le nombre de dossiers variait entre 167 et 610.

Le tableau 2 présente pour chaque région le nombre de dossiers inclus, la durée d'inclusion et la fraction de sondage réelle dans la région où seule une partie des dossiers a pu être incluse. Le nombre de dossier attendus après redressement et le coefficient de pondération calculés à partir de ces informations sont présentés dans les deux dernières colonnes.

Tableau 2 : Nombre de dossiers inclus par région et coefficients de pondération – côlon

	Nombre	Nombre de mois couverts	Fraction des dossiers étudiés	Nombre de dossiers attendus après redressement	Coefficient de pondération	Rapport dossiers inclus sur dossiers attendus
Alsace	230	5	1,00	201	0,8747	58 %
Auvergne	193	5	1,00	169	0,8747	57 %
Franche-Comté	242	6	1,00	176	0,7289	88 %
Haute-Normandie	167	9	0,64	127	0,7593	41 %
Lorraine	282	5	1,00	247	0,8747	54 %
Midi-Pyrénées	348	4	1,00	380	1,0934	73 %
Pays de la Loire	275	3	1,00	401	1,4578	62 %
Picardie	248	6	1,00	181	0,7289	55 %
Poitou-Charentes	347	6	1,00	253	0,7289	66 %
PACA	610	4	1,00	667	1,0934	79 %
Rhône-Alpes	306	3	1,00	446	1,4578	44 %
Total	3 248					61 %

Si on rapporte le nombre de dossiers inclus par rapport au nombre de dossiers potentiels en se basant sur les estimations calculées à partir des données des registres de cancérologie et présentées dans le tableau 1, on constate que compte tenu des fractions de sondages et du nombre de mois couverts, 61 % des dossiers potentiels ont été inclus. Selon les régions, ce taux varie entre 41 % et 88 %.

2. Description de la population

2.1. Éléments sociodémographiques

Sur l'ensemble des personnes incluses dans l'étude concernant les délais de prise en charge du cancer du côlon, on dénombrait 53,1 % d'hommes et 46,8 % de femmes. La moyenne d'âge était de 71,0 ans avec un écart-type de 12,6 ans. La personne la plus jeune était âgée de 14 ans et la plus âgée de 99 ans au moment de la première réunion de concertation pluridisciplinaire. Le tableau 3 présente la répartition par âge des personnes incluses dans l'enquête sur les onze régions. Il faut noter qu'une personne sur deux (49,4 %) avait entre 50 et 74 ans, soit l'âge ciblé par le dépistage organisé du cancer du côlon.

Tableau 3 : Répartition par âge – côlon

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Moins de 40 ans	55	1,7	56	1,7
40 à 49 ans	119	3,7	125	3,9
50 à 59 ans	403	12,4	402	12,4
60 à 69 ans	740	22,9	747	23,1
70 à 79 ans	978	30,2	971	30,0
80 à 89 ans	838	25,9	827	25,5
90 ans et +	105	3,2	111	3,4
Total	3 238	100,0	3 240	100,0

Valeurs manquantes : 10 – 0,3 %²

Dans les deux tiers des cas (66,6 %), l'information concernant la situation vis-à-vis de l'emploi était disponible. Dans ce cas, les personnes étaient essentiellement retraitées ou préretraitées (82,5 %). Près d'une personne sur huit était active avec un emploi (12,8 %) et une personne sur vingt (5,6 %) était dans une autre situation vis-à-vis de l'emploi : chômage, stage, formation, au foyer... L'information sur la catégorie socioprofessionnelle de la personne était rarement disponible, une fois sur quatre seulement. Les employés étaient les plus représentés avant les ouvriers, puis les cadres et professions intellectuelles supérieures. Au total, en regroupant les catégories socioprofessionnelles, on observe qu'une personne sur trois (35,3 %) relevait d'une CSP dite élevée (artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires). Les détails de la répartition par situation vis-à-vis de l'emploi et par CSP sont présentés dans le tableau 4.

² Le nombre de valeurs manquantes et leur proportion sont présentés pour les effectifs bruts. Du fait des effets de la pondération, leur nombre total sur l'effectif redressé peut être différent, expliquant ainsi les différences de total qui peuvent être observées entre effectif bruts et effectifs redressés sur certains tableaux

Tableau 4 : Répartition selon la situation vis-à-vis de l'emploi et la CSP – côlon

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Situation vis-à-vis de l'emploi				
Active ayant un emploi	271	12,2	261	12,8
Retraîtée ou préretraîtée	1 784	80,6	1 811	82,5
Autre	158	7,1	124	5,6
Total	2 213	100,0	2 196	100,0
Catégorie socioprofessionnelle (actuelle ou passée)				
Agriculteurs exploitants	56	7,2	58	7,3
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	95	12,1	102	12,8
Cadres et professions intellectuelles supérieures	102	13,0	106	13,4
Professions intermédiaires	70	8,9	72	9,1
Employés	238	30,4	244	30,7
Ouvriers	187	23,9	178	22,4
Indéterminé	35	4,5	34	4,2
Total	783	100,0	794	100,0

Valeurs manquantes : Situation vis-à-vis de l'emploi : 1 085 – 33,4 %
CSP : 2 465 – 75,9 %

2.2. Éléments médicaux

Modalités de découverte du cancer

La présence de signes d'appel était le mode principal de détection du cancer du côlon, retrouvé dans 70,6 % des cas. À cela, il faut ajouter dans 13 % des cas les cancers découverts au décours d'une urgence chirurgicale pour occlusion, perforation ou hémorragie. Les autres modes de découverte sont retrouvés à des fréquences proches, entre 4,9 et 6,1 %, que ce soit dans le cadre du dépistage organisé ou d'un dépistage spontané ou, de manière fortuite, dans le cadre d'une prise en charge médicale pour un autre problème de santé (tableau 5). Selon l'âge, le mode de découverte du cancer variait. Ainsi, pour les personnes âgées entre 50 et 74 ans, le dépistage était le mode de découverte dans un cas sur cinq, que ce soit dans le cadre du dépistage organisé (10,7 %) ou à l'issue d'un dépistage spontané (8,6 %). Avant cet âge ou après, les dépistages ne représentaient au mieux que 4,5 % des modes de découverte du cancer. *A contrario*, entre 50 et 74 ans, la découverte sur signe d'appel n'intervenait que dans 64,5 % des cas, alors qu'il était le mode de découverte dans 75,8 % des cas avant cet âge et dans 80,9 % après cet âge. La fréquence des découvertes au cours d'une intervention en urgence augmentait avec l'âge, passant de 8,7 % des cas avant 50 ans à 11,3 % des cas entre 50 et 74 ans et 15,3 % des cas au-delà.

Tableau 5 : Répartition selon le mode de détection du cancer – côlon

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Présence de signes d'appel	2 069	70,3	2 090	70,6
Dans le cadre d'un dépistage spontané	161	5,5	162	5,5
Découverte fortuite	145	4,9	144	4,9
Dans le cadre du dépistage organisé	175	5,9	182	6,1
Intervention en urgence pour occlusion, perforation ou hémorragie	395	13,4	384	13,0
Total	2 945	100,0	2 962	100,0

Valeurs manquantes : 303 – 9,3 %

Selon le mode de détection du cancer, on observait des différences d'âge. Lorsque le cancer est découvert en présence de signes d'appel ou lors d'une intervention chirurgicale en urgence pour occlusion, perforation ou hémorragie, la moyenne d'âge était plus élevée (respectivement 71,5 ans \pm 13,0 et 72,8 ans \pm 12,7) que quand celui-ci était découvert dans le cadre du dépistage organisé (67,2 ans \pm 8,0), d'un dépistage spontané (61,0 ans \pm 9,1) ou de façon fortuite (68,6 ans \pm 14,6 – $p < 0,001$).

Il faut noter que, même si la part des cancers découverts suite au dépistage organisé était plus importante parmi la population cible du dépistage (50-74 ans), celle-ci n'était que de 10,7 %.

Localisation du cancer

Dans une faible proportion de cas (2,0 %), le cancer du côlon était *in situ*. Parmi les cancers invasifs, la localisation par le code CIM10 de la tumeur a pu être précisée dans la quasi-totalité des cas. Il s'agissait dans un cas sur cinq d'une tumeur du sigmoïde ou, presque aussi fréquemment, du cæcum (tableau 6). La prépondérance habituelle de la localisation sigmoïdienne dans les tumeurs du côlon était ainsi retrouvée. Dans un cas sur dix à chaque fois, il s'agissait d'une tumeur du côlon ascendant ou, de l'angle droit, un peu moins souvent de la jonction rectosigmoïdienne. Les autres localisations étaient moins fréquentes, retrouvées au plus dans 7,1 % des cas. Il faut noter que, dans 13,1 % des cas, le code CIM relevé était le C18.9 correspondant aux tumeurs malignes du côlon sans précision.

Tableau 6 : Répartition selon la localisation pour les tumeurs invasives – côlon

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Cæcum	550	17,4	493	15,6
Appendice	45	1,4	45	1,4
Côlon ascendant	321	10,1	353	11,2
Angle droit du côlon	317	10,0	308	9,7
Côlon transverse	209	6,6	214	6,8
Angle gauche du côlon	225	7,1	225	7,1
Côlon descendant	185	5,8	191	6,0
Côlon sigmoïde	623	19,7	626	19,8
Localisations contiguës du côlon	7	0,2	8	0,3
Côlon, sans précision	415	13,1	432	13,7
Jonction rectosigmoïdienne	270	8,5	265	8,4
Total	3 167	100,0	3 160	100,0

Valeurs manquantes : 22 – 0,7 %

Classification TNM

Dans plus de la moitié de cas, les tumeurs étaient de taille importante (T3) et dans près d'un quart des cas, très importante (T4). Le quart restant des cas se répartissait pour moitié entre les petites tumeurs (Tis ou T1) ou de taille un peu plus importante (T2). Quand l'information était disponible sur l'envahissement ganglionnaire, on constate qu'il était présent dans un peu moins de la moitié des cas (43,9 %). Il était alors plus souvent limité à moins de 4 adénopathies régionales (26,3 %). Il faut cependant souligner que dans 29,1 % des cas, le stade N a été déterminé à partir de l'examen de moins de 12 ganglions³, ce taux étant plus élevé pour les N0 (37,2 %) que pour les N1 (15,0 %) ou les N2 (6,4 %). Des métastases étaient retrouvées dans plus d'un quart des cas (28,6 %) lorsque l'information sur le stade M était disponible (tableau 7).

³ Dans la classification TNM, il est recommandé d'analyser au moins 12 ganglions

Tableau 7 : Répartition selon le stade T, N ou M – côlon

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Tis	136	4,9	142	5,1
T1	198	7,2	204	7,3
T2	340	12,3	345	12,4
T3	1 488	53,8	1 484	53,2
T4	606	21,9	614	22,0
Total	2 768	100,0	2 789	100,0
N0	1 453	56,0	1 470	56,1
N1	688	26,5	688	26,3
N2	455	17,5	460	17,6
Total	2 596	100,0	2 618	100,0
M0	1 287	71,0	1 277	71,4
M1	525	29,0	512	28,6
Total	1 812	100,0	1 788	100,0

Valeurs manquantes : T : 480 – 14,8 %

N : 652 – 20,1 %

M : 1 436 – 44,2 %

Taille de la tumeur et mode de découverte

Les cancers de taille importante T3 ou T4 étaient plus fréquemment découverts en situation d'urgence chirurgicale que dans les cancers de petite taille T1 ou T2 (17,1 % *versus* 3,1 %). De même, les tumeurs de petite taille étaient plus fréquemment découvertes dans le cadre du dépistage organisé ou spontané : 24,0 % des cas pour les tumeurs de petite taille, T1 ou T2, *versus* 7,9 % des cas si la tumeur était de taille T3 ou T4. Pour les autres modes de découverte, il y avait peu de différence de fréquence selon la taille de la tumeur.

Stade du cancer

Les informations concernant le T, le N et le M, ont été regroupées pour une classification par stade des cancers du côlon (tableau 8) selon leur pronostic. Les stades 0 à II correspondent aux cancers sans envahissement ganglionnaire et sans métastase, la tumeur ayant alors une taille croissante selon le stade, les stades III aux cancers avec envahissement ganglionnaire et les stades IV aux cancers métastasés. Un peu moins de la moitié des cas (46,7 %) étaient à un stade 0 à II et un peu plus de la moitié (53,3 %) au stade III ou IV, c'est-à-dire avec envahissement ganglionnaire ou métastatique d'emblée, ces derniers représentant trois cancers sur dix (stade IV : 29,4 %). Il est à noter que les patients présentant un cancer de stade 0 à II étaient significativement un peu plus âgés (70,9 ans \pm 12,2) que les patients présentant un cancer de stade III ou IV (69,8 ans \pm 12,0).

Tableau 8 : Répartition selon le stade – côlon

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
0	58	3,3	62	3,5
I	228	12,9	225	12,9
IIa	429	24,3	426	24,4
IIb	103	5,8	101	5,8
IIIa	36	2,0	38	2,2
IIIb	255	14,5	251	14,4
IIIc	129	7,3	128	7,4
IV	525	29,8	512	29,4
Total	1 763	100,0	1 743	100,0

Valeurs manquantes : 1 485 – 45,7 %

2.3. Structure de première prise en charge thérapeutique

Dans près d'un cas sur deux (44,0 %), l'établissement de la première prise en charge thérapeutique était un établissement privé. Dans un peu plus d'un cas sur quatre (28,7 %), il s'agissait d'un centre hospitalier. Les CHU représentaient 17,0 % des cas. Les établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) étaient moins souvent représentés, qu'il s'agisse d'un centre de lutte contre le cancer (2,7 %) ou non (6,6 %)

Tableau 9 : Répartition selon l'établissement de première prise en charge thérapeutique – côlon

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Statut de l'établissement				
Centre hospitalier	991	30,8	933	29
CHU	556	17,3	553	17,2
CLCC	82	2,5	89	2,8
ESPIC (Hors CLCC)	188	5,8	214	6,6
Établissement privé	1 400	43,5	1 431	44,0
Total	3 217	100,0	3 220	100,0
Autorisations				
Chirurgie seule	834	26,3	832	26,2
Chimiothérapie seule	44	1,4	41	1,3
Radiothérapie seule	36	1,1	39	1,2
Chirurgie + chimio	1 559	49,1	1 567	49,3
Chimio + radio	90	2,8	75	2,3
Chirurgie + chimio + radio	609	19,2	624	19,6
Total	3 172	100,0	3 177	100,0

Valeurs manquantes : Statut : 31 – 1,0 %

Autorisation : 76 – 2,3 %

Dans la moitié des cas (49,3 %), la première prise en charge a eu lieu dans un établissement bénéficiant d'une double autorisation (chirurgie et chimiothérapie). Les établissements autorisés uniquement pour la chirurgie carcinologique digestive étaient représentés dans un quart des cas

(26,2 %). Dans un cas sur cinq, l'établissement de première prise en charge thérapeutique bénéficiait d'une triple autorisation (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie).

3. Disponibilités des dates

Le tableau 10 présente pour chaque événement étudié lors de l'étude, le nombre de cas où la date complète était disponible, le nombre de cas où une décision de ne pas pratiquer l'acte était prise, le nombre de cas où la date n'était pas disponible dans les dossiers consultés et le nombre de valeurs manquantes, c'est-à-dire le nombre de cas où la précision de la date disponible n'était pas suffisante pour le calcul des délais (par exemple quand, pour la mammographie, seule l'indication du mois et de l'année de celle-ci était disponible). *In fine*, le tableau présente le taux de complétude des dates calculé sur le nombre total de dossiers diminué du nombre de cas où une décision de ne pas pratiquer l'acte en question était prise.

Tableau 10 : Disponibilité des dates – côlon

	Date complète	Décision de ne pas pratiquer l'acte	Taux d'actes non pratiqués	Date non trouvée	Date incomplète, valeurs manquantes	Taux de disponibilité de la date
Test de recherche de saignement occulte dans les selles	127	2 184	67,2 %	877	60	11,9 %
Coloscopie	2 258	498	15,3 %	489	3	82,1 %
Compte rendu anatomopathologique de la biopsie	2 258	0	0,0 %	915	75	69,5 %
RCP préopératoire	976	2 194	67,5 %	70	8	92,6 %
Chimiothérapie préopératoire (première séance)	142	2 980	91,7 %	103	23	53,0 %
Intervention chirurgicale	2 821	286	8,8 %	107	34	95,2 %
RCP postopératoire	2 822	317	9,8 %	106	3	96,3 %
Chimiothérapie postopératoire (première séance)	1 088	1 713	52,7 %	377	70	70,9 %

Au total, on constate que la disponibilité des dates concernant les RCP et la chirurgie était très bonne, supérieure à 92 %. La date complète de la coloscopie a été trouvée un peu moins souvent mais dans plus de huit cas sur dix quand il a été décidé d'en réaliser une. La date de la chimiothérapie postopératoire ou celle du compte rendu d'anatomopathologie de la biopsie a été retrouvée dans sept cas sur dix. La date de la première séance de chimiothérapie quand celle-ci a été pratiquée en préopératoire était retrouvée dans un peu plus de la moitié de cas. La date du test de recherche de saignement occulte dans les selles était très rarement disponible, à peine plus d'une fois sur dix. Notons que, après la RCP postopératoire, une chimiothérapie a été décidée dans 40,5 % des cas.

4. Description des délais de prise en charge

L'étude des délais de prise en charge des cancers du côlon faisait apparaître **trois « parcours » de prise en charge différents** :

- le premier, qui regroupe la majorité des cas (2 483 soit 76,4 %) se caractérise par un traitement chirurgical en dehors d'une situation d'urgence ;
- le second qui concerne 384 sujets soit 11,8 %, regroupe les personnes pour lesquelles la découverte du cancer s'est faite au cours d'une intervention chirurgicale en urgence devant un tableau d'occlusion, de perforation ou d'hémorragie digestive basse ;
- enfin, le troisième type de parcours regroupe les personnes n'ayant pas eu d'intervention chirurgicale : au nombre de 281 soit 8,7 %.

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

Selon le type de parcours, le stade au diagnostic et le devenir des patients était fortement différent :

Dans le parcours chirurgical non urgent :

- 51,4 % des patients présentaient un cancer au stade I ou II
- et 3,2 % sont décédées avant la fin de l'étude.

Dans le parcours chirurgical en urgence :

- 66,3 % des patients présentaient un cancer au stade III ou IV
- et 20,1 % sont décédées avant la fin de l'étude.

Pour les patients du parcours non chirurgical :

- 81,8 % des patients présentaient un cancer au stade III ou IV
- et 13,8 % sont décédées avant la fin de l'étude.

Ainsi, les parcours sont conditionnés par le stade au diagnostic et la mortalité élevée dans le parcours chirurgical en urgence rend compte de l'importante mortalité opératoire dans ces situations de chirurgie en urgence chez des patients âgés présentant souvent des comorbidités.

Le tableau 11 présente les principaux éléments caractérisant les différents délais étudiés pour chacun des trois types de parcours identifiés, notamment la proportion de cas où ce délai peut être calculé, sa moyenne et son écart-type, sa médiane et son interquartile, ainsi que la proportion de cas où un délai négatif (inversion de la séquence par rapport aux situations les plus fréquentes) est observé.

Dans le cadre du parcours chirurgical non urgent, le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire (entre l'intervention chirurgicale et la RCP) était le délai le plus souvent disponible (86 % des cas). Deux autres délais dans ce parcours étaient disponibles dans environ les deux tiers des cas : **celui entre la coloscopie et la chirurgie** (que nous avons donc choisi d'étudier) et le délai global entre la coloscopie et la chimiothérapie postopératoire. Les autres délais étaient disponibles au mieux dans la moitié des cas (accès au diagnostic), le plus souvent dans un quart des cas.

Pour le parcours chirurgical en urgence, sur les deux délais possibles, l'un était disponible dans 84 % des cas, mais ne regroupait que 323 cas : il s'agit du délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire, l'autre délai, celui d'accès à la chimiothérapie postopératoire n'était disponible que dans un tiers des cas.

En cas de parcours non chirurgical, le délai d'accès au diagnostic était celui qui est le plus fréquemment disponible – dans les deux tiers des cas – mais ne concernait que 190 sujets. Les autres délais étaient disponibles au mieux pour une personne sur trois.

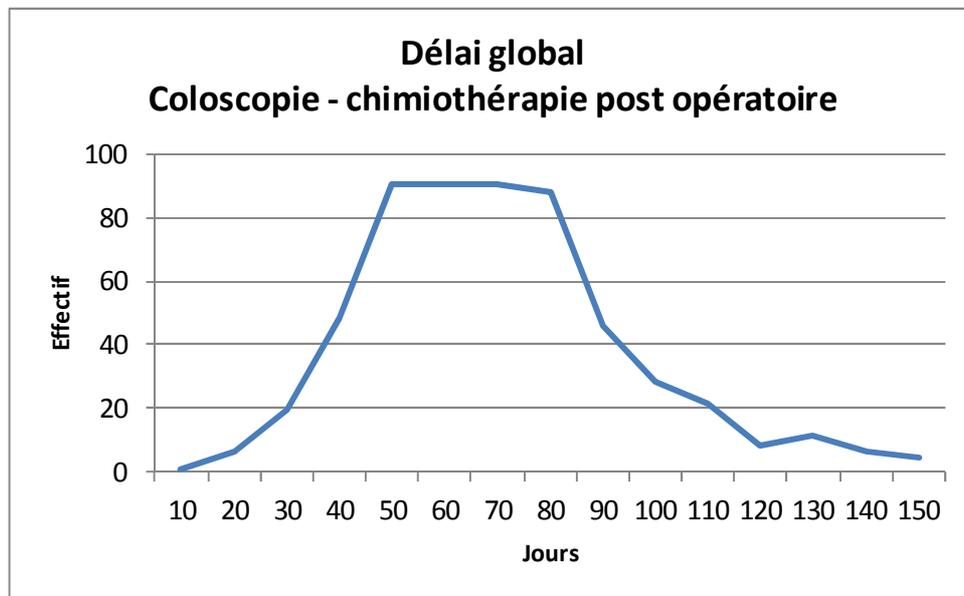
Tableau 11 : Délais de prise en charge (en jours) – côlon

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

* calculé sur le total des personnes concernées pour chaque parcours

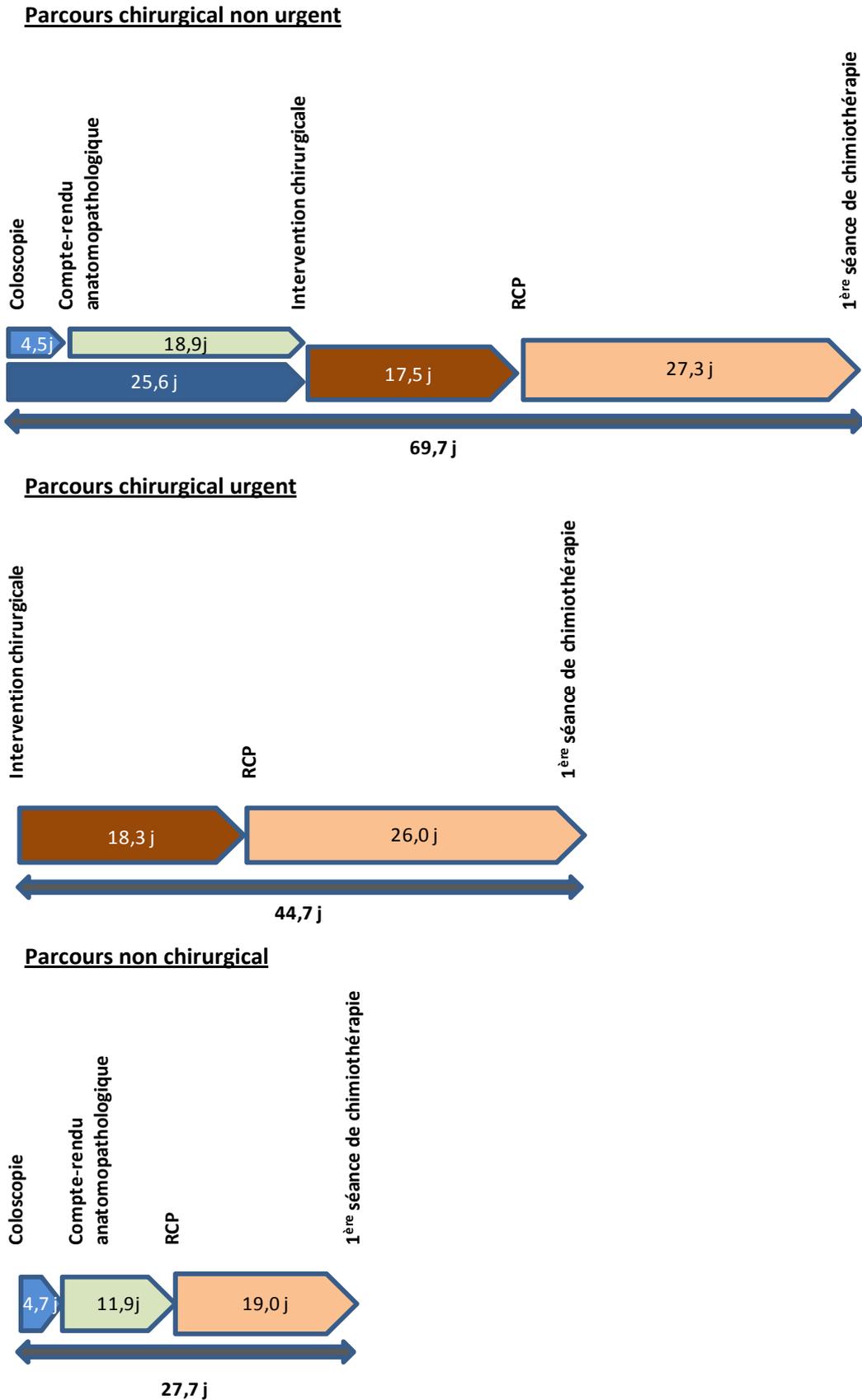
La figure 1 présente la distribution du délai global entre la coloscopie et la première séance de chimiothérapie dans le cas d'un parcours chirurgical non urgent. La figure 2 permet d'illustrer la durée moyenne totale de ce même parcours et la durée moyenne de ses différentes étapes.

Figure 1 : Distribution du délai global coloscopie – chimiothérapie postopératoire (parcours chirurgical non urgent) – côlon



Dans le cadre du parcours chirurgical non urgent, le délai global entre la coloscopie et la première séance de chimiothérapie était en moyenne, tous cas confondus, de 10 semaines, soit 2 mois et demi. En moyenne, il fallait un peu moins d'une semaine pour avoir accès au diagnostic puis deux semaines et demie pour l'accès à la chirurgie, soit un peu plus de trois semaines entre la coloscopie et l'intervention chirurgicale. L'accès à la proposition thérapeutique postopératoire se faisait en moyenne en moins de deux semaines. Enfin, l'accès à la chimiothérapie était de 4 semaines en moyenne.

Figure 2 : Distribution du délai global – côlon



Nota bene : Dans ce schéma, le délai global moyen n'est pas égal à la somme des durées moyennes de chacune des étapes, celles-ci n'étant pas calculées sur un nombre identique de personnes du fait d'une disponibilité variable des données nécessaires au calcul des délais.

5. Facteurs influençant les délais de prise en charge

Du fait du nombre de patients pour lesquels les informations étaient disponibles, l'analyse des facteurs influençant les délais de prise en charge a porté uniquement sur les délais mesurés dans le ***parcours chirurgical non urgent, et sur trois de ces délais***. En effet, une analyse combinant plusieurs variables différentes multiplie les cas de figure à examiner et nécessite un nombre plus élevé de sujets ? afin que des sujets puissent être présents dans chacun des cas de figure envisagés. Les trois délais étudiés plus précisément sont donc :

- délai d'accès au diagnostic ;
- délai coloscopie-chirurgie ;
- délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire.

5.1. Délai d'accès au diagnostic

Il s'agit du délai s'écoulant entre la coloscopie et le compte rendu anatomopathologique de la biopsie

Facteurs sociodémographiques, médicaux et liés à l'établissement de première prise en charge

L'analyse univariée n'a pas montré de variation significative du délai d'accès au diagnostic en fonction des facteurs sociodémographiques ou médicaux. Par contre, on observe une variation statistiquement significative du délai en fonction du statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique (les bornes de ce délai, coloscopie et diagnostic anatomopathologique se déroulant le plus souvent en dehors de l'hôpital, ce résultat doit être interprété avec prudence). Une tendance est également notée selon le type d'autorisation dont bénéficie l'établissement de première prise en charge thérapeutique (tableau 12).

Tableau 12 : Délai d'accès au diagnostic selon différents facteurs – côlon

	N	Moyenne	Écart-type	Médiane	P
Sexe					
Homme	658	4,5	4,1	4	NS
Femme	515	4,5	3,9	4	
Âge					
Moins de 50 ans	69	5,3	4,6	4	NS
50 à 74 ans	628	4,4	4,0	3	
75 ans et plus	476	4,5	4,0	4	
Situation professionnelle					
Actif ayant un emploi	110	4,6	4,0	3	NS
Retraité ou préretraité	620	4,5	4,1	3	
Autre	47	3,3	2,9	3	
Catégorie socioprofessionnelle⁴					
CSP +	106	4,7	4,5	3	NS
CSP -	199	4,8	4,1	4	
Mode de détection du cancer					
Signes d'appel	883	4,5	4,0	4	NS
Dépistage spontané	82	4,7	4,6	3	
Découverte fortuite	59	4,7	3,6	4	
Dépistage organisé	87	4,3	3,7	4	
Stade TNM					
Tis, T1	145	4,2	3,4	4	NS
T2	164	4,0	3,6	3	
T3	610	4,5	4,2	3	
T4	187	5,0	4,4	4	
N0	623	4,4	3,9	3	NS
N1	260	4,7	4,4	4	
N2	185	4,8	4,3	4	
M0	533	4,4	4,1	3	NS
M1	146	4,8	4,7	4	
Stade 0 à II	339	4,3	4,1	3	NS
Stade III et IV	326	4,7	4,4	4	
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique					
CH	372	4,3	4,1	3	< 0,05
CHU	181	4,9	4,2	4	
CLCC	23	7,0	4,3	7	
ESPIC (hors CLCC)	66	4,8	4,3	4	
Privé	529	4,4	3,9	3	
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique					
Chirurgie seule	287	5,0	4,4	4	0,089
Chirurgie et chimiothérapie	581	4,3	3,8	3	
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	232	4,3	4,5	3	
Autre	41	4,4	3,4	3	

⁴ CSP + : artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires
CSP - : agriculteurs exploitants, employés et ouvriers

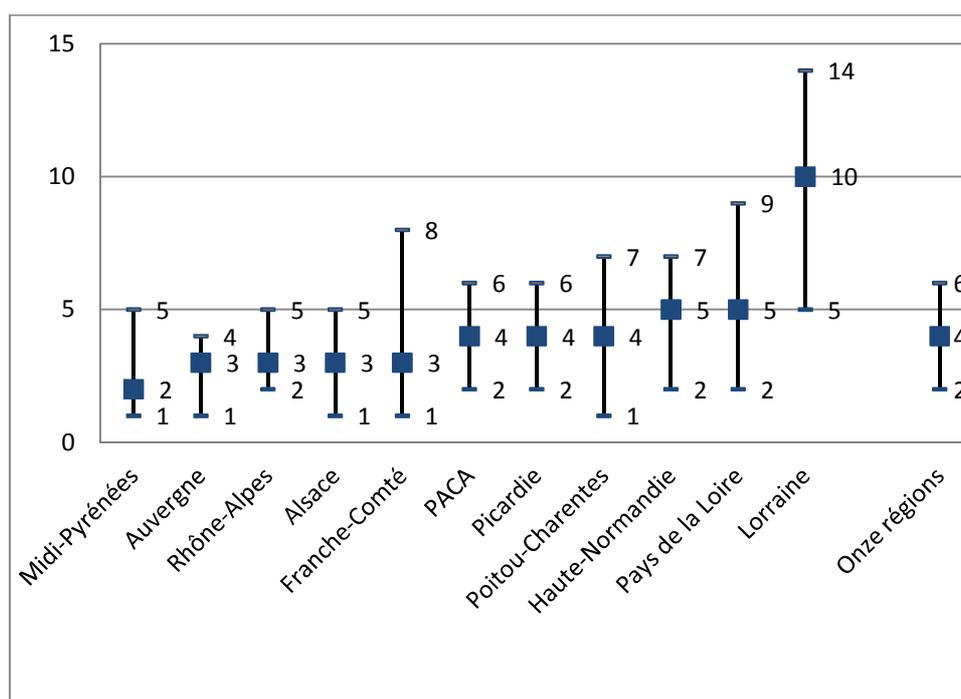
Différences entre régions

L'étude des variations des délais selon les régions a été effectuée sur les effectifs bruts, sans application de la pondération permettant de redresser l'effectif pour les analyses globales. Le délai d'accès au diagnostic variait de façon significative entre les régions (tableau 13 et figure 3). Le délai moyen le plus court était observé en Midi-Pyrénées et le plus élevé en Lorraine. Tant au niveau de la moyenne que de la médiane, on note que selon les régions, ce délai pouvait varier d'un facteur deux et parfois trois allant ainsi de 3,7 jours à 10,1 jours.

Tableau 13 : Délai d'accès au diagnostic selon la région – côlon

Région	N	Moyenne	Écart-type	Médiane
Alsace	46	4,5	5,3	3
Auvergne	86	3,7	3,2	3
Franche-Comté	47	4,9	5,6	3
Haute-Normandie	69	5,1	3,8	5
Lorraine	37	10,1	6,2	10
Midi-Pyrénées	186	3,1	2,6	2
PACA	276	4,3	3,0	4
Pays de la Loire	84	6,3	5,2	5
Picardie	113	4,6	3,8	4
Poitou-Charentes	144	4,6	4,3	4
Rhône-Alpes	86	4,3	4,1	3
Total (pondéré)	1 175	4,5	4,1	4

Figure 3 : Délai d'accès au diagnostic selon la région (médiane et interquartiles) – côlon



Analyse multivariée

L'analyse multivariée pratiquée sur le délai d'accès au diagnostic (tableau 14) confirme les résultats de l'analyse univariée.

L'effet région sur le délai d'accès au diagnostic est confirmé par l'analyse multivariée. En prenant comme référence les délais d'accès au diagnostic dans la région Midi-Pyrénées, là où ils sont en moyenne les plus courts, ces délais apparaissent allongés dans huit régions : PACA, Rhône-Alpes, Picardie, Poitou-Charentes, Franche-Comté, Haute-Normandie, Pays de la Loire et Lorraine. Ils ne diffèrent pas de ce qui est observé en Midi-Pyrénées dans les régions Alsace et Auvergne.

Enfin, toutes choses égales par ailleurs, on n'observe pas de différence significative de délai selon le sexe, le mode de détection du cancer ou la taille de la tumeur, comme en univarié.

Note de lecture pour le tableau 14

Les données présentées sont les résultats d'une régression multiple par modèle linéaire généralisé. Cette méthode statistique, adaptée à l'étude des variables quantitatives en fonction de variables qui peuvent être soit continues (comme l'âge) soit discontinues (comme le mode de découverte de la tumeur), permet de connaître l'effet sur le délai étudié de chacune des variables étudiées toutes choses égales par ailleurs. Pour les variables discontinues la modalité ayant en univarié le délai le plus court sert de référence et les autres modalités sont étudiées par rapport à elle. La première colonne présente les coefficients de régression obtenus : un coefficient positif indique que le délai étudié est augmenté (allongé) pour cette modalité, un coefficient négatif, qu'il est diminué (raccourci). Plus la valeur du coefficient est importante, plus la variation du délai l'est. La colonne suivante « erreur standard » présente l'écart-type du coefficient et la dernière colonne intitulée « test » permet de savoir si la variation de délai observée par rapport à la modalité de référence est statistiquement significative ou non, toutes choses égales par ailleurs. Par exemple, les personnes dont la première prise en charge thérapeutique s'est déroulée en CLCC ont un délai significativement (test < 0,001) allongé de 3,6 jours [écart type de 1,0 jour] par rapport à ceux pris en charge initialement en centre hospitalier. Il n'y a pas de différence significative de délai pour les trois autres catégories d'établissement par rapport aux centres hospitaliers.

Tableau 14 : Analyse multivariée : délai d'accès au diagnostic – côlon (n = 999)

	Coefficient de régression	Erreur standard	Test
Ordonnée à l'origine	2,3	1,0	< 0,05
Sexe	Réf.		
Femme	0,0	.	
Homme	0,2	0,2	NS
Mode de détection du cancer			
Dépistage organisé	Réf.		
Signes d'appel	0,1	0,5	NS
Découverte fortuite	0,0	0,7	NS
Dépistage spontané	0,7	0,6	NS
Stade T			
T2	Réf.		
Tis,T1	-0,1	0,5	NS
T3	0,3	0,3	NS
T4	0,6	0,4	NS
Statut de l'établissement			
CH	Réf.		
Privé	-0,4	0,3	NS
ESPIC (hors CLCC)	-0,2	0,6	NS
CHU	0,4	0,4	NS
CLCC	3,6	1,0	< 0,001
Autorisation			
Chirurgie et chimiothérapie	Réf.		
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	-0,7	0,4	0,058
Autre	0,4	0,7	NS
Chirurgie seule	0,4	0,3	NS
Région			
Midi-Pyrénées	Réf.		
Auvergne	0,7	0,5	NS
PACA	0,9	0,4	< 0,05
Rhône-Alpes	1,3	0,5	< 0,05
Alsace	0,8	0,7	NS
Picardie	1,5	0,5	< 0,005
Poitou-Charentes	1,1	0,5	< 0,05
Franche-Comté	3,9	0,8	< 0,001
Haute-Normandie	1,8	0,6	< 0,001
Pays de la Loire	3,3	0,5	< 0,001
Lorraine	7,4	0,7	< 0,001
Âge	0,007	0,010	NS

LES FAITS MARQUANTS

Cancer du côlon : délai d'accès au diagnostic

Les valeurs moyennes et médianes du délai d'accès au diagnostic :

- ✓ Un délai moyen de 4,5 jours (écart-type : 15,9 jours)
- ✓ Un délai médian de 4 jours avec dans un quart des cas un délai inférieur à 2 jours et dans un autre quart supérieur à 6 jours

Les résultats issus de l'analyse multivariée

- ✓ Pas d'effet de l'âge sur ce délai
- ✓ Pas d'effet du sexe sur ce délai
- ✓ Pas d'effet du mode de détection du cancer sur ce délai
- ✓ Pas d'effet de la taille de la tumeur sur ce délai
- ✓ Des différences significatives de délai entre régions

5.2. Délai coloscopie-chirurgie

Il s'agit du délai écoulé entre la coloscopie et l'intervention chirurgicale dans un parcours chirurgical non urgent. Ce délai était disponible pour plus de 1 500 sujets soit les deux tiers des patients concernés par le parcours chirurgical non urgent.

Facteurs sociodémographiques, médicaux et liés à l'établissement de première prise en charge

Parmi les facteurs étudiés pouvant avoir un lien avec le délai coloscopie-chirurgie, seule la catégorie socioprofessionnelle ne faisait pas apparaître de différence statistiquement significative et une tendance a été observée pour le statut vis-à-vis de l'emploi, les retraités et préretraités ayant tendance à avoir un délai coloscopie-chirurgie plus long que les actifs ayant un emploi ou les personnes présentant une autre situation professionnelle. Pour tous les autres facteurs étudiés, des différences statistiquement significatives de délai coloscopie-chirurgie apparaissent (tableau 15).

Ainsi, les hommes avaient un délai coloscopie-chirurgie plus long que les femmes. Les personnes de moins de 50 ans présentaient le délai moyen le plus court alors que les 50 à 74 ans avaient le délai moyen le plus long. Quand le cancer était découvert suite à un dépistage (spontané ou dans le cadre du dépistage organisé), le délai coloscopie-chirurgie était plus long qu'en cas de découverte sur signe d'appel ou à l'occasion d'une découverte fortuite. Le délai était d'autant plus court que la tumeur était de taille importante : les délais les plus longs étaient observés pour les tumeurs Tis ou T1 et les plus courts pour les tumeurs T4. De même, en cas d'envahissement ganglionnaire ou de métastases, le délai coloscopie-chirurgie était plus court. Pour les tumeurs de stade III ou IV, le délai était plus court que pour les tumeurs de stade 0 à II. Si l'établissement de première prise en charge thérapeutique était un établissement privé, le délai était plus court. Le délai était également plus court si cet établissement était autorisé pour la seule chirurgie oncologique digestive alors qu'il était plus long en cas d'autorisation pour les trois modalités thérapeutiques.

Tableau 15 : Délai coloscopie-chirurgie selon différents facteurs – côlon

	N	Moyenne	Écart-type	Médiane	P
Sexe					
Homme	850	26,4	17,6	24	< 0,05
Femme	719	24,6	17,4	22	
Âge					
Moins de 50 ans	78	19,2	13,4	16	< 0,001
50 à 74 ans	820	26,9	17,5	24	
75 ans et plus	671	24,8	17,8	21	
Situation professionnelle					
Actif ayant un emploi	139	23,6	15,6	22	0,074
Retraité ou préretraité	868	27,1	17,8	25	
Autre	50	25,1	15,2	23	
Catégorie socioprofessionnelle⁵					
CSP +	138	24,3	15,5	21	NS
CSP -	251	26,2	17,1	23	
Mode de détection du cancer					
Signes d'appel	1 189	24,8	17,2	22	< 0,001
Dépistage spontané	106	30,7	19,8	30	
Découverte fortuite	61	25,4	17,3	21	
Dépistage organisé	121	31,3	17,1	30	
Stade TNM					
Tis, T1	185	34,2	22,6	35	< 0,001
T2	200	27,9	18,3	24	
T3	836	24,6	15,8	22	
T4	259	20,6	14,8	17	
N0	843	27,5	17,9	25	< 0,001
N1	357	25,4	15,8	23	
N2	232	19,8	14,4	17	
M0	717	27,5	17,8	25	< 0,001
M1	173	22,6	15,8	19	
Stade 0 à II	470	29,0	18,4	27	< 0,001
Stade III et IV	404	23,6	15,8	21	
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique					
CH	457	27,0	18,4	25	< 0,001
CHU	241	29,5	17,9	28	
CLCC	29	27,5	20,5	23	
ESPIC (hors CLCC)	111	28,6	17,9	26	
Privé	726	22,7	16,0	21	
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique					
Chirurgie seule	428	22,9	16,8	21	< 0,001
Chirurgie et chimiothérapie	774	25,6	17,4	22	
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	282	29,4	18,1	28	
Autre	52	27,7	17,4	24	

⁵ Cf. note 2

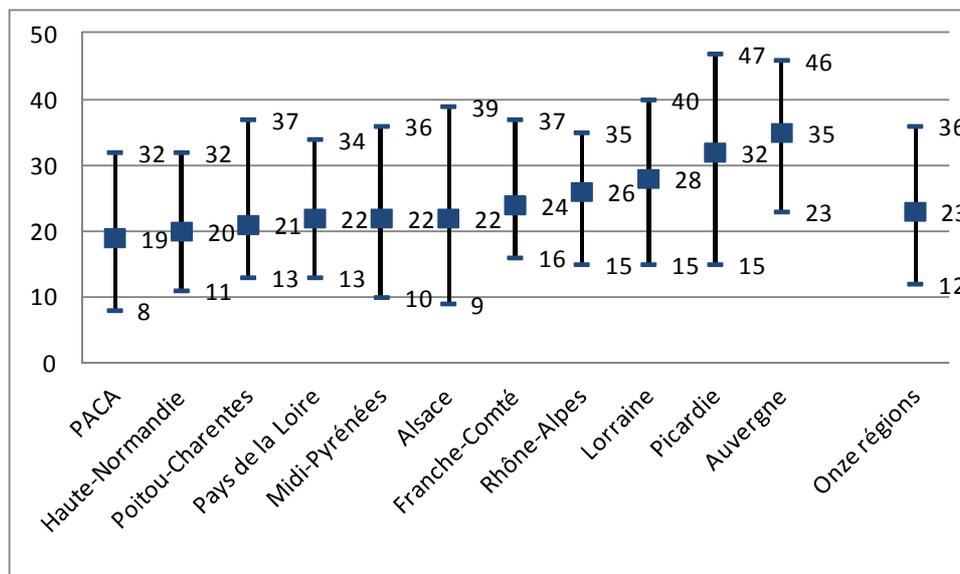
Différences entre régions

Le délai coloscopie-chirurgie variait significativement entre les régions (tableau 16 et figure 4). C'est en Provence-Alpes-Côte d'Azur que le délai moyen le plus court est observé et en Auvergne pour le plus long. Un facteur proche de 1,5 est retrouvé entre les valeurs extrêmes, tant au niveau de la moyenne que de la médiane.

Tableau 16 : Délai coloscopie-chirurgie selon la région – côlon

Région	N	Moyenne	Écart-type	Médiane
Alsace	74	25,5	19,9	22
Auvergne	76	35,7	16,8	35
Franche-Comté	97	27,2	16,4	24
Haute-Normandie	86	22,7	15,0	20
Lorraine	114	29,8	18,0	28
Midi-Pyrénées	219	24,7	18,2	22
PACA	324	21,0	15,3	19
Poitou-Charentes	181	26,2	18,0	21
Pays de la Loire	147	25,0	17,3	22
Picardie	115	32,4	20,2	32
Rhône-Alpes	124	27,3	16,4	26
Total (pondéré)	1 571	25,6	17,5	23

Figure 4 : Délai coloscopie-chirurgie selon la région (médiane et interquartiles) – côlon



Analyse multivariée

Le tableau 17 présente les résultats de l'analyse multivariée portant sur le délai entre la coloscopie et l'intervention chirurgicale.

Des effets statistiquement significatifs de la plupart des variables introduites dans le modèle sont notés confirmant dans un certain nombre de cas les résultats trouvés en univarié. La différence de délai coloscopie-chirurgie entre les hommes et les femmes trouvée en univarié n'a pas été retrouvée en multivarié.

Pour l'âge, une tendance à l'allongement du délai avec l'avancée en âge a été retrouvée en multivarié mais sans atteindre le seuil de significativité alors que des différences par classes d'âge étaient trouvées en univarié.

Les différences selon le mode de détection du cancer persistaient en multivarié : quand le cancer était découvert dans le cadre du dépistage organisé on observait un allongement des délais de prise en charge ; seule une tendance dans le même sens était retrouvée quand la découverte se faisait dans le cadre d'un dépistage spontané, toutes choses égales par ailleurs.

L'analyse multivariée a confirmé, toutes choses égales par ailleurs, le fait que le délai coloscopie-chirurgie diminuait avec la taille de la tumeur : par rapport au délai moyen observé lorsque la tumeur est au stade T4, les durées moyennes pour les stades T3, T2 et Tis/T1 étaient chaque fois significativement plus longues.

Si la durée d'accès à la chirurgie quand la première prise en charge thérapeutique avait lieu en CLCC n'était pas allongée par rapport à ce qui était observé dans le privé, les délais étaient allongés quand cette première prise en charge avait lieu en centre hospitalier, CHU ou établissement de santé privé d'intérêt collectif (hors CLCC). De telles différences étaient déjà notées en univarié.

Par rapport aux établissements autorisés pour la seule chirurgie, on n'observait pas de différence significative de délai en multivarié quand la première prise en charge thérapeutique avait lieu dans un établissement autorisé pour la chirurgie et la chimiothérapie, une tendance à l'allongement était notée si l'établissement avait les trois autorisations et le délai était significativement plus long pour les modalités d'autorisations en dehors des associations classiques entre la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie.

Par rapport à la région où les délais moyens étaient les plus courts pour l'accès à la chirurgie – Provence-Alpes-Côte d'Azur – les délais n'étaient pas significativement différents en Haute-Normandie et en Alsace et significativement plus longs dans les huit autres régions : Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Poitou-Charentes, Franche-Comté, Rhône-Alpes, Lorraine, Picardie et Auvergne.

Tableau 17 : Analyse multivariée : délai coloscopie-chirurgie – côlon (n = 1 324)

	Coefficient de régression	Erreur standard	Test
Ordonnée à l'origine	7,2	3,2	< 0,05
Sexe			
Femme	Réf.		
Homme	0,8	0,9	NS
Mode de détection du cancer			
Signes d'appel	Réf.		
Découverte fortuite	-0,8	2,3	NS
Dépistage organisé	5,4	1,7	< 0,005
Dépistage spontané	3,2	1,9	0,083
Stade T			
T4	Réf.		
T3	3,3	1,3	0,01
T2	6,3	1,6	< 0,001
Tis,T1	13,8	1,8	< 0,001
Statut de l'établissement			
Privé	Réf.		
CH	3,0	1,2	< 0,05
CLCC	5,2	3,9	NS
ESPIC (hors CLCC)	5,3	1,9	< 0,005
CHU	5,8	1,5	< 0,001
Autorisation			
Chirurgie seule	Réf.		
Chirurgie et chimiothérapie	1,6	1,2	NS
Autre	5,7	2,7	< 0,05
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	3,1	1,7	0,067
Région			
PACA	Réf.		
Haute-Normandie	3,4	2,2	NS
Midi-Pyrénées	4,0	1,6	< 0,05
Pays de la Loire	4,7	1,8	< 0,01
Alsace	4,1	2,5	NS
Poitou-Charentes	13,1	2,0	< 0,001
Franche-Comté	5,8	2,3	< 0,05
Rhône-Alpes	3,9	1,9	< 0,05
Lorraine	8,7	1,9	< 0,001
Picardie	6,7	1,8	< 0,001
Auvergne	13,1	2,2	< 0,001
Âge	0,065	0,039	0,095

Note de lecture : Cf. tableau 14

LES FAITS MARQUANTS

Cancer du côlon : délai coloscopie-chirurgie

Les valeurs moyennes et médianes du délai coloscopie-chirurgie :

- ✓ Un délai moyen de 25,6 jours (écart-type : 17,5 jours)
- ✓ Un délai médian de 23 jours avec dans un quart des cas un délai inférieur à 12 jours et dans un autre quart supérieur à 36 jours

Les résultats issus de l'analyse multivariée

- ✓ Pas d'effet du sexe
- ✓ Un délai qui a tendance à augmenter avec l'âge
- ✓ Un accès à la chirurgie allongé en cas de dépistage organisé par rapport à une découverte sur signes d'appel. Une tendance à l'allongement est observée en cas de dépistage spontané
- ✓ Un accès à la chirurgie allongé pour les tumeurs in situ et T1, pour les tumeurs T2 et pour les tumeurs T3 par rapport aux tumeurs de taille T4
- ✓ Un accès à la chirurgie plus long si la première prise en charge thérapeutique a lieu dans les centres hospitaliers, dans les ESPIC (hors CLCC) ou en CHU par rapport aux établissements privés
- ✓ Un délai qui varie selon le type d'autorisations dont bénéficie l'établissement de premier accueil thérapeutique
- ✓ Des différences significatives de délai entre régions

5.3. Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire

Ce troisième délai, allant de l'intervention chirurgicale à la RCP postopératoire était disponible pour 2 132 sujets dans le cadre du parcours chirurgical non urgent, soit 86 % des patients de ce parcours.

Facteurs sociodémographiques, médicaux et liés à l'établissement de première prise en charge

Seuls deux facteurs apparaissaient liés statistiquement au délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire, le stade TNM et le statut de l'établissement (tableau 18).

Les patients présentant un cancer à un stade métastatique avaient un délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire plus court que les autres.

Lorsque la première prise en charge thérapeutique avait lieu en CHU, le délai apparaissait plus court alors qu'il était en moyenne plus long quand cette prise en charge avait lieu en centre de lutte contre le cancer. Cette différence, bien que significative reste limitée car, en moyenne, elle n'excédait pas quatre jours.

Tableau 18 : Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire selon différents facteurs – côlon

	N	Moyenne	Écart-type	Médiane	P
Sexe					
Homme	1 111	17,3	9,5	15	NS
Femme	1 019	17,7	9,7	15	
Âge					
Moins de 50 ans	119	17,2	9,4	15	NS
50 à 74 ans	1 098	17,3	9,3	15	
75 ans et plus	913	17,7	9,9	15	
Situation professionnelle					
Actif ayant un emploi	192	17,7	10,4	15	NS
Retraité ou préretraité	1 169	17,6	9,7	15	
Autre	67	17,0	8,3	17	
Catégorie socioprofessionnelle⁶					
CSP +	185	17,9	10,7	15	NS
CSP -	314	17,6	9,0	15	
Mode de détection du cancer					
Signes d'appel	1 594	17,6	9,7	15	NS
Dépistage spontané	135	17,5	8,7	15	
Découverte fortuite	103	17,2	9,1	15	
Dépistage organisé	145	16,4	8,6	14	
Stade TNM					
Tis, T1	220	18,4	8,4	17	NS
T2	285	16,5	8,7	15	
T3	1 113	17,6	9,7	15	
T4	387	17,8	10,2	15	
N0	1 126	17,5	9,2	15	NS
N1	504	17,8	10,0	15	
N2	319	17,3	9,5	15	
M0	938	18,1	9,6	16	< 0,05
M1	265	16,6	9,7	14	
Stade 0 à II	613	18,1	9,4	16	NS
Stade III et IV	574	17,3	9,9	15	
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique					
CH	557	17,9	9,6	15	< 0,005
CHU	367	15,9	9,5	13	
CLCC	61	19,5	9,8	15	
ESPIC (hors CLCC)	145	17,1	8,7	15	
Privé	989	17,7	9,6	15	
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique					
Chirurgie seule	577	18,0	10,0	15	NS
Chirurgie et chimiothérapie	1 009	17,0	9,2	15	
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	415	17,9	9,7	15	
Autre	89	17,3	10,0	15	

⁶ Cf. note 2

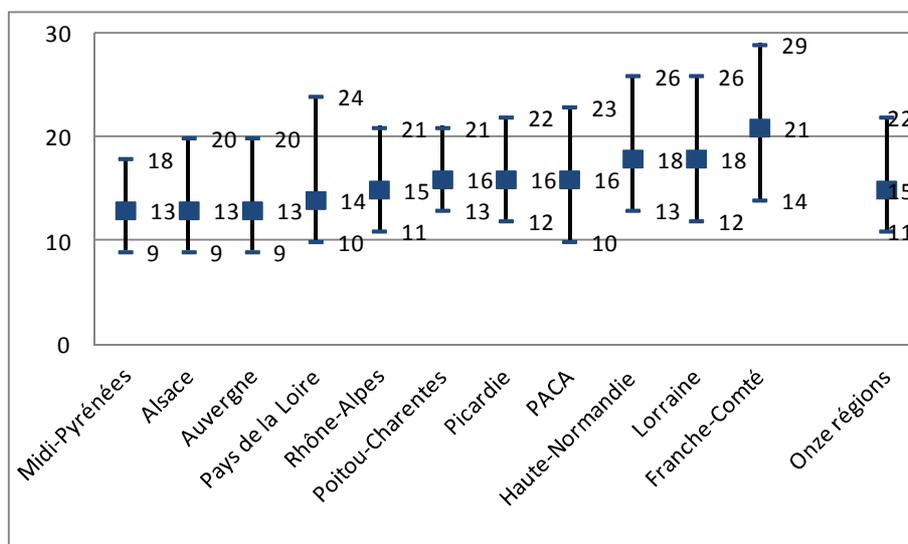
Différences entre régions

Le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire lors de la RCP diffère significativement d'une région à l'autre (tableau 19 et figure 5). C'est en Midi-Pyrénées qu'il était, en moyenne, le plus court et en Franche-Comté le plus long. Ce délai variait d'un facteur 1,5 entre les régions extrêmes pour la valeur moyenne et d'un facteur 1,6 pour la médiane.

Tableau 19 : Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire selon la région – côlon

Région	N	Moyenne	Écart-type	Médiane
Alsace	132	16,3	10,5	13
Auvergne	121	15,7	9,4	13
Franche-Comté	160	22,2	11,1	21
Haute-Normandie	89	20,4	10,4	18
Lorraine	156	19,3	9,5	18
Midi-Pyrénées	243	14,6	8,0	13
PACA	450	17,7	9,7	16
Poitou-Charentes	195	17,5	10,2	14
Pays de la Loire	139	17,2	8,1	16
Picardie	235	17,7	8,4	16
Rhône-Alpes	189	17,3	9,1	15
Total (pondéré)	2 132	17,5	9,6	15

Figure 5 : Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire selon la région (médiane et interquartiles) – côlon



Analyse multivariée

Le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire variait, toutes choses égales par ailleurs, selon le stade de la tumeur (tableau 20). Cet effet n'était pas trouvé en univarié. Ce délai était allongé pour les tumeurs T3 d'une part, Tis/T1 d'autre part par rapport à ce qui était observé pour les tumeurs de taille T2 et une tendance à l'allongement était retrouvée pour les patients présentant une tumeur de taille T4.

Comme en univarié, un effet du statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique était retrouvé : quand cette première prise en charge avait lieu en privé ou dans un centre hospitalier, le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire était plus long que si c'était en CHU. Une tendance à l'allongement était notée en CLCC et il n'y avait pas de différence avec les CHU pour les ESPIC (hors CLCC).

Le régime d'autorisation n'avait pas d'effet sur le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire, comme en univarié.

Contrairement au résultat observé en univarié, un effet de l'âge était noté, le délai augmentant significativement avec l'âge.

Des différences entre régions étaient notées. En prenant comme référence Midi-Pyrénées où le délai moyen était le plus court, un délai plus long était observé dans huit régions : Alsace, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, Poitou-Charentes, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Lorraine, Haute-Normandie et Franche-Comté.

Tableau 20 : Analyse multivariée : délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire – côlon (n = 1 768)

	Coefficient de régression	Erreur Standard	Test
Sexe			
Homme	Réf.		
Femme	0,5	0,4	NS
Mode de détection du cancer			
Dépistage organisé	Réf.		
Découverte fortuite	0,9	1,3	NS
Dépistage spontané	1,0	1,2	NS
Signes d'appel	1,3	0,9	NS
Stade T			
T2	Réf.		
T3	1,4	0,7	< 0,05
T4	1,3	0,8	0,089
Tis,T1	2,7	0,9	< 0,001
Statut de l'établissement			
CHU	Réf.		
ESPIC (hors CLCC)	1,2	1,1	NS
Privé	2,7	0,7	< 0,001
CH	2,1	0,7	< 0,005
CLCC	3,0	1,6	0,063
Autorisation			
Chirurgie et chimiothérapie	Réf.		
Autre	-1,4	1,2	NS
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	0,5	0,7	NS
Chirurgie seule	-0,4	0,6	NS
Région			
Midi-Pyrénées	Réf.		
Auvergne	1,3	1,1	NS
Alsace	0,4	1,2	NS
Pays de la Loire	2,7	1,0	< 0,005
Rhône-Alpes	3,4	1,0	< 0,001
Poitou-Charentes	4,2	1,0	< 0,001
Picardie	2,3	1,1	< 0,05
PACA	2,9	0,8	< 0,001
Lorraine	5,3	1,0	< 0,001
Haute-Normandie	5,2	1,2	< 0,001
Franche-Comté	9,3	1,1	< 0,001
Age	0,036	0,018	< 0,05

Note de lecture : Cf. tableau 14

LES FAITS MARQUANTS

Cancer du côlon : délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire

Les valeurs moyennes et médianes du délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire :

- ✓ Un délai moyen de 17,5 jours (écart-type : 9,6 jours)
- ✓ Un délai médian de 15 jours avec dans un quart des cas un délai inférieur à 11 jours et dans un autre quart supérieur à 22 jours

Les résultats issus de l'analyse multivariée :

- ✓ Un délai qui augmente avec l'âge
- ✓ Pas d'effet du sexe sur ce délai
- ✓ Pas d'effet du mode de détection du cancer sur ce délai
- ✓ Un délai plus long pour les tumeurs de taille T3 ou Tis/T1 par rapport aux tumeurs de taille T2
- ✓ Un délai plus long (en précisant que la différence n'excède pas 4 jours) quand l'établissement de première prise en charge thérapeutique est privé ou un centre hospitalier par rapport aux CHU
- ✓ Pas d'effet du type d'autorisations sur ce délai
- ✓ Des différences significatives de délai entre régions

6. Comparaison des délais mesurés avec ceux de la littérature internationale – cancer du côlon

L'analyse de la littérature effectuée en amont de cette étude a montré que plusieurs délais présentés dans la littérature prennent leur origine soit aux premiers symptômes, soit à la date d'orientation vers un centre spécialisé ou encore à la date de la première consultation spécialisée. Le test fait en amont de cette étude sur le délai de prise en charge des cancers a montré que ce type de date est peu disponible, voire pas du tout, au travers des dossiers tels qu'ils sont accessibles selon la méthodologie que nous avons retenue. Ces délais de la littérature ne peuvent donc être comparés à nos résultats. En revanche, des comparaisons sont possibles avec d'autres délais étudiés dans la littérature.

Ainsi, Raje et al. en 2006 [10] ont montré que le délai entre la décision de traiter et le premier traitement est inférieur à 31 jours dans 79,2 % des cas. Dans notre étude, le délai entre le compte rendu anatomopathologique (donc le diagnostic, antérieur à la décision de traiter) et la chirurgie est inférieur à 27 jours dans les trois quarts des cas. Porter et al. en 2006 [11] ont montré qu'entre le diagnostic et le premier traitement, la médiane est de 19 jours alors que dans une autre étude, celle de Terhaar et al. en 2010 [12], cette médiane est de 4 semaines. Dans notre étude, cette médiane était de 15 jours. Les délais d'accès au traitement que nous avons observés seraient donc plus courts que ceux retrouvés dans la littérature.

Porter et al. [11] ont également étudié le délai entre la chirurgie et la première séance de chimiothérapie postopératoire et a trouvé une médiane de 55 jours ; dans notre cas, elle était de 41 jours (15 jours entre la chirurgie et la RCP postopératoire et 26 jours de plus jusqu'à la première séance de chimiothérapie). Là encore, les délais d'accès à la chimiothérapie postopératoire que nous avons observés étaient plus courts que ceux retrouvés dans la littérature.

Par rapport aux recommandations plus générales sur la prise en charge des cancers comme celles de Cancer Care Ontario [7] ou du National Health Service [6] pour l'Angleterre et l'Écosse, les délais que nous observons les respectent le plus souvent : 28 jours en dehors des situations d'urgence entre la décision de traiter et la mise en œuvre de celle-ci pour les premiers, un mois (31 jours) pour les seconds. Dans plus des trois quarts des cas, nous avons observé des délais inférieurs à ces limites, si l'on compare ces délais au délai d'accès à la chirurgie (médiane à 15, écart interquartile 7-27).

7. Synthèse des résultats – cancer du côlon

Bilan du recueil

Cette phase de l'étude concernant la mesure des délais de prise en charge du cancer du côlon a montré que le recueil des informations nécessaires à l'analyse de ceux-ci est possible. Cependant, une partie des informations recherchées au travers des fiches de RCP ou par retour dans les dossiers médicaux manquait dans un certain nombre de cas, que ce soit la date précise de l'événement étudié (incluant le jour et le mois) ou la notion même que cet événement ait eu lieu. Il en est ainsi des événements se situant en amont de la prise en charge elle-même mais qui sont le point d'entrée dans le parcours de prise en charge. Il s'agit principalement de la date du test de recherche de sang dans les selles. Mais il peut aussi s'agir d'autres événements tels la date précise du compte rendu anatomopathologique de la biopsie ou de la première séance de chimiothérapie.

Population de l'étude

Les caractéristiques de la population enquêtée, que ce soit en termes sociodémographiques [13], de mode de découverte du cancer, de caractéristiques de la tumeur (localisation, taille, stade) [14] ou de l'établissement de prise en charge sont conformes à ce qui était attendu, en comparaison avec ce qui est retrouvé de façon plus large dans le cadre de la prise en charge des cancers du côlon.

Disponibilité des dates

Les dates complètes incluant le jour, le mois et l'année des événements qui peuvent être qualifiés de traceurs ont été retrouvées dans une proportion élevée de cas : plus de huit ou de neuf fois sur dix dans la plupart des cas. Il faut cependant noter que quelques dates étaient plus difficilement trouvées alors qu'on a la notion que l'acte diagnostique ou thérapeutique a été pratiqué : il s'agit en particulier du test de recherche de sang dans les selles ou des premières séances de chimiothérapie.

Délais mesurés et parcours de prise en charge identifiés

Trois parcours de prise en charge se dessinent au travers de cette étude : un parcours chirurgical classique sans intervention en urgence, un parcours débutant par une intervention chirurgicale en urgence et un parcours non chirurgical. Pour le premier, le délai global entre la coloscopie et la chimiothérapie postopératoire était de 69,7 jours en moyenne soit dix semaines avec une médiane sensiblement identique – 67 jours. Il était composé d'un premier temps de 4,5 jours entre la coloscopie et le diagnostic, puis deux semaines et demie avant la chirurgie, suivi d'un peu plus de deux semaines avant la RCP postopératoire et quatre semaines avant la première séance de chimiothérapie postopératoire. Quand il y a eu intervention chirurgicale en urgence, deux semaines et demie s'écoulaient après celle-ci jusqu'à la RCP, puis près de quatre semaines avant la chimiothérapie soit des délais sensiblement identiques à la phase postchirurgicale du parcours chirurgical non urgent. En cas de prise en charge dans le cadre d'un parcours non chirurgical, le délai global était de 28 jours, soit quatre semaines entre la coloscopie et la chimiothérapie avec une médiane à 26 jours.

Facteurs influençant les délais : résultats de l'analyse multivariée

Compte tenu des effectifs peu élevés pour les parcours en urgence ou non chirurgicaux, une analyse multivariée pour analyser les effets des différents facteurs sur les délais n'a été possible que pour le parcours chirurgical non urgent :

- le sexe n'avait pas d'effet sur les délais de prise en charge ;
- le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire augmentait avec l'âge, toutes choses égales par ailleurs ;
- le mode de découverte du cancer avait une influence sur le délai entre la coloscopie et la chirurgie, celui-ci étant plus long si le cancer est découvert dans le cadre du dépistage organisé par rapport à ceux découverts sur signes d'appel ;
- la taille de la tumeur affectait le délai entre la coloscopie et la chirurgie et celui d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire, ces délais étant en général plus longs lorsque les tumeurs étaient de taille réduite (Tis ou T1, voire T2) ;
- toutes choses égales par ailleurs, les caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique avaient une influence sur les délais : le délai entre la coloscopie et la chirurgie était 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. Les autorisations dont bénéficiait l'établissement influencent le délai coloscopie chirurgie : dans les établissements autorisés pour les trois types de traitement (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) ce délai avait tendance à être allongé par rapport aux établissements autorisés pour la seule chirurgie et ceux qui bénéficient d'autorisations autres que les associations classiques avaient des délais plus longs. Il faut cependant noter que, quand elles étaient significatives, ces différences de délai restaient limitées et portaient sur au plus cinq jours ;
- pour tous les délais étudiés, des différences significatives entre régions persistaient une fois pris en compte les autres facteurs. Ces différences pouvaient atteindre entre les régions extrêmes un facteur 1,5 à 2 selon les différents délais.

Comparaison avec la littérature internationale

La comparaison avec la littérature internationale et les recommandations internationales montrent que les délais que nous avons observés sont plutôt plus courts que ce qui est usuellement observé ou que ce qui est recommandé dans d'autres pays.

V. RÉSULTATS : CANCER DE LA PROSTATE

1. Bilan du recueil d'information

En amont du recueil d'information, le choix a été fait de ne retenir qu'un dossier sur deux dans trois régions où le nombre potentiel de dossiers était particulièrement important : Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes. Une procédure de sélection aléatoire des dossiers a donc été mise en œuvre dans ces régions.

Il faut aussi noter que, pour des questions d'organisation locale, la région Pays de la Loire a préféré n'effectuer le recueil d'information que pour les seuls cancers du côlon : aucun dossier de cette région n'est inclus dans cette partie concernant les délais de prise en charge du cancer de la prostate.

Selon la région, la durée d'inclusion a porté sur une période allant de 3 mois à 9 mois.

Au total, 4 207 dossiers ont pu être inclus dans cette analyse des délais de prise en charge des cancers de la prostate. Ce nombre varie entre 154 et 567 selon les régions.

Le tableau 21 présente par région le nombre de dossiers inclus, la durée d'inclusion et la fraction de sondage réelle dans la région où un échantillonnage des dossiers a été effectué. Comme pour l'analyse portant sur les délais de prise en charge des cancers du côlon, une pondération a été construite en utilisant la même méthodologie.

Tableau 21 : Nombre de dossiers inclus par région et coefficients de pondération – prostate

	Nombre	Nombre de mois couverts	Fraction des dossiers étudiés	Nombre de dossiers attendus après redressement	Coefficient de pondération	Rapport dossiers inclus sur dossiers attendus
Alsace	309	3	1,00	279	0,9023	63 %
Auvergne	308	5	1,00	167	0,5414	36 %
Franche-Comté	376	4	1,00	254	0,6768	90 %
Guadeloupe	290	9	1,00	87	0,3008	
Haute-Normandie	154	9	0,75	62	0,4010	12 %
Lorraine	395	3	1,00	356	0,9023	58 %
Martinique	246	8	1,00	83	0,3384	70 %
Midi-Pyrénées	319	3	0,57	505	1,5831	
Picardie	401	6	1,00	181	0,4512	78 %
Poitou-Charentes	344	3	1,00	310	0,9023	35 %
PACA	498	3	0,50	899	1,8047	53 %
Rhône-Alpes	567	3	0,50	1 023	1,8047	72 %
Total	4 207					60 %

Si on compare le nombre de dossier inclus au nombre de dossiers potentiels déterminé à partir des estimations produites par les registres des tumeurs et présentées dans le tableau 1, et en prenant en compte les fractions de sondages et le nombre de mois couverts dans chaque région, 60 % des dossiers potentiels ont été inclus. Selon les régions, ce taux varie entre 12 % et 90 %.

2. Description de la population

2.1. Éléments sociodémographiques

Les personnes prises en charge pour un cancer de la prostate et incluses dans cette étude avaient en moyenne 68,0 ans (e.t. = 8,8). La personne la plus jeune était âgée de 31 ans et la plus âgée de 97 ans. Un quart avait moins de 62 ans, la moitié, moins de 67 ans et un quart plus de 74 ans. Le tableau 22 présente la distribution par âge de la population étudiée en effectifs bruts et en effectifs pondérés. Cette population serait un peu plus jeune qu'attendu d'après les données issues des registres des cancers : l'âge moyen au diagnostic serait plutôt de 70 ans tout comme l'âge médian [14].

Tableau 22 : Répartition par âge – prostate

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Moins de 55 ans	235	5,6	240	5,7
55 à 64 ans	1 331	31,8	1 335	31,8
65 à 74 ans	1 644	39,3	1 625	38,7
75 à 84 ans	830	19,8	850	20,3
85 ans et plus	146	3,5	144	3,4
Total	4 186	100,0	4 194	100,0

Valeurs manquantes : 21 – 0,5 %⁷

La situation des personnes vis-à-vis de l'emploi était connue pour les deux tiers (67,7 %) des personnes incluses. Dans six cas sur sept, il s'agissait de retraités ou préretraités, le reste étant principalement constitué de personnes exerçant un emploi. L'information sur la catégorie socioprofessionnelle (profession actuelle ou passée) n'était disponible que pour un quart de la population étudiée. Les ouvriers étaient majoritaires en représentant près d'un quart de la population, suivi immédiatement par les employés, puis, dans des proportions voisines (une personne sur sept), les professions intermédiaires, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise et les cadres et professions intellectuelles supérieures. Les agriculteurs exploitants représentaient moins de un cas sur dix.

Les détails de la répartition par situation vis-à-vis de l'emploi et par CSP sont présentés dans le tableau 23. Au total, deux personnes sur cinq (41,8 %) relevaient d'une CSP dite élevée (artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires) et trois sur cinq d'une CSP dite basse (agriculteurs exploitants, employés et ouvriers).

⁷ Le nombre de valeurs manquantes et leur proportion sont présentés pour les effectifs bruts. Du fait des effets de la pondération, leur nombre total sur l'effectif redressé peut être différent, expliquant ainsi les différences de total qui peuvent être observées entre effectif bruts et effectifs redressés sur certains tableaux.

Tableau 23 : Répartition selon la situation vis-à-vis de l'emploi et la CSP – prostate

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Situation vis-à-vis de l'emploi :				
Actif ayant un emploi	402	14,1	359	13,4
Retraité ou préretraité	2 404	84,4	2 284	85,3
Autre	42	1,5	34	1,3
Total	2 848	100,0	2 677	100,0
Catégorie socioprofessionnelle (actuelle ou passée) :				
Agriculteurs exploitants	89	8,5	79	8,3
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	139	13,3	128	13,4
Cadres et professions intellectuelles supérieures	137	13,1	155	16,3
Professions intermédiaires	162	15,4	132	13,8
Employés	250	23,8	217	22,8
Ouvriers	262	25,0	230	24,2
Indéterminé	10	1,0	11	1,1
Total	1 049	100,0	951	100,0

Valeurs manquantes : Situation vis-à-vis de l'emploi : 1 359 – 32,3 %
CSP : 3 158 – 75,1 %

2.2. Éléments médicaux

Mode de découverte du cancer

Dans la majorité des cas – près de deux fois sur trois – le cancer de la prostate a été découvert dans le cadre d'un dépistage individuel (tableau 24). La présence de signes d'appel était relevée comme mode de découverte dans un tiers des cas. De façon beaucoup plus rare, le cancer de la prostate a été découvert de façon fortuite à l'occasion d'une prise en charge pour une autre pathologie.

Tableau 24 : Répartition selon le mode de détection du cancer – prostate

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Présence de signes d'appel	1 151	32,2	1 192	33,3
Dans le cadre d'un dépistage individuel	2 249	63,0	2 238	62,5
Découverte fortuite	169	4,7	149	4,2
Total	3 569	100,0	3 580	100,0

Valeurs manquantes : 638 – 15,2 %

Stade TNM, score de Gleason et taux de PSA

Les tumeurs de taille T2 étaient retrouvées dans plus d'un cas sur deux alors que les tumeurs les plus petites (T1) représentaient un cas sur quatre. Les tumeurs de taille importante (T3) concernaient un patient inclus sur cinq et les tumeurs les plus grosses (T4) étaient beaucoup plus rares. Un envahissement ganglionnaire était relevé dans un 6,4 % des cas, mais cette information n'était disponible que pour moins de la moitié des dossiers analysés. La connaissance du stade M n'était

guère supérieure et la présence de métastases est alors relevée dans une proportion similaire (6,5 %) (tableau 25).

Par rapport à la situation observée par les registres des tumeurs, notre population semble constituée de personnes ayant des tumeurs de taille plus importante, mais avec moins d'envahissement ganglionnaire et moins de métastases. Ainsi, à titre d'exemple, en 2005-2006, dans l'Hérault, le registre recensait 50,0 % de tumeurs de taille T1, 32,1 % de T2 et 7,2 % de T3. Dans 16,1 % des cas, un envahissement ganglionnaire était noté et dans 8,9 % des métastases.

Tableau 25 : Répartition selon le T, le N ou le M – prostate

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
T1	841	25,8	806	24,4
T2	1 728	53,0	1 754	53,2
T3	648	19,9	688	20,9
T4	46	1,4	48	1,4
Total	3 263	100,0	3 295	100,0
<hr/>				
N0	1 640	93,1	1 597	93,6
N1	121	6,9	109	6,4
Total	1 761	100,0	1 706	100,0
<hr/>				
M0	1 692	93,4	1 414	93,5
M1	119	6,6	99	6,5
Total	1 811	100,0	1 512	100,0

Valeurs manquantes : T : 944 – 22,4 %

N : 2 446 – 58,1 %

M : 2 396 – 57,0 %

Le score de Gleason était disponible dans 95,9 % des cas. Il était alors inférieur ou égal à 6 dans 41,2 % des cas, égal à 7 dans 44,3 % des cas et supérieur à 7 dans 14,4 % des cas.

Le taux de PSA au moment de la biopsie était disponible dans 94,1 % des cas. Dans les deux tiers des cas (67,0 %) il était inférieur ou égal à 10 ng/ml. Dans 18,8 % des cas, il était compris entre 10 et 20 ng/ml et dans 14,2 % des cas, il était supérieur à 20 ng/ml.

En combinant ces informations sur le score de Gleason et le taux de PSA avec les informations sur la taille de la tumeur, il est possible d'apprécier le risque de rechute biologique à 10 ans après le traitement local pour les cancers de taille T1 à T3 sans envahissement ganglionnaire et sans métastase grâce à la classification de d'AMICO [15]. Ce score est disponible dans 78,8 % des cas. Il est faible dans près d'un cas sur cinq, modéré dans plus du quart des cas et élevé dans plus d'un cas sur deux (tableau 26).

Tableau 26 : Répartition selon le score de d'Amico – prostate

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Faible	606	19,0	590	18,3
Modéré	868	27,3	873	27,1
Élevé	1 708	53,7	1 753	54,5
Total	3 182	100,0	3 217	100,0

Valeurs manquantes : 863 – 21,2 %

Structure de première prise en charge thérapeutique

Dans plus de la moitié des cas, la première prise en charge thérapeutique a eu lieu dans un établissement privé et dans près d'un quart des cas en centre hospitalier (tableau 27). Les CHU étaient le premier établissement de prise en charge thérapeutique dans 13,5 % des cas. La part des ESPIC (hors CLCC) était relativement faible (7 %) et les prises en charge en CLCC étaient exceptionnelles. Dans plus d'un tiers des cas, l'établissement de première prise en charge était autorisé pour la chirurgie carcinologique urologique et pour la chimiothérapie et dans presque autant de cas pour la chirurgie carcinologique urologique uniquement. Dans près d'un quart des cas, l'établissement était autorisé pour les trois modalités thérapeutiques en cancérologie (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie).

Tableau 27 : Répartition selon l'établissement de première prise en charge thérapeutique – prostate

	Effectif brut		Effectif pondéré	
	n	%	n	%
Statut de l'établissement :				
Centre hospitalier	796	19,1	921	22,0
CHU	477	11,4	566	13,5
CLCC	89	2,1	59	1,4
ESPIC (Hors CLCC)	397	9,5	301	7,2
Établissement privé	2 408	57,8	2 331	55,8
Total	4 168	100,0	4 178	100,0

Autorisations :

Chirurgie seule	1 308	31,8	1 404	34,2
Chirurgie + chimio	1 518	36,9	1 530	37,3
Chirurgie + chimio + radio	974	23,7	947	23,1
Autre	309	7,5	226	5,5
Total	1 937	100,0	4 107	100,0

Valeurs manquantes : Statut : 39 – 0,3 %

Autorisation : 98 – 0,4 %

3. Disponibilités des dates

Au total, les dates de cinq événements ou actes ont été recueillies lors de cette étude. Le tableau 28 présente de façon détaillée pour chacune de ces dates, le nombre de cas où elle était complète (jour + mois + année), le nombre de cas où une décision d'abstention en RCP était prise, le nombre de cas où la date n'était pas disponible dans les dossiers consultés et le nombre de valeurs manquantes, c'est-à-dire le nombre de cas où la précision de la date disponible n'était pas suffisante pour le calcul des délais. Le tableau présente enfin le taux de complétude des dates calculé sur le nombre total de dossiers diminué du nombre de cas où une décision de ne pas pratiquer l'acte en question était prise.

Il est important de rappeler, comme pour le cancer du côlon, que l'analyse porte sur la disponibilité des dates complètes des événements étudiés : ce n'est pas parce qu'il n'a pas été possible de recueillir la date précise d'un événement que celui-ci n'a pas eu lieu. Dans un certain nombre de cas, l'événement était noté dans les fiches RCP ou dans les dossiers, mais avec une date incomplète.

Tableau 28 : Disponibilité des dates – prostate

	Date complète	Décision de ne pas pratiquer l'acte	Taux d'actes non pratiqués	Date non trouvée	Date incomplète, valeurs manquantes	Taux de disponibilité de la date
Compte rendu anatomopathologique	3 391	0	0 %	535	281	80,6 %
RCP	4 136	0	0 %	60	8	98,4 %
Chirurgie	1 993	1 558	37,0 %	611	46	75,2 %
Premier traitement non chirurgical	1 260	1 716	40,8 %	1 066	165	50,6 %
Surveillance simple ou active	683	2 035	48,4 %	1 337	152	31,4 %

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

4. Description des délais de prise en charge

Le tableau 29 présente les principaux éléments caractérisant les différents délais étudiés, notamment la proportion de cas où ce délai a pu être calculé, sa moyenne et son écart-type, sa médiane et son interquartile ainsi que la proportion de cas où un délai négatif (inversion de la séquence par rapport aux situations les plus fréquentes) est observé.

L'analyse des données recueillies fait ressortir **trois « parcours » de prise en charge différents** :

- **parcours chirurgical** : la prise en charge intègre une intervention chirurgicale : cela représente près d'un cas sur deux (48,7 %) ;
- **parcours avec traitement non chirurgical** : la prise en charge repose sur la mise en œuvre d'un traitement non chirurgical : un peu plus d'un quart des sujets inclus dans l'étude (27,7 %) sont concernés. Le premier traitement non chirurgical mis en œuvre est le plus souvent une hormonothérapie (50,3 % des cas) ou une radiothérapie externe (41,0 % des cas) ; la curiethérapie (6,2 %) et les ultrasons focalisés (2,5 %) sont retrouvés beaucoup moins fréquemment ;
- **parcours avec surveillance seule** : enfin, la prise en charge n'intègre ni traitement chirurgical, ni traitement non chirurgical et repose sur une surveillance : un peu moins d'un patient sur quatre relève de cette prise en charge (23,7 %).

Le délai d'accès à la proposition thérapeutique, qui existe pour chacun des trois parcours, est celui qui était le plus souvent disponible : il a pu être calculé dans les trois quarts des cas. Ce délai était en moyenne, tous parcours confondus, d'un peu plus de cinq semaines (36,5 jours) et la médiane de quatre semaines (29 jours). Ce délai varie selon les parcours allant de 38,6 jours en moyenne pour le parcours chirurgical à 36,2 jours pour le parcours non chirurgical et à 27,5 jours pour le parcours surveillance.

Pour le parcours chirurgical, les deux délais étudiés étaient disponibles dans les deux tiers des cas. Le délai d'accès à la chirurgie était en moyenne de six semaines et demie (45 jours) avec une médiane de cinq semaines et demie (39 jours). Entre les résultats de la biopsie et l'intervention chirurgicale, il s'écoulait **en moyenne près de douze semaines (81 jours)** avec une médiane de onze semaines (77 jours). Notons qu'il est recommandé d'attendre deux semaines entre la biopsie et la chirurgie. Après la chirurgie, un patient sur cinq (18,2 %) a bénéficié d'un autre traitement ; il s'agissait alors dans 50,0 % des cas d'une radiothérapie externe et dans 45,9 % des cas d'une hormonothérapie, les quelques cas restants se partageant pour moitié entre la curiethérapie et les ultrasons focalisés.

La disponibilité des délais était proche **pour le parcours non chirurgical**. Le délai d'accès au traitement était de 45 jours. Le délai moyen CRAP-traitement non chirurgical était **d'un peu plus de dix semaines (72,5 jours)** avec une médiane à neuf semaines (64 jours). Si le premier traitement mis en œuvre est une hormonothérapie, le délai moyen est de 47,0 jours et le délai médian de 39 jours ; s'il s'agit d'une radiothérapie externe, la moyenne est de 96,6 jours et la médiane de 92 jours ; pour la curiethérapie les valeurs sont respectivement de 130,7 jours et de 138 jours et pour les ultrasons focalisés de 95,2 jours et de 73,7 jours.

Par contre, **en cas de surveillance seule**, les délais étaient plus difficilement disponibles, surtout la date de début de la surveillance. Après la RCP, il s'écoulait en moyenne trois semaines (20,8 jours)

avant le début de la surveillance avec une médiane à huit jours. Entre le résultat de la biopsie et le début de la surveillance, il s'écoulait **en moyenne près de six semaines (40 jours)** avec une médiane à quatre semaines et demie (32 jours).

Des variations selon le stade du cancer ou le score de d'AMICO ont été observées selon les parcours.

Dans le parcours chirurgical :

- il y a une part plus élevée de tumeurs de taille T2 (60,6 %) et moindre de tumeurs de taille T1 (15,1 %). Les tumeurs de taille T3 et T4 forment 24,2 % de l'ensemble ;
- la part des cancers avec envahissement ganglionnaire était un peu inférieure à la moyenne (5,4 %) ;
- les cancers métastatiques étaient moins nombreux (3,3 %) que pour les autres parcours ;
- la part des cancers à risque élevé de récurrence selon la classification de d'AMICO était la plus élevée (60,0 % - et 28,2 % de risque intermédiaire et 11,8 % de risque faible).

Dans le parcours avec traitement non chirurgical :

- la part des tumeurs de taille T2 (47,4 %) et des tumeurs de taille T1 (27,9 %) ne différait pas de façon importante de la moyenne observée sur l'ensemble de la population enquêtée, Dans 24,8 % des cas, les tumeurs sont de taille T3 ou T4 ;
- on observe une part plus importante de cancers avec envahissement ganglionnaire (9,5 %) ;
- les cancers métastatiques étaient les plus nombreux dans ce parcours (10,6 %) ;
- les cancers à risque élevé dans la classification de d'AMICO représentaient 50,6 % des patients relevant de ce parcours, ceux à risque intermédiaire 36,5 % et ceux à risque faible 12,9 %.

Dans le parcours surveillance :

- la part des tumeurs T1 était particulièrement importante (48,0 %) et la part des tumeurs de taille T2 est moindre (39,2 %) alors que les tumeurs de taille T3 ou T4 ne formaient que 12,8 % de l'ensemble ;
- la part des cancers avec envahissement ganglionnaire était un peu inférieure à la moyenne (5,6 %) ;
- la proportion de cancers métastatiques était proche de la moyenne (7,0 %) ;
- les cancers à risque élevé dans la classification de d'AMICO étaient moins nombreux (26,6 % et ceux à risque intermédiaire (51,0 %) ou faible (22,4 %) plus nombreux.

Tableau 29 : Délais de prise en charge (en jours) – prostate

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

* calculé sur le total des 4 207 sujets inclus pour le délai d'accès à la proposition thérapeutique et pour les patients concernés pour chacun des parcours

La figure 6 montre la distribution des différents délais globaux observés depuis le compte rendu anatomopathologique de la biopsie et le traitement (chirurgical ou non chirurgical) ou la surveillance. La figure 7 décompose les différentes étapes des trois parcours identifiés et leur durée moyenne.

Figure 6 : Distribution du délai entre le compte rendu anatomopathologique et le premier traitement – prostate

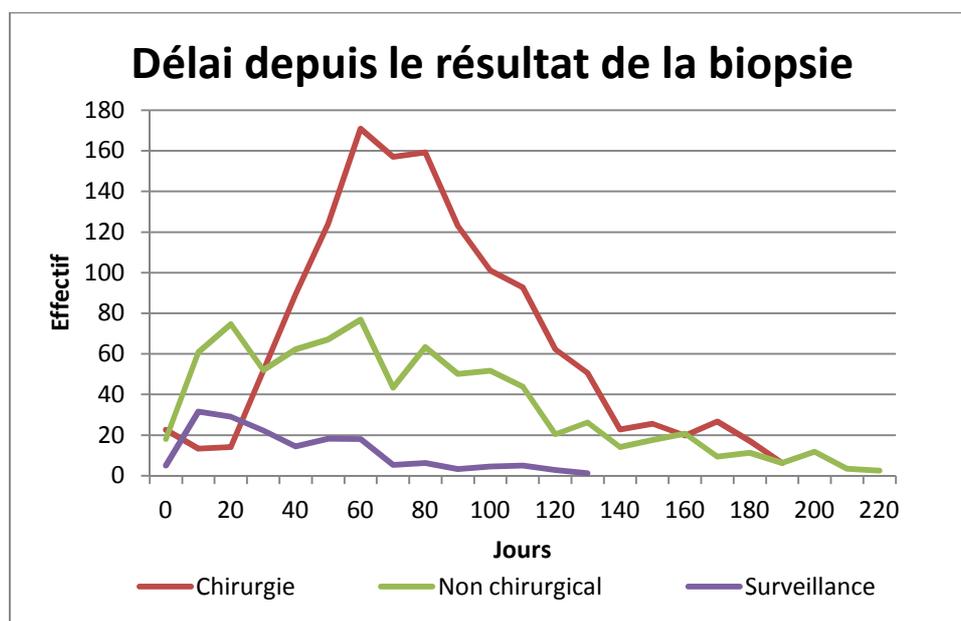
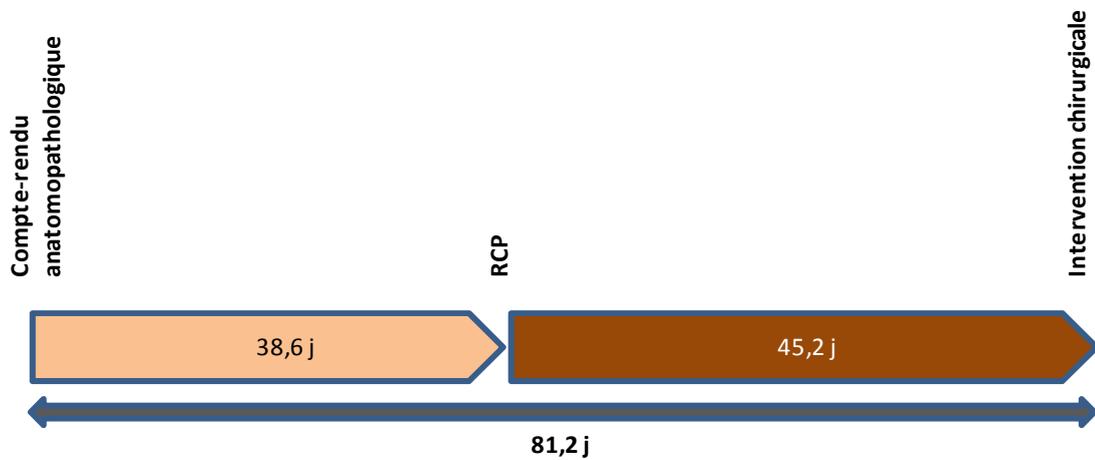
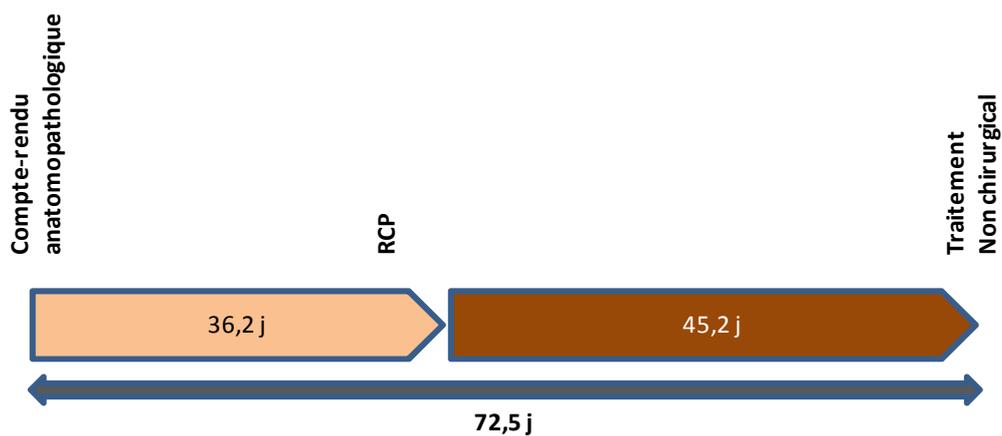


Figure 7 : Distribution du délai entre le compte rendu anatomopathologique et le premier traitement – prostate

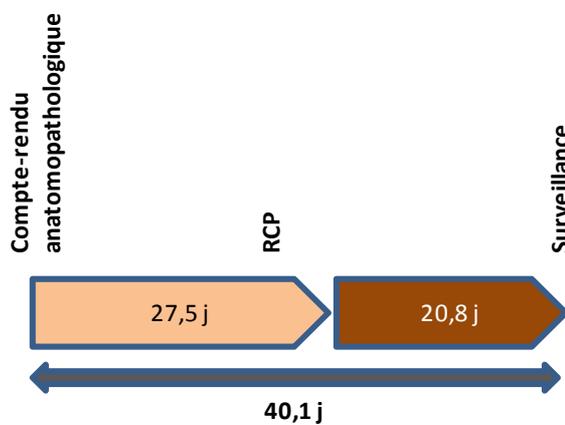
Parcours chirurgical



Parcours non chirurgical



Surveillance



Nota bene : Dans ces schémas, le délai global moyen n'est pas égal à la somme des durées moyennes de chacune des étapes, celles-ci n'étant pas calculées sur un nombre identique de personnes du fait d'une disponibilité variable des données nécessaires au calcul des délais.

5. Facteurs influençant les délais de prise en charge

Compte tenu des effectifs limités observés dans le parcours surveillance, seule l'analyse détaillée des facteurs influençant les délais du parcours chirurgical et du parcours avec traitement non chirurgical est présentée dans ce paragraphe. Pour le parcours surveillance, le nombre élevé de valeurs manquantes pour la date de début de la surveillance rend le nombre de cas où les délais sont disponibles trop limité pour réaliser des analyses multivariées.

5.1. Délai d'accès à la proposition thérapeutique

Il s'agit du délai s'écoulant entre le compte rendu anatomopathologique de la biopsie et la RCP.

Facteurs sociodémographiques, médicaux et liés à l'établissement de première prise en charge

Comme le montre le tableau 30, un lien statistiquement significatif existait entre le délai d'accès à la proposition thérapeutique et l'âge : ce délai était plus court chez les personnes de 75 ans et plus que pour les trois classes d'âge plus jeunes, les différences entre celles-ci restant limitées. On n'observait pas de lien avec les variables décrivant la situation vis-à-vis de l'emploi et la catégorie socioprofessionnelle.

Quand le cancer de la prostate était découvert dans le cadre d'un dépistage individuel, le délai d'accès à la proposition thérapeutique était augmenté. C'est en cas de découverte fortuite qu'il était le plus court, mais là encore les différences observées restaient très limitées.

Concernant les éléments décrivant le stade de la tumeur, un seul apparaissait affecter le délai d'accès à la proposition thérapeutique, mais sans atteindre le seuil de significativité : ce délai avait tendance à être plus court en présence d'un cancer métastatique.

Des liens existaient également avec les caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique : les CLCC et les autres ESPIC se distinguaient des autres catégories d'établissement avec un délai d'accès à la proposition thérapeutique allongé, avec des différences allant jusqu'à deux semaines ; les établissements ayant une triple autorisation (chirurgie carcinologique urologique, chimiothérapie et radiothérapie) se caractérisaient également par un délai allongé.

Tableau 30 : Délai d'accès à la proposition thérapeutique selon différents facteurs – prostate

	N	Moyenne	Écart-type	Médiane	p
Âge :					
Moins de 55 ans	178	36,1	27,5	31	< 0,001
55 à 64 ans	966	37,1	26,7	32	
65 à 74 ans	1 190	38,7	27,4	32	
75 ans et plus	714	32,1	24,0	26	
Situation professionnelle :					
Actif ayant un emploi	259	39,0	29,8	31	NS
Retraité ou préretraité	1 657	36,3	26,5	29	
Autre	25	39,5	23,2	36	
Catégorie socioprofessionnelle⁸ :					
CSP +	317	38,2	26,5	36	NS
CSP-	405	39,8	28,6	32	
Mode détection du cancer :					
Signes d'appel	776	34,0	26,7	27	< 0,005
Dépistage individuel	1 852	37,7	26,3	32	
Découverte fortuite	107	32,8	26,3	27	
Stade TNM :					
T1	645	35,3	26,4	28	NS
T2	1 302	37,2	26,3	32	
T3 – T4	513	37,0	27,5	29	
N0	1 186	39,4	26,9	34	NS
N1	75	44,6	28,9	41	
M0	1 074	39,7	26,5	35	0,066
M1	73	33,8	27,3	25	
AMICO faible	455	35,2	26,0	28	NS
AMICO intermédiaire	1 096	36,6	25,9	30	
AMICO élevé	1 433	36,6	27,0	30	
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :					
Centre hospitalier	608	35,9	26,2	28	< 0,001
CHU	313	36,8	29,8	28	
CLCC	77	49,0	28,1	43	
ESPIC (hors CLCC)	262	43,2	24,3	42	
Privé	1 770	35,0	26,1	28	
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :					
Chirurgie seule	937	35,6	26,1	29	< 0,001
Chirurgie et chimiothérapie	1 151	34,6	26,7	27	
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	622	42,3	27,5	41	
Autre	277	35,2	25,0	31	

⁸ CSP + : artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires

CSP - : agriculteurs exploitants, employés et ouvriers

Différences entre régions

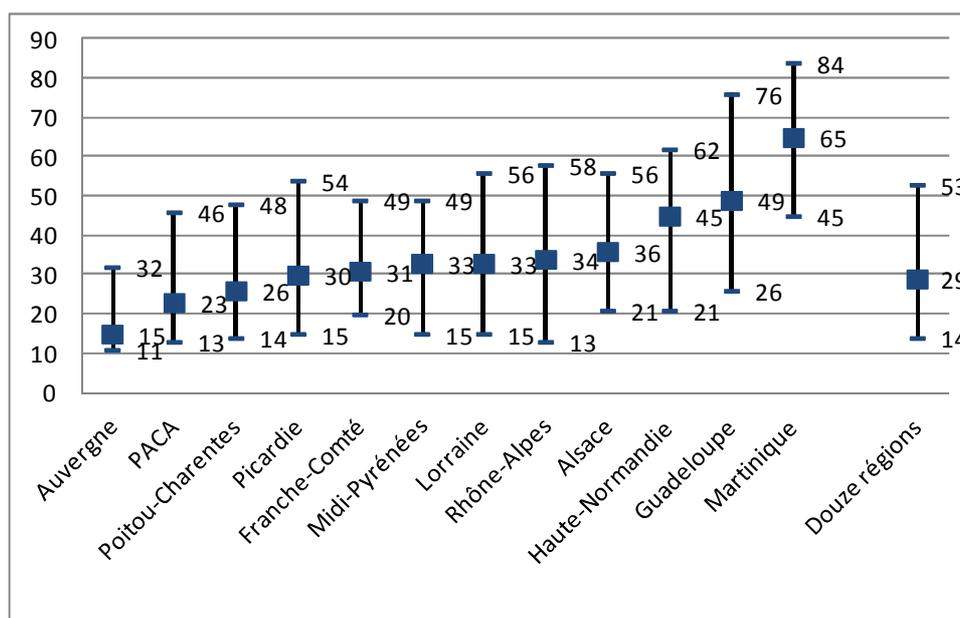
L'étude des variations de délais entre régions a été réalisée sur les données brutes, sans utilisation de la pondération permettant de redresser l'effectif pour les analyses globales.

Le délai d'accès à la proposition thérapeutique variait de façon significative entre les régions (tableau 30 et figure 8). Le délai moyen le plus court était observé en Auvergne et le plus long en Martinique. Si au niveau de la moyenne, le délai pouvait varier d'un facteur 2,5 entre les régions extrêmes (de 32 à 84 jours), cette variation pouvait dépasser un facteur 4 sur la médiane.

Tableau 31 : Délai d'accès à la proposition thérapeutique – prostate

Région	N	Moyenne	Écart-type	Médiane
Alsace	153	40,9	25,3	36
Auvergne	243	26,0	24,0	15
Franche-Comté	324	37,9	25,9	31
Guadeloupe	134	54,4	32,3	49
Haute-Normandie	120	46,5	30,1	45
Lorraine	357	38,5	28,5	33
Martinique	183	65,5	27,4	65
Midi-Pyrénées	300	35,6	23,4	33
PACA	389	32,0	25,4	23
Picardie	336	35,8	25,5	30
Poitou-Charentes	236	33,3	24,5	26
Rhône-Alpes	303	38,6	27,2	34
Total (pondéré)	3 050	36,5	26,5	29

Figure 8 : Délai d'accès à la proposition thérapeutique selon la région (médiane et interquartiles) – prostate



Analyse multivariée

L'analyse multivariée pratiquée sur le délai d'accès à la proposition thérapeutique (tableau 32), montre que celui-ci ne variait pas avec l'âge, infirmant le résultat de l'analyse univariée.

Ce délai ne variait pas selon le mode de découverte de la tumeur ni avec la taille de celle-ci, confirmant les résultats de l'analyse univariée.

Comme en univarié, l'analyse montre un effet des caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique : le délai d'accès à la proposition thérapeutique était plus court quand cet établissement était un CHU ou plus long s'il s'agissait d'un ESPIC (hors CLCC) par rapport à ce qui est observé en établissement privé. Une tendance (non significative) à l'allongement est trouvée également quand il s'agissait d'un CLCC. Si l'établissement était autorisé pour la chirurgie seule le délai était significativement plus court et, au contraire plus long quand il était autorisé pour les trois modalités thérapeutiques (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie) par rapport aux établissements autorisés pour la chirurgie et la chimiothérapie.

Toutes les régions présentaient un délai d'accès à la proposition thérapeutique significativement plus long que ce qui observé en Auvergne, région où le délai le plus court était relevé.

Tableau 32 : Analyse multivariée : délai d'accès à la proposition thérapeutique – prostate (n = 2 240)

	Coefficient de régression	Erreur Standard	Test
Ordonnée à l'origine	28,2	5,7	< 0,001
Mode de découverte :			
Découverte fortuite	Réf.		
Signes d'appel	-0,8	3,1	NS
Dépistage individuel	2,6	3,0	NS
Stade T :			
T1	Réf.		
T3-T4	2,6	1,6	NS
T2	0,5	1,3	NS
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :			
Privé	Réf.		
CH	-1,1	1,6	NS
CHU	-6,8	2,5	< 0,01
ESPIC (hors CLCC)	5,7	2,6	< 0,05
CLCC	8,1	4,6	0,079
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :			
Chirurgie et chimiothérapie	Réf.		
Autre	3,3	2,3	NS
Chirurgie seule	-3,0	1,5	< 0,05
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	7,1	2,1	< 0,001
Région :			
Auvergne	Réf.		
PACA	7,2	2,5	< 0,001
Poitou-Charentes	13,7	3,0	< 0,001
Midi-Pyrénées	12,0	2,4	< 0,001
Picardie	9,9	2,5	< 0,001
Franche-Comté	14,4	2,6	< 0,001
Lorraine	16,6	2,5	< 0,001
Rhône-Alpes	9,6	2,9	< 0,005
Alsace	12,8	4,7	< 0,01
Haute-Normandie	22,3	3,1	< 0,001
Guadeloupe	50,8	5,6	< 0,001
Martinique	43,6	3,3	< 0,001
Âge	-0,089	0,065	NS

Note de lecture :

Les données présentées sont les résultats d'une régression multiple par modèle linéaire généralisé. Cette méthode statistique, adaptée à l'étude des variables quantitatives en fonction de variables qui peuvent être soit continues (comme l'âge) soit discontinues (comme le mode de découverte de la tumeur), permet de connaître l'effet sur le délai étudié de chacune des variables étudiées toutes choses égales par ailleurs. Pour les variables discontinues la modalité ayant en univarié le délai le plus court sert de référence et les autres modalités sont étudiées par rapport à elle. La première colonne présente les coefficients de régression obtenus : un coefficient positif indique que le délai étudié est augmenté (allongé) pour cette modalité, un coefficient négatif, qu'il est diminué (raccourci). Plus la valeur du coefficient est importante, plus la variation du délai l'est. La colonne suivante « erreur standard » présente l'écart-type du coefficient et la dernière colonne intitulée « test » permet de savoir si la variation de délai observée par rapport à la modalité de référence est statistiquement significative ou non, toutes choses égales par ailleurs. Par exemple, les personnes prises en charge initialement en CH ont un délai d'accès à la proposition thérapeutique significativement plus long que ceux pris en charge initialement dans un établissement privé

LES FAITS MARQUANTS

Cancer de la prostate : délai d'accès à la proposition thérapeutique

Les valeurs moyennes et médianes du délai d'accès à la proposition thérapeutique :

- ✓ Un délai moyen d'accès au diagnostic de 36,5 jours (écart-type : 26,5 jours)
- ✓ Un délai médian d'accès au diagnostic de 29 jours avec dans un quart des cas un délai inférieur à 14 jours et dans un autre quart supérieur à 53 jours

Les résultats issus de l'analyse multivariée :

- ✓ Pas d'effet de l'âge sur ce délai
- ✓ Pas d'effet du mode de découverte du cancer sur ce délai
- ✓ Pas d'effet de la taille de la tumeur sur ce délai
- ✓ Un délai raccourci en cas de première prise en charge thérapeutique en CHU et allongé en ESPIC (hors CLCC) par rapport à une prise en charge en établissement privé
- ✓ Un délai plus court en cas de première prise en charge thérapeutique dans un établissement autorisé pour la chirurgie seule et allongé en cas de triple autorisation par rapport à une prise en charge en établissement autorisé pour la chirurgie et la chimiothérapie
- ✓ Des différences significatives de délai entre régions

5.2. Délai d'accès à la chirurgie

Ce délai est celui qui s'écoule entre la RCP qui décide du traitement chirurgical et l'intervention chirurgicale

Facteurs sociodémographiques, médicaux et liés à l'établissement de première prise en charge

Le délai d'accès à la chirurgie ne concernait que les patients relevant d'un traitement chirurgical soit la moitié de notre population d'étude (2 045 personnes). Les différents facteurs pouvant être liés à ce délai sont présentés dans le tableau 33.

Les personnes de plus de 75 ans avaient un délai d'accès à la chirurgie plus court par rapport aux personnes plus jeunes. Les différences de situation vis-à-vis de l'emploi ou de catégorie socioprofessionnelle ne s'accompagnaient pas de variations du délai d'accès à la chirurgie.

Le délai ne variait pas non plus en fonction du mode de découverte de la tumeur ni selon les différents éléments décrivant le stade de celle-ci.

Quand la première prise en charge thérapeutique avait lieu en CLCC ou CHU, le délai était allongé ; il était plus court quand celle-ci avait lieu en établissement privé ou en ESPIC (hors CLCC). Seule une tendance non significative était trouvée selon le type d'autorisation.

Le traitement chirurgical du cancer de la prostate n'étant pas considéré comme une urgence, des variations saisonnières de délai d'accès à la chirurgie pouvaient être attendues : l'hypothèse était posée que pour les cancers pour lesquels la décision de traitement chirurgical était en fin de période d'inclusion et proche des vacances scolaires, celle-ci soit reportée à l'automne. La très grande majorité des RCP des sujets inclus dans l'étude ont eu lieu entre les mois de mars et de mai 2011 (92,9 %). Le délai d'accès à la chirurgie variait en moyenne de moins d'un jour (et de façon non statistiquement significative) selon que la RCP a eu lieu en mars, en avril ou en mai.

Tableau 33 : Délai d'accès à la chirurgie selon différents facteurs – prostate

	N	Moyenne	Écart-type	Médiane	p
Âge :					
Moins de 55 ans	112	44,7	29,9	38	< 0,05
55 à 64 ans	592	45,0	29,8	38	
65 à 74 ans	573	46,7	30,6	41	
75 ans et plus	76	35,9	26,3	35	
Situation professionnelle :					
Actif ayant un emploi	162	41,3	27,9	34	NS
Retraité ou préretraité	641	44,1	29,1	39	
Autre	19	46,6	34,7	39	
Catégorie socioprofessionnelle⁹ :					
CSP +	138	40,7	30,9	32	NS
CSP-	159	42,3	29,1	35	
Mode détection du cancer :					
Signes d'appel	335	47,6	29,9	42	NS
Dépistage individuel	821	44,2	30,1	38	
Découverte fortuite	23	43,9	30,7	47	
Stade TNM :					
T1	142	45,8	31,0	40	NS
T2	812	44,8	29,6	39	
T3 – T4	277	47,2	142,3	41	
N0	758	43,7	29,5	37	NS
N1	34	48,6	32,8	43	
M0	503	46,3	30,5	37	NS
M1	9	49,6	40,1	48	
AMICO faible	146	44,4	30,8	38	NS
AMICO intermédiaire	372	43,9	29,7	40	
AMICO élevé	828	45,7	29,9	40	
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :					
Centre hospitalier	255	52,3	31,1	47	< 0,001
CHU	118	58,2	36,4	49	
CLCC	11	63,7	20,8	64	
ESPIC (hors CLCC)	92	44,5	28,1	42	
Privé	877	41,2	28,1	35	
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :					
Chirurgie seule	454	44,1	31,0	36	0,098
Chirurgie et chimiothérapie	573	45,9	29,9	40	
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	279	44,0	28,4	41	
Autre	27	58,2	33,8	55	

⁹ CSP + : artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires

CSP - : agriculteurs exploitants, employés et ouvriers

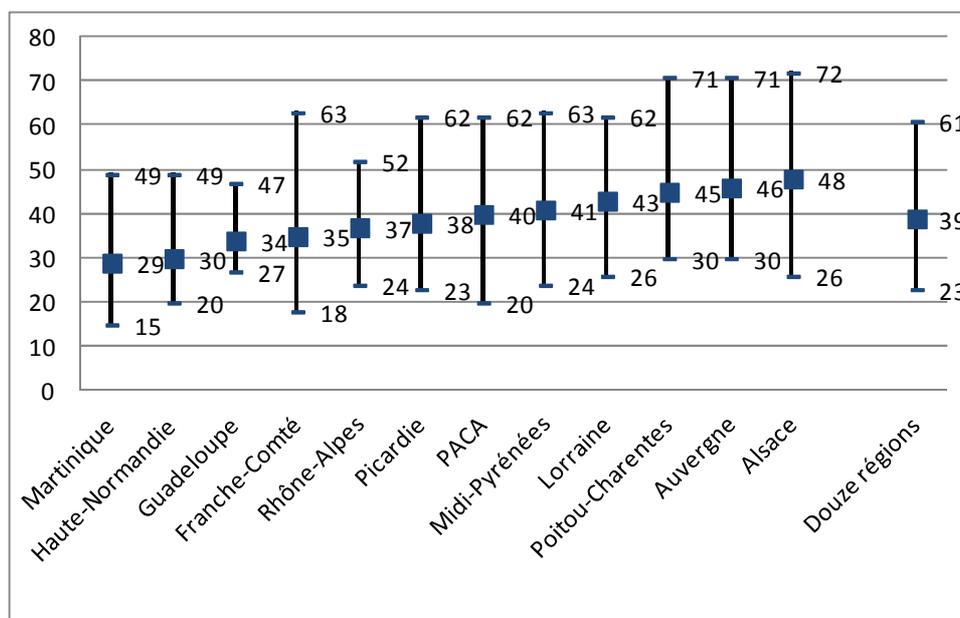
Différences entre régions

Le délai d'accès à la chirurgie variait également de façon statistiquement significative entre régions (tableau 34 et figure 9). C'est en Martinique qu'il était, en moyenne le plus court et en Poitou-Charentes qu'il était le plus long avec un facteur 1,5 entre les valeurs extrêmes. Au niveau des médianes, ce facteur atteignait 1,7 entre la Martinique d'une part, l'Alsace d'autre part.

Tableau 34 : Délai d'accès à la chirurgie selon la région – prostate

Région	N	Moyenne	Écart-type	Médiane
Alsace	90	51,2	34,3	48
Auvergne	88	51,2	31,6	46
Franche-Comté	135	43,1	32,7	35
Guadeloupe	22	39,5	24,1	34
Haute-Normandie	63	36,7	26,5	30
Lorraine	128	47,3	30,3	43
Martinique	61	34,6	29,4	29
Midi-Pyrénées	140	44,9	28,8	41
PACA	134	45,5	33,9	40
Picardie	130	43,8	27,1	38
Poitou-Charentes	118	52,6	31,1	45
Rhône-Alpes	186	42,0	25,4	37
Total (pondéré)	1 353	45,2	30,1	39

Figure 9 : Délai d'accès à la chirurgie selon la région (médiane et interquartiles) – prostate



Analyse multivariée

Le délai d'accès à la chirurgie diminuait avec l'âge en analyse multivariée comme en analyse univariée (tableau 35).

Le mode de découverte de la tumeur ou la taille de celle-ci ne modifiait pas le délai d'accès à la chirurgie, confirmant le résultat trouvé en univarié.

En cas de première prise en charge thérapeutique en centre hospitalier ou en CHU, le délai d'accès à la chirurgie était allongé par rapport à ce qui est observé dans les établissements privés. Une tendance à l'allongement était observée dans les ESPIC, qu'ils soient CLCC ou non. De telles différences étaient déjà notées en univarié.

L'analyse multivariée confirme la tendance non significative trouvée en univarié concernant l'effet du type d'autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique : ce délai est toujours plus long quel que soit le type d'autorisation par rapport aux établissements présentant une triple autorisation où le délai d'accès à la chirurgie est, en moyenne, le plus court. Concernant l'effet Région, par rapport à la Martinique où le délai le plus court est observé, et à l'exception de la Guadeloupe, le délai d'accès à la chirurgie est plus long dans chacune des autres régions concernées par l'étude.

Tableau 35 : Analyse multivariée : délai d'accès à la chirurgie – prostate (n = 1 030)

	Coefficient de régression	Erreur Standard	Test
Ordonnée à l'origine	26,0	12,4	NS
Mode de découverte :			
Découverte fortuite	Réf.		
Dépistage individuel	1,5	6,3	NS
Signes d'appel	1,9	6,6	NS
Stade T :			
T2	Réf.		
T1	0,8	3,4	NS
T3-T4	1,5	2,9	NS
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :			
Privé	Réf.		
ESPIC (hors CLCC)	8,6	5,0	0,085
CH	16,1	2,6	< 0,001
CHU	21,0	3,8	< 0,001
CLCC	24,9	14,9	0,096
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :			
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	Réf.		
Chirurgie seule	9,9	3,6	< 0,01
Chirurgie et chimiothérapie	6,4	3,2	< 0,05
Autre	18,1	7,2	< 0,05
Région :			
Martinique	Réf.		
Haute-Normandie	18,0	6,4	< 0,01
Guadeloupe	15,7	10,1	NS
Rhône-Alpes	22,4	5,4	< 0,001
Franche-Comté	17,4	5,2	< 0,001
Picardie	21,0	5,1	< 0,001
Midi-Pyrénées	22,8	5,2	< 0,001
PACA	24,2	5,1	< 0,001
Lorraine	25,1	5,2	< 0,001
Alsace	26,3	7,6	< 0,001
Auvergne	32,5	5,9	< 0,001
Poitou-Charentes	27,1	5,4	< 0,001
Âge	-0,289	0,137	< 0,05

Note de lecture : Cf. tableau 32.

LES FAITS MARQUANTS

Cancer de la prostate : délai d'accès à la chirurgie

Les valeurs moyennes et médianes du délai d'accès à la chirurgie :

- ✓ Un délai moyen d'accès à la chirurgie de 45,2 jours (écart-type : 30,1 jours)
- ✓ Un délai médian d'accès à la chirurgie de 39 jours avec dans un quart des cas un délai inférieur à 23 jours et dans un autre quart supérieur à 61 jours

Les résultats issus de l'analyse multivariée :

- ✓ Pas d'effet de l'âge sur ce délai
- ✓ Pas d'effet du mode de découverte de la tumeur sur ce délai
- ✓ Pas d'effet de la taille de la tumeur sur ce délai
- ✓ Un délai allongé si l'établissement de première prise en charge thérapeutique est un CH ou un CHU par rapport aux établissements privés
- ✓ Une augmentation du délai pour les établissements bénéficiant d'une ou de deux modalités d'autorisation par rapport aux établissements bénéficiant de la triple autorisation
- ✓ Des différences significatives de délais entre régions

5.3. Délai global compte rendu anatomopathologique – chirurgie

Ce délai est celui qui s'écoule entre le résultat de la biopsie et la chirurgie.

Facteurs sociodémographiques, médicaux et liés à l'établissement de première prise en charge

Aucun lien statistiquement significatif n'a été relevé avec les variables décrivant l'âge des personnes prises en charge, leur situation professionnelle ou leur catégorie socioprofessionnelle (tableau 36).

En cas de découverte du cancer sur signe d'appel, ce délai avait tendance à être plus court, et plus long en cas de découverte fortuite, mais cette tendance n'atteint pas le seuil de significativité.

Parmi les variables décrivant le stade de la tumeur, une seule paraissait s'accompagner d'une variation significative du délai : en présence de métastase, ce délai était raccourci.

Lorsque l'établissement de première prise en charge thérapeutique était privé, le délai était plus court qu'en moyenne alors qu'il était plus long en CHU. Il était également plus court dans les établissements autorisés pour la seule chirurgie et allongé quand l'établissement bénéficie des trois types de prise en charge : chirurgicale, par chimiothérapie et par radiothérapie.

Tableau 36 : Délai global compte rendu anatomopathologique - chirurgie selon différents facteurs – prostate

	N	Moyenne	Écart-type	Médiane	p
Âge :					
Moins de 55 ans	98	78,2	36,9	67	NS
55 à 64 ans	583	80,9	35,0	77	
65 à 74 ans	586	82,6	37,8	78	
75 ans et plus	80	76,6	47,7	71	
Situation professionnelle :					
Actif ayant un emploi	161	80,2	37,8	72	NS
Retraité ou préretraité	669	78,7	37,1	74	
Autre	18	88,3	40,6	80	
Catégorie socioprofessionnelle¹⁰ :					
CSP +	146	78,2	34,8	73	NS
CSP-	172	80,2	37,8	75	
Mode détection du cancer :					
Signes d'appel	296	77,8	37,6	74	0,082
Dépistage spontané	866	82,8	36,4	78	
Découverte fortuite	30	88,1	44,9	83	
Stade TNM :					
T1	146	82,0	40,4	80	NS
T2	808	82,5	36,7	77	
T3 – T4	296	78,1	37,4	74	
N0	749	80,5	36,5	77	NS
N1	39	80,6	32,4	79	
M0	537	83,3	37,4	79	
M1	12	47,0	35,9	56	< 0,001
AMICO faible	146	81,7	40,8	78	NS
AMICO intermédiaire	359	82,6	38,1	78	
AMICO élevé	836	80,3	36,0	77	
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :					
Centre hospitalier	248	90,7	38,1	86	< 0,001
CHU	126	99,2	42,3	98	
CLCC	9	90,7	33,5	78	
ESPIC (hors CLCC)	92	89,1	36,0	82	
Privé	875	75,0	34,7	71	
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :					
Chirurgie seule	471	76,9	35,1	71	< 0,001
Chirurgie et chimiothérapie	593	80,8	38,0	78	
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	233	91,2	37,6	88	
Autre	30	72,0	37,8	64	

¹⁰ CSP + : artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires
CSP - : agriculteurs exploitants, employés et ouvriers

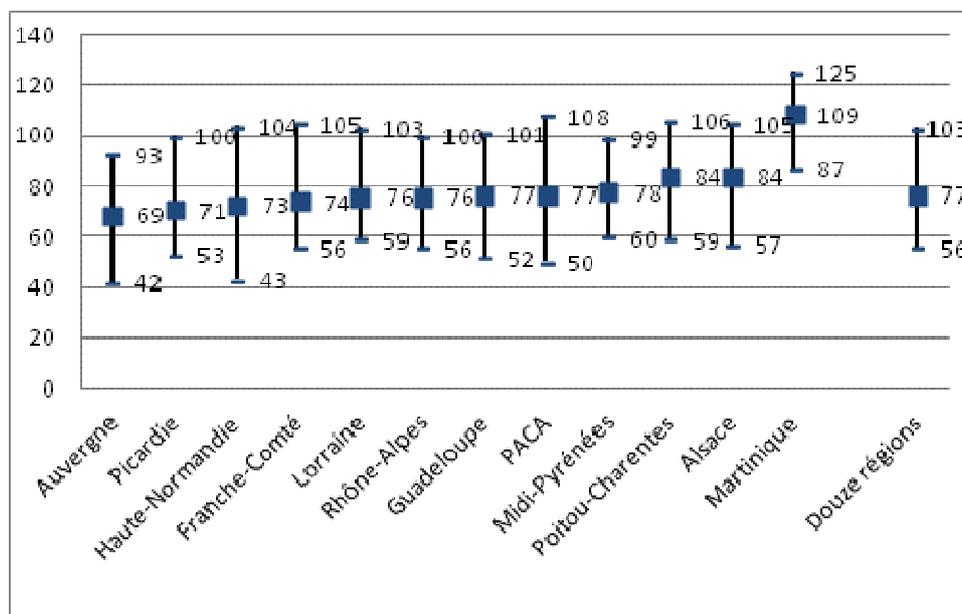
Différences entre régions

Entre le résultat de la biopsie et la chirurgie, le délai différait significativement d'une région à l'autre. Les valeurs de ce délai pour chaque région sont présentées dans le tableau 37 et la figure 10. Le délai le plus court était observé en Auvergne et le plus long en Martinique. Il variait d'un facteur 1,6 entre ces deux régions de même que pour la médiane.

Tableau 37 : Délai global compte rendu anatomopathologique - chirurgie selon la région – prostate

Région	N	Moyenne	Écart-type	Médiane
Alsace	91	82,1	43,1	84
Auvergne	147	67,7	41,2	69
Franche-Comté	153	82,3	39,2	74
Guadeloupe	85	80,9	38,2	77
Haute-Normandie	56	77,4	35,1	73
Lorraine	154	83,0	36,5	76
Martinique	47	108,2	34,1	109
Midi-Pyrénées	154	81,9	33,5	78
PACA	137	80,9	38,5	77
Picardie	167	77,0	34,7	71
Poitou-Charentes	100	84,7	35,5	84
Rhône-Alpes	125	82,1	35,9	76
Total (pondéré)	1 350	81,2	37,2	77

Figure 10 : Délai global compte rendu anatomopathologique - chirurgie selon la région (médiane et interquartiles) – prostate



Analyse multivariée

L'analyse multivariée (tableau 38) montre des résultats qui, dans un certain nombre de cas confirment les résultats de l'analyse univariée.

Comme dans l'analyse univariée, il n'a pas été retrouvé d'effet de l'âge.

Quand le cancer était découvert lors d'un dépistage individuel, le délai était allongé par rapport à une découverte sur signe d'appel, confirmant la tendance non significative trouvée en univarié.

Par rapport à une première prise en charge thérapeutique en établissement privé, le délai entre le résultat était allongé pour toutes les autres catégories d'établissement à l'exception des CLCC.

Quand la tumeur est de taille T2, le délai a tendance à être allongé par rapport aux patients dont la tumeur est de taille T3 ou T4.

Par contre, les différences selon le régime d'autorisation trouvées en univarié ne sont pas confirmées par l'analyse multivariée.

Le délai était significativement plus long que ce qui était observé en Auvergne (région où il est en moyenne le plus court), dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Midi-Pyrénées, Lorraine, Poitou-Charentes et Martinique. Une tendance à l'allongement n'atteignant pas le seuil de significativité était retrouvée en Haute-Normandie et Franche-Comté. Aucune différence significative avec l'Auvergne n'était retrouvée pour la Picardie, la Guadeloupe, l'Alsace et Rhône-Alpes.

Tableau 38 : Analyse multivariée : délai global compte rendu anatomopathologique - chirurgie – prostate (n = 1 141)

	Coefficient de régression	Erreur Standard	Test
Ordonnée à l'origine	58,0	13,8	< 0,001
Mode de découverte :			
Signes d'appel	Réf.		
Dépistage individuel	6,6	3,1	< 0,05
Découverte fortuite	3,8	7,1	NS
Stade T :			
T3-T4	Réf.		
T1	1,4	4,1	NS
T2	5,1	2,7	0,056
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :			
Privé	Réf.		
ESPIC (hors CLCC)	11,1	5,5	< 0,05
CHU	19,8	4,7	< 0,001
CH	15,5	3,2	< 0,001
CLCC	16,6	21,2	NS
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :			
Autre	Réf.		
Chirurgie seule	7,3	8,0	NS
Chirurgie et chimiothérapie	9,4	7,8	NS
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	15,1	8,5	0,076
Région :			
Auvergne	Réf.		
Picardie	-0,2	4,8	NS
Haute-Normandie	10,7	5,9	0,069
Guadeloupe	11,0	6,7	NS
PACA	13,1	5,0	< 0,01
Midi-Pyrénées	13,0	4,5	< 0,005
Alsace	6,7	8,5	NS
Rhône-Alpes	8,6	5,4	NS
Franche-Comté	8,9	5,0	0,78
Lorraine	12,9	4,8	< 0,01
Poitou-Charentes	17,2	5,9	< 0,005
Martinique	24,6	7,4	< 0,001
Âge	-0,155	0,163	NS

Note de lecture : Cf. tableau 32.

LES FAITS MARQUANTS

Cancer de la prostate : délai global CRAP-chirurgie

Les valeurs moyennes et médianes du délai entre le résultat de la biopsie (CRAP) et la chirurgie :

- ✓ Un délai moyen de 81,2 jours (écart-type : 37,2 jours)
- ✓ Un délai médian de 77 jours avec dans un quart des cas un délai inférieur à 56 jours et dans un autre quart supérieur à 103 jours

Les résultats issus de l'analyse multivariée :

- ✓ Pas d'effet de l'âge sur ce délai
- ✓ Un délai augmenté quand le cancer est découvert par dépistage individuel par rapport à une découverte sur signes d'appel
- ✓ Un délai qui a tendance à être allongé pour les tumeurs de taille T2 par rapport aux T3-T4
- ✓ Un délai augmenté pour toutes les catégories d'établissements de première prise en charge thérapeutique par rapport aux établissements privés excepté pour les CLCC
- ✓ Pas d'effet du nombre d'autorisation sur ce délai
- ✓ Des différences significatives de délai entre régions

5.4. Délai d'accès au traitement non chirurgical

Il s'agit du délai, pour les patients qui ne sont pas opérés, entre la RCP et le premier traitement non chirurgical

Facteurs sociodémographiques, médicaux et liés à l'établissement de première prise en charge

Le tableau 39 montre les variations selon les différents facteurs étudiés du délai d'accès au traitement non chirurgical. Ce délai variait avec l'âge : il était plus court pour les 75 ans et plus par rapport aux plus jeunes. L'emploi et la catégorie socioprofessionnelle n'apparaissaient pas liés à ce délai. Lorsque le cancer était découvert sur signes d'appel, le délai d'accès au traitement non chirurgical était court ; il était allongé en cas de découverte fortuite.

Le délai d'accès au traitement non chirurgical était significativement plus court pour les tumeurs les plus grosses (T3-T4), ainsi qu'en cas d'envahissement ganglionnaire, de métastase ou quand le score de d'AMICO était élevé.

Il n'y avait pas d'effet du statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique. Cependant, le délai était plus court pour les établissements autorisés pour la chirurgie et la chimiothérapie et plus long en cas de triple autorisation (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie).

Le délai d'accès au traitement après la proposition de la RCP (45,2 jours en moyenne) variait en fonction du type de premier traitement :

- en cas d'hormonothérapie, le délai moyen d'accès était de 25,6 jours ($\pm 26,9$) avec une médiane de 18,7 jours ;
- en cas d'ultrasons focalisés, le délai augmentait à 44,6 jours ($\pm 32,9$) avec une médiane de 49,0 jours ;
- pour la radiothérapie externe, il atteignait 57,9 jours ($\pm 39,0$) avec une médiane de 50,6 jours pour la radiothérapie externe ;
- pour la curiethérapie il était maximal à 75,3 jours ($\pm 34,8$) avec une médiane de 71,5 jours.

Ce délai était également soumis à de variations saisonnières : si la RCP avait lieu au mois de mai, le délai était plus long (51,7 jours $\pm 42,3$) que quand elle avait lieu au mois de mars (44,5 jours $\pm 36,2$) ou au mois d'avril (39,4 jours $\pm 34,4$).

Tableau 39 : Délai d'accès au traitement non chirurgical selon différents facteurs – prostate

	N	Moyenne	Écart-type	Médiane	p
Âge :					
Moins de 55 ans	21	56,4	44,0	63	< 0,001
55 à 64 ans	132	52,7	43,9	39	
65 à 74 ans	296	48,0	35,5	42	
75 ans et plus	260	37,3	35,7	27	
Situation professionnelle :					
Actif ayant un emploi	48	50,4	37,9	41	NS
Retraité ou préretraité	458	44,6	38,5	35	
Autre	6	42,7	37,7	33	
Catégorie socioprofessionnelle¹¹ :					
CSP +	118	47,1	38,3	34	NS
CSP-	153	46,7	38,6	35	
Mode détection du cancer :					
Signes d'appel	216	39,1	37,6	27	< 0,005
Dépistage individuel	399	44,0	35,7	35	
Découverte fortuite	27	63,2	43,6	61	
Stade TNM :					
T1	175	45,4	37,1	37	< 0,001
T2	295	47,6	38,1	37	
T3 – T4	103	31,5	30,4	23	
N0	255	50,7	38,8	42	< 0,05
N1	19	31,6	35,4	20	
M0	323	45,9	38,2	35	< 0,01
M1	21	22,5	29,1	9	
AMICO faible	106	56,1	39,3	53	< 0,001
AMICO intermédiaire	289	48,8	39,1	37	
AMICO élevé	302	37,9	34,7	29	
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :					
Centre hospitalier	155	46,0	37,7	37	NS
CHU	119	50,0	39,1	44	
CLCC	44	50,5	28,0	49	
ESPIC (hors CLCC)	48	43,4	39,1	31	
Privé	341	42,9	38,8	34	
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :					
Chirurgie seule	168	47,4	42,6	38	< 0,005
Chirurgie et chimiothérapie	195	37,4	35,0	29	
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	173	52,4	37,9	45	
Autre	170	45,1	35,3	37	

¹¹ CSP + : artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires
CSP - : agriculteurs exploitants, employés et ouvriers

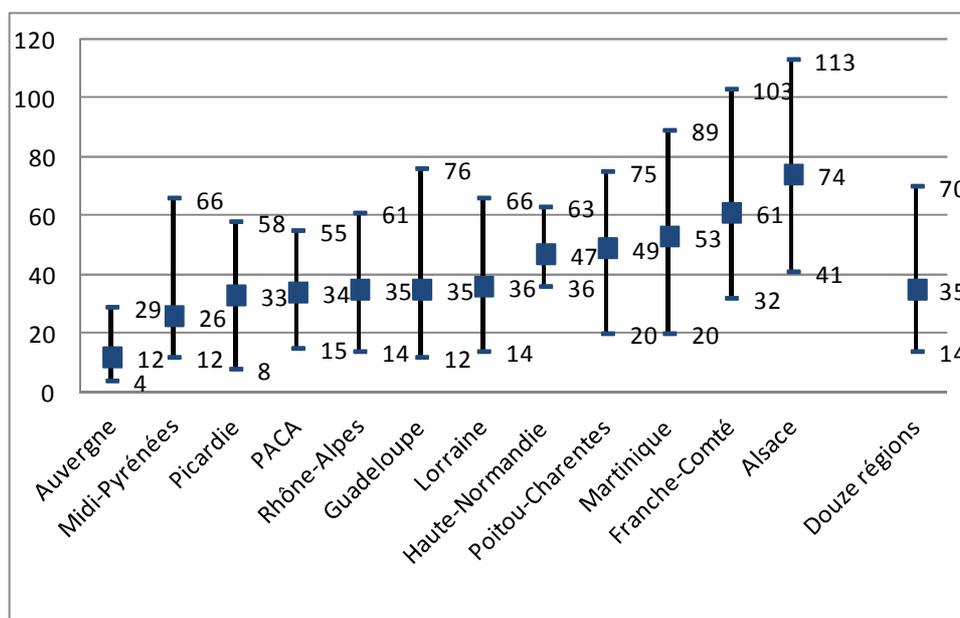
Différences entre régions

Pour le délai d'accès au traitement non chirurgical, les différences observées entre régions étaient particulièrement importantes (tableau 40 et figure 11). Le délai le plus court, en moyenne, était observé en Auvergne et le plus long en Alsace avec un facteur de près de 4 entre ces régions extrêmes. Il était de deux entre la Picardie (deuxième région ayant le délai le plus court) et l'Alsace. Des différences similaires étaient observées pour la médiane.

Tableau 40 : Délai d'accès au traitement non chirurgical selon la région – prostate

Région	N	Moyenne	Écart-type	Médiane
Alsace	42	79,1	42,8	74
Auvergne	61	21,1	28,2	12
Franche-Comté	23	64,0	45,7	61
Guadeloupe	24	47,9	43,0	35
Haute-Normandie	24	50,6	23,1	47
Lorraine	106	45,2	36,9	36
Martinique	116	58,5	43,8	53
Midi-Pyrénées	58	39,1	36,4	26
PACA	92	41,5	33,1	34
Picardie	96	37,9	35,3	33
Poitou-Charentes	68	53,5	40,4	49
Rhône-Alpes	60	41,7	35,7	35
Total (pondéré)	709	45,2	38,0	35

Figure 11 : Délai d'accès au traitement non chirurgical selon la région (médiane et interquartiles) – prostate



Analyse multivariée

En analyse multivariée, comme en univariée, on relève que le délai d'accès au traitement non chirurgical diminuait avec l'âge, toutes choses égales par ailleurs (tableau 41).

De même, un effet du mode de découverte de la tumeur a été retrouvé : comme en univarié, le délai d'accès au traitement non chirurgical était significativement allongé en cas de dépistage individuel ou de découverte fortuite par rapport à ce qui est noté en cas de découverte sur signes d'appel.

Le délai d'accès au traitement non chirurgical était significativement plus long tant pour les tumeurs de taille T1 que T2 par rapport aux tumeurs de taille importante (T3 ou T4). Ce résultat confirme ce qui était trouvé en univarié.

On n'observe pas de différence significative selon la catégorie d'établissement de première prise en charge thérapeutique, comme en univarié. Seule une tendance à l'allongement a été retrouvée en CHU par rapport aux établissements privés. Alors que des différences selon le type d'autorisation existaient en univarié, ces différences ne sont pas confirmées par l'analyse multivariée.

Des différences significatives entre régions sont notées. Si on prend comme référence la région Auvergne où le délai moyen d'accès au traitement non chirurgical était le plus court, ce délai était allongé en Rhône-Alpes, Haute-Normandie, Poitou-Charentes, Martinique, Franche-Comté et Alsace. Une tendance à l'allongement était relevée en Picardie et Lorraine. Aucune différence n'était notée pour Midi-Pyrénées et pour Provence-Alpes-Côte d'Azur. En Guadeloupe, les effectifs étaient insuffisants pour ce type de parcours pour être inclus dans le modèle multivarié.

Tableau 41 : Analyse multivariée : délai d'accès au traitement non chirurgical – prostate (n = 680)

	Coefficient de régression	Erreur Standard	Test
Ordonnée à l'origine	60,3	14,6	< 0,001
Mode de découverte :			
Signes d'appel	Réf.		
Dépistage individuel	7,8	3,8	< 0,05
Découverte fortuite	27,6	8,9	< 0,001
Stade T :			
T3-T4	0,0	.	.
T1	15,5	4,2	< 0,001
T2	13,6	4,0	< 0,001
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :			
Privé	Réf.		
ESPIC (hors CLCC)	-1,5	6,5	NS
CH	-0,1	4,6	NS
CHU	11,8	6,9	0,088
CLCC	8,8	8,3	NS
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :			
Chirurgie et chimiothérapie	Réf.		
Autre	6,7	5,2	NS
Chirurgie seule	4,9	4,7	NS
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	-4,1	5,5	NS
Région :			
Auvergne	Réf.		
Picardie	13,0	6,8	0,056
Midi-Pyrénées	7,5	7,8	NS
PACA	8,5	7,1	NS
Rhône-Alpes	19,6	8,6	< 0,05
Lorraine	12,3	6,8	0,068
Guadeloupe	--		
Haute-Normandie	18,5	9,4	< 0,05
Poitou-Charentes	21,1	7,8	< 0,01
Martinique	25,8	8,5	< 0,005
Franche-Comté	46,5	11,5	< 0,001
Alsace	72,2	14,7	< 0,001
Âge	-0,769	0,179	< 0,001

Note de lecture : Cf. tableau 32.

LES FAITS MARQUANTS

Cancer de la prostate : délai d'accès au traitement non chirurgical

Les valeurs moyennes et médianes du délai d'accès au traitement non chirurgical :

- ✓ Un délai moyen de 45,2 jours (écart-type : 38,0 jours)
- ✓ Un délai médian de 35 jours avec dans un quart des cas un délai inférieur à 14 jours et dans un autre quart supérieur à 70 jours

Les résultats issus de l'analyse multivariée :

- ✓ Un délai qui diminue avec l'âge.
- ✓ Un allongement du délai quand la tumeur est découverte lors d'un dépistage individuel ou de façon fortuite par rapport à une découverte sur signes d'appel
- ✓ Un délai allongé pour les tumeurs de taille T1 ou T2 par rapport aux tumeurs de taille T3-T4
- ✓ Pas d'effet du statut de l'établissement sur ce délai
- ✓ Pas d'effet du type d'autorisations sur ce délai
- ✓ Des différences significatives de délai entre régions

5.5. Délai global compte rendu anatomopathologique - traitement non chirurgical

Dans le cadre du parcours non- chirurgical, ce délai s'écoule entre le compte rendu anatomopathologique de la biopsie (CRAP) et la mise en œuvre du traitement non chirurgical.

Facteurs sociodémographiques, médicaux et liés à l'établissement de première prise en charge

Ce délai (tableau 42) était plus court pour les personnes de 75 ans ou plus et plus long pour celles âgées entre 55 et 64 ans. Les retraités et préretraités avaient tendance à avoir un délai plus court sans que cela atteigne le seuil de significativité. Aucune différence n'était notée concernant la catégorie socioprofessionnelle.

Le délai avait tendance à être plus court en cas de découverte de la tumeur par des signes d'appel. Le délai diminuait avec la taille de la tumeur, la présence d'un envahissement ganglionnaire, de métastase ou si le score de d'AMICO était élevé.

Lorsque l'établissement de première prise en charge thérapeutique était privé, le délai était plus court alors qu'il était allongé en CHU (18 jours de plus en moyenne) et particulièrement en CLCC mais les prises en charge dans ce dernier type d'établissement sont rares. Ce délai est plus court pour les établissements autorisés pour la chirurgie et la chimiothérapie et plus long en cas de triple autorisation (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie).

Comme pour le délai d'accès au traitement non chirurgical, le délai global (72,5 jours en moyenne) variait en fonction du type de premier traitement :

- en cas de traitement par hormonothérapie, le délai écoulé en moyenne était de 47,0 jours (\pm 38,5) ;
- en cas de traitement par ultrasons focalisés, le délai était de 95,2 jours (\pm 46,0) ;
- en cas de radiothérapie externe, il était de 96,6 jours (\pm 41,1) ;
- pour la curiethérapie, il atteignait 130,7 (\pm 51,9) jours.

Tableau 42 : Délai compte rendu anatomopathologique - traitement non chirurgical selon différents facteurs – prostate

	N	Moyenne	Écart-type	Médiane	p
Âge :					
Moins de 55 ans	26	77,3	51,3	84	< 0,001
55 à 64 ans	138	85,5	49,2	80	
65 à 74 ans	320	77,8	45,9	71	
75 ans et plus	321	61,2	50,2	48	
Situation professionnelle :					
Actif ayant un emploi	53	83,9	50,3	80	0,056
Retraité ou préretraité	514	72,0	49,1	63	
Autre	6	109,1	54,1	131	
Catégorie socioprofessionnelle¹² :					
CSP +	135	79,9	49,6	64	NS
CSP-	178	81,8	46,5	79	
Mode détection du cancer :					
Signes d'appel	212	64,6	43,9	56	0,088
Dépistage individuel	502	71,8	47,5	64	
Découverte fortuite	32	79,8	60,7	80	
Stade TNM :					
T1	198	79,4	48,4	69	< 0,001
T2	322	76,0	47,9	70	
T3 – T4	144	53,7	41,4	46	
N0	304	82,5	50,4	75	< 0,01
N1	25	55,7	45,2	53	
M0	377	78,4	49,1	71	< 0,001
M1	40	33,0	35,6	22	
AMICO faible	104	99,1	51,0	91	< 0,001
AMICO intermédiaire	307	80,0	47,9	76	
AMICO élevé	386	59,1	45,1	48	
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :					
Centre hospitalier	176	70,9	49,6	62	< 0,001
CHU	119	84,4	50,1	81	
CLCC	46	106,6	50,6	94	
ESPIC (hors CLCC)	57	71,4	40,3	65	
Privé	397	66,7	48,2	59	
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :					
Chirurgie seule	187	73,1	54,0	65	< 0,001
Chirurgie et chimiothérapie	227	55,1	43,1	45	
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	181	87,5	50,2	83	
Autre	191	82,6	43,6	78	

¹² CSP + : artisans, commerçants, chefs d'entreprise, cadres et professions intellectuelles supérieures, professions intermédiaires

CSP - : agriculteurs exploitants, employés et ouvriers

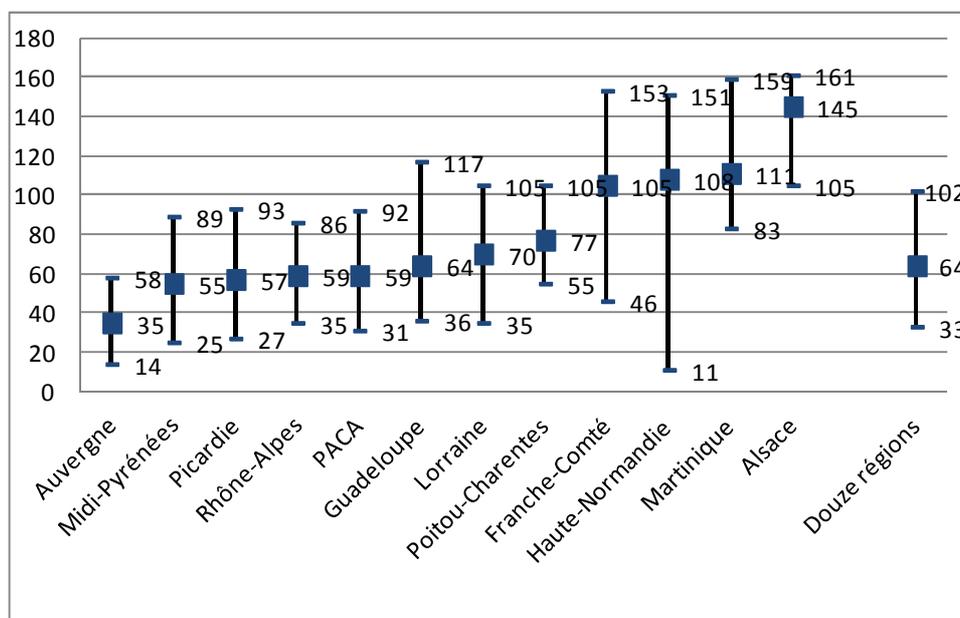
Différences entre régions

Comme pour le délai d'accès au traitement non chirurgical, les différences observées entre régions pour le délai global du parcours non chirurgical étaient importantes (tableau 43 et figure 12). Entre l'Auvergne où le délai moyen le plus court était relevé et l'Alsace où il était le plus long, la variation est d'un facteur 3. Pour la médiane, la variation est d'un facteur 4.

Tableau 43 : Délai compte rendu anatomopathologique - traitement non chirurgical selon la région – prostate

Région	N	Moyenne	Écart-type	Médiane
Alsace	27	138,7	37,9	145
Auvergne	70	44,7	40,4	35
Franche-Comté	28	98,8	59,3	105
Guadeloupe	33	79,8	56,9	64
Haute-Normandie	29	99,9	60,6	108
Lorraine	138	74,6	49,2	70
Martinique	120	116,7	51,2	111
Midi-Pyrénées	70	61,9	47,5	55
PACA	122	65,2	45,3	59
Picardie	127	64,4	42,7	57
Poitou-Charentes	60	84,9	43,2	77
Rhône-Alpes	54	62,9	37,2	59
Total (pondéré)	709	45,2	38,0	35

Figure 12 : Délai compte rendu anatomopathologique - traitement non chirurgical selon la région (médiane et interquartiles) – prostate



Analyse multivariée

Le délai global CRAP-traitement non chirurgical diminuait avec l'âge, l'analyse multivariée confirmant ainsi les résultats observés en univarié (tableau 44).

En cas de découverte suite à un dépistage individuel ou fortuit, le délai était plus long qu'en cas de découverte sur signes d'appel, confirmant ainsi la tendance observée en univariée.

Par rapport aux tumeurs les plus grosses (T3-T4), le délai était plus long pour les tumeurs de taille plus réduite, T1 ou T2. Ces résultats avaient déjà été retrouvés en univarié.

Si l'établissement de première prise en charge thérapeutique était un CLCC, le délai était significativement allongé par rapport aux établissements privés. Par rapport aux établissements autorisés pour deux modalités, chirurgie et chimiothérapie, le délai était allongé pour les établissements ayant d'autres modalités d'autorisation que la chirurgie seule ou la triple autorisation. Des différences selon le statut et les autorisations avaient déjà été trouvées en univarié.

C'est en Auvergne que le délai moyen le plus court était observé. Le délai était significativement plus long en Picardie, Lorraine, Poitou-Charentes, Franche-Comté, Haute-Normandie, Martinique et Alsace. Aucune différence significative n'était retrouvée pour Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les effectifs étaient insuffisants pour ce parcours en Guadeloupe.

Tableau 44 : Analyse multivariée : délai compte rendu anatomopathologique - traitement non chirurgical – prostate (n = 668)

	Coefficient de régression	Erreur Standard	Test
Ordonnée à l'origine	103,6	16,0	< 0,001
Mode de découverte :			
Signes d'appel	Réf.		
Dépistage individuel	10,3	4,1	< 0,05
Découverte fortuite	21,1	9,2	< 0,05
Stade T :			
T3-T4	Réf.		
T2	20,0	4,2	< 0,001
T1	24,1	4,5	< 0,001
Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :			
Privé	Réf.		
CH	0,3	4,9	NS
ESPIC (hors CLCC)	-1,8	7,0	NS
CHU	11,7	7,7	NS
CLCC	23,4	9,3	< 0,05
Autorisation de l'établissement de première prise en charge thérapeutique :			
Chirurgie et chimiothérapie	Réf.		
Chirurgie seule	7,3	4,9	NS
Autre	29,1	5,7	< 0,001
Chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie	7,2	6,2	NS
Région :			
Auvergne	Réf.		
Midi-Pyrénées	1,4	8,4	NS
Rhône-Alpes	11,5	10,0	NS
Picardie	16,9	7,3	< 0,05
PACA	-1,3	7,6	NS
Lorraine	25,7	7,0	< 0,001
Guadeloupe			
Poitou-Charentes	24,1	8,8	< 0,005
Franche-Comté	45,6	12,1	< 0,001
Haute-Normandie	40,0	9,9	< 0,001
Martinique	56,7	9,1	< 0,001
Alsace	84,6	17,4	< 0,001
Âge	-1,206	0,197	< 0,001

Note de lecture : Cf. tableau 32.

LES FAITS MARQUANTS

Cancer de la prostate : délai global CRAP-traitement non chirurgical

Les valeurs moyennes et médianes du délai global CRAP- traitement non chirurgical :

- ✓ Un délai moyen de 72,5 jours (écart-type : 49,2 jours)
- ✓ Un délai médian de 64 jours avec dans un quart des cas un délai inférieur à 33 jours et dans un autre quart supérieur à 102 jours

Les résultats issus de l'analyse multivariée :

- ✓ Un délai qui diminue avec l'âge
- ✓ Un allongement du délai quand la tumeur est découverte lors d'un dépistage individuel ou de façon fortuite par rapport à une découverte sur signes d'appel
- ✓ Un délai allongé pour les tumeurs T1 ou T2 par rapport aux tumeurs T3-T4
- ✓ Un délai allongé si la première prise en charge thérapeutique a lieu en CLCC par rapport aux établissements privés
- ✓ Un effet des autorisations sur ce délai
- ✓ Des différences significatives du délai entre régions

6. Comparaison des résultats mesurés avec ceux de la littérature internationale – cancer de la prostate

Comme pour le cancer du côlon, un certain nombre de délais étudiés dans la littérature prennent leur origine au moment de l'adressage en centre spécialisé, donnée qui n'était pas disponible dans le contexte de cette étude. Cependant, un certain nombre de comparaisons avec les délais que nous avons trouvés sont possibles :

- Faria et al. [16] montraient un délai médian de 54 jours entre la décision de traiter et la radiothérapie : il était de 51 jours dans notre étude ;
- Kavanagh et al. en 2008 [17] décrivaient le délai médian entre le diagnostic et le premier traitement. Il était de 52 jours. Pour notre part, il était de 77 jours en cas de chirurgie et de 64 jours en cas de traitement non chirurgical. Lee et al. en 2006 [18] trouvaient un délai médian de 56 jours entre la biopsie et la chirurgie. Pour Vickers et al. en 2006 [19], dans 71 % des cas, le délai était inférieur à 3 mois alors que dans notre étude, dans les trois quarts des cas, il était inférieur à 103 jours. Nos délais seraient donc plutôt supérieurs à ceux trouvés dans ces deux études. En revanche, dans une autre étude, nous trouvons des délais supérieurs à ceux que nous avons observés : Simunovic et al. en 2005 [20] trouvaient un délai médian de 83 jours entre la décision de traiter et la chirurgie, celui-ci était en médiane de 39 jours dans notre étude.

Les délais que nous observons avec une médiane de 35 à 39 jours pour accéder au traitement, qu'il soit chirurgical ou non chirurgical sont un peu supérieurs à la recommandation de 28 jours entre la décision de traiter et le traitement formulée par Cancer Care Ontario [7] ou de 31 jours par le NHS [6].

7. Synthèse des résultats – cancer de la prostate

Bilan du recueil

La partie de cette étude sur le délai d'accès au traitement pour le cancer de la prostate a montré que, comme pour les cancers du sein, du poumon ou du côlon, il est possible de recueillir les informations nécessaires sur les temps clés de la prise en charge. Cependant, les mêmes limites d'accès aux données sont retrouvées : les informations n'étaient pas toujours disponibles dans les fiches de RCP et le retour aux dossiers a dû être souvent nécessaire. Même dans ce cas, il n'a pas toujours été possible de trouver l'ensemble des données recherchées. Il faut ajouter, pour le cas particulier du cancer de la prostate, la question de la surveillance active : les données accessibles dans les dossiers ne permettent pas toujours de bien différencier le type de surveillance proposé au patient. Aussi, les surveillances trouvées pour des personnes ayant des tumeurs T4 peuvent correspondre dans certains cas à une abstention thérapeutique plutôt qu'à une surveillance telle qu'elle peut être recommandée.

Population de l'étude

Compte tenu des caractéristiques cliniques des cancers qui ont pu être relevées, il semble que les patients inclus dans cette phase de l'étude présentaient des cancers à des stades relativement plus avancés en taille que ce qui était attendu : près d'un quart des tumeurs est de taille T3 ou T4. D'un autre côté, on observe moins d'envahissement ganglionnaire et moins de métastases. De plus, les sujets seraient un peu plus jeunes, l'âge moyen au diagnostic étant, selon les données des registres, autour de 70 ans alors que dans notre population, il était de 67 ans [14].

Disponibilité des dates

Dans plus de huit cas sur dix, la date précise incluant le jour, le mois et l'année du compte rendu anatomopathologique de la biopsie ou de la RCP était disponible. Ce taux n'était plus que de trois fois sur quatre pour la date de la chirurgie. La date précise du début du traitement non chirurgical n'était disponible que dans un cas sur deux et dans moins d'un tiers des cas pour la surveillance : pour ces deux derniers cas, il s'agit d'événements qui peuvent avoir eu lieu à distance de la RCP et parfois dans un autre établissement que celui de première prise en charge thérapeutique.

Délais mesurés

Trois types de parcours ont été individualisés : un parcours avec traitement chirurgical, un parcours avec traitement non chirurgical et un parcours avec surveillance active.

En cas de traitement chirurgical, le délai global entre le compte rendu anatomopathologique de la biopsie et le traitement était de 81 jours en moyenne soit près de trois mois (11 semaines et demie) avec une médiane de 11 semaines. Si le traitement n'était pas chirurgical, le délai était en moyenne de 72 jours soit dix semaines avec une médiane à 9 semaines et en cas de surveillance, ce délai était de 40 jours en moyenne soit moins de six semaines avec une médiane de quatre semaines et demie.

Facteurs influençant les délais : résultats de l'analyse multivariée

Pour rappel, compte tenu des effectifs limités observés dans le parcours surveillance, l'analyse détaillée des facteurs influençant les délais n'a été possible que pour les délais du parcours chirurgical et du parcours avec traitement non chirurgical. L'analyse multivariée a fait apparaître différents facteurs pouvant influencer les délais :

- l'âge influait uniquement le parcours du traitement non chirurgical, les délais de celui-ci diminuant avec l'âge ;
- lorsque le cancer était découvert au cours d'un dépistage, les délais après la chirurgie ou pour le traitement non chirurgical étaient allongés ;
- pour les tumeurs de petite taille (T1 ou T2), les délais du parcours non chirurgical étaient allongés ;
- un effet des caractéristiques de l'établissement de première prise en charge thérapeutique avec un délai allongé d'accès à la chirurgie en CH et CHU par rapport aux établissements privés alors qu'aucun effet n'a été trouvé que pour le délai d'accès au traitement non chirurgical. De plus on observait un délai allongé pour le CH, CHU et ESPIC (hors CLCC) par rapport aux établissements privés pour le délai global du traitement chirurgical et un délai allongé en CLCC par rapport aux établissements privés pour le délai global du traitement non chirurgical. Les types d'autorisations n'influaient que le délai d'accès à la proposition thérapeutique et le délai d'accès à la chirurgie. Cependant, les variations de délais significatives entre établissements portent le plus souvent sur une ou deux semaines de différences sur des parcours de dix à douze semaines entre les étapes extrêmes analysées ;
- pour chacun des délais étudiés, des différences significatives entre régions indépendamment de l'effet des autres facteurs. Entre les régions extrêmes, les variations sont le plus souvent d'un facteur 1,5 à 1,7 au niveau de la moyenne, mais peuvent atteindre un facteur 2,5 pour les délais d'accès à la proposition thérapeutique voire 3 pour le délai global non chirurgical.

Comparaison avec la littérature internationale

La comparaison avec la littérature internationale et les recommandations internationales montrent que les délais que nous avons observés ont tendance à être un peu supérieurs à ce qui est usuellement observé ou que ce qui est recommandé dans d'autres pays.

VI. DISCUSSION

1. La méthodologie utilisée

Comme dans la première phase de l'étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon, ce second travail visait à « faire dans plusieurs régions un état des lieux des délais de prise en charge les plus traceurs du parcours de soins des patients atteints des cancers du côlon et de la prostate, et à permettre une analyse des délais mesurés en fonction des éléments de contexte de la prise en charge des patients ». Comme pour les deux premières localisations, la méthodologie utilisée a permis d'identifier les délais les plus « traceurs » du parcours de prise en charge à la fois pour le cancer du côlon et pour celui de la prostate. Au final, l'analyse a porté sur plus de 7 400 cas de cancers, pour les deux localisations, répartis entre les treize régions participantes.

Il faut cependant noter que, par rapport aux estimations disponibles sur le nombre de cas attendus sur les périodes d'inclusion, le nombre de dossiers réellement pris en compte est moindre, autour de 60 %. L'exhaustivité dans une enquête de ce type est toujours un objectif complexe à atteindre et des contingences locales ont pu freiner ici où là l'accès au dossier. La non-inclusion des personnes avec antécédent de cancer de même localisation a pu également avoir eu un impact, mais *a priori* plutôt pour le cancer du côlon. Mais il faut aussi noter que les estimations sur lesquelles nous nous sommes basées sont peut-être surévaluées : à titre d'exemple, sur la région Poitou-Charentes en 2008, le registre a enregistré 955 cancers du côlon (pour 1 059 estimés pour notre étude) et 1 817 cancers de la prostate pour 2 600 estimés. Concernant la disponibilité des dates, certains constats sont similaires au recueil effectué pour les cancers du sein et du poumon. Ainsi, les indicateurs décrivant la situation des individus vis-à-vis de l'emploi ou sa situation sociale et professionnelle, qui sont reconnues comme étant des déterminants majeurs de l'accès à la santé et aux soins, étaient trop souvent absents des fiches RCP ou des dossiers administratifs et/ou médicaux. Étant donné l'abandon dès la phase de test, pour les mêmes raisons d'indisponibilité des informations, des variables portant sur le mode de logement, le type de ménage ou de l'affiliation à la CMU complémentaire, seuls l'âge et le sexe ont pu être intégrés aux analyses multivariées.

Les dates recherchées pour caractériser les parcours de prise en charge sur la base des recommandations des experts sont globalement disponibles, une date complète comportant le jour, le mois et l'année étant majoritairement retrouvée dans plus de sept cas sur dix. Cependant, pour le cancer du côlon, la date du test de recherche de saignement dans les selles n'était disponible que dans un cas sur dix, ce qui peut traduire une rupture dans la circulation de l'information entre secteur libéral et hospitalier. De même, pour cette même localisation, la date de la première séance de chimiothérapie préopératoire, lorsqu'elle a eu lieu, n'était disponible que dans un peu plus d'un cas sur deux. Pour le cancer de la prostate, la date du premier traitement non chirurgical n'était disponible que dans un cas sur deux, tandis que pour la surveillance simple ou active, la date du début était complète dans un peu moins du tiers des cas. Pour ce dernier événement, le manque de disponibilité souligne le fait que peu de consultations spécifiques à la mise en place d'une surveillance active sont organisées (ou qu'il n'est pas possible d'en trouver la trace dans le dossier médical), sans pour autant traduire un défaut d'information du patient.

Globalement, il ressort de cette deuxième phase, comme pour la première, une grande hétérogénéité des pratiques de recueil et de mise en commun des informations décrivant les prises en charge tant dans le niveau d'informatisation des fiches RCP et des éléments du dossier médical (comptes rendus opératoires ou anatomopathologiques), que dans la tenue du dossier médical au sein des établissements. Soulignons que, tant pour le cancer du côlon que pour le cancer de la prostate, la prise en charge peut se faire sur un nombre élevé d'établissements, supérieur à ce qui a pu être observé pour le cancer du sein, et surtout pour le cancer du poumon lors de la phase précédente. Ceci implique une variation importante des pratiques, notamment sur l'enregistrement d'informations dans les dossiers ou de report de celles-ci dans les fiches transmises aux 3C pour les RCP.

Quoi qu'il en soit, dans la majorité des cas, les 3C se sont montrés disponibles pour le bon déroulement de l'étude et ont ainsi facilité le travail de recueil de l'ensemble des informations sollicitées dans chacune des régions participantes. Cependant, l'importance du temps nécessaire au recueil, imposé par la dispersion des informations pour une même prise en charge, ne permet pas à court terme le suivi en routine des différents délais identifiés dans l'état actuel des choses. Ainsi, pour un suivi en routine, les mêmes préconisations que pour les cancers du sein et du poumon peuvent être faites : nécessité de rassembler les dates correspondant aux événements clés de la prise en charge des personnes dans un support unique à partir duquel les informations nécessaires puissent être aisément extraites et exploitées.

2. Les résultats

Comme pour les cancers du sein et du poumon, les délais obtenus présentent une variabilité relativement importante pour les deux localisations. En effet, pour chacun des délais observés, des écarts-types élevés ont été trouvés traduisant une assez forte variabilité des délais par rapport à la moyenne.

De même que la multiplicité des établissements de prise en charge peut avoir un effet sur les pratiques de consignation des informations, cette multiplicité peut entraîner une plus grande variabilité des délais. Cependant, il faut rappeler que prise en charge optimale ne veut pas automatiquement dire délai court : compte tenu du faible impact des délais de prise en charge sur le pronostic dans la plupart des cas, et particulièrement pour le cancer de la prostate, un allongement des délais peut témoigner d'une prise en charge de meilleure qualité avec un temps suffisant pour pratiquer en amont du traitement les examens et bilans nécessaires à une bonne évaluation de la situation et à une bonne préparation du patient à des gestes thérapeutiques qui peuvent être lourds.

Pour le cancer du côlon, dans le cadre d'un parcours chirurgical non urgent, le délai global entre la coloscopie et la première séance de chimiothérapie postopératoire est en moyenne de 69,7 jours, ce qui apparaît au regard des experts « satisfaisant ». De même, le délai observé entre l'intervention chirurgicale et la première séance de chimiothérapie correspond à la recommandation de 45 jours maximum (44,8 jours). Pour un parcours chirurgical en urgence, le délai moyen d'accès à la chimiothérapie postopératoire est de 26 jours. Enfin, pour un parcours non chirurgical, le délai moyen global coloscopie-chimiothérapie est de 27,7 jours.

Concernant le cancer de la prostate, le délai global moyen entre le CRAP et la chirurgie est de 81,2 jours. Pour un parcours non chirurgical, ce délai moyen entre le CRAP et le premier traitement est de 72,5 jours. Enfin, le délai moyen entre le CRAP et le début de la surveillance est de 40,1 jours, même si, comme déjà indiqué, il n'a pas toujours été facile de caractériser les surveillances à partir des données accessibles dans les dossiers.

L'âge, le mode de découverte, les caractéristiques de la tumeur, le statut et les autorisations des établissements de première prise en charge jouent un rôle sur les délais observés. On observe par exemple que, en cas de découverte du cancer lors d'un dépistage, les délais de prise en charge sont allongés, sans doute du fait de la moindre gravité de ces tumeurs, celles-ci étant plus souvent de taille moindre et sans envahissement (même si ces éléments ont été pris en compte dans l'analyse multivariée). Cet allongement, dans ce contexte, peut être considéré comme tout à fait acceptable. De même, le constat de délais allongés dans certains établissements est à relativiser compte tenu de la faible importance des différences observées, restant compatibles avec des prises en charge de qualité.

Les écarts de délais entre régions perdurent cependant une fois ces divers facteurs pris en compte. Ainsi, selon les délais observés, les différences entre les régions présentant les délais moyens les plus courts et celles présentant les délais moyens les plus longs varient dans un rapport allant de 1,5 à près de 4.

Concernant le cancer du côlon, si la Lorraine présente globalement des délais plus importants et Midi-Pyrénées globalement des délais plus faibles, il apparaît difficile de catégoriser les 11 régions participantes. Les problèmes de démographie des anatomopathologistes en Lorraine pourraient être un facteur explicatif des délais plus longs¹³. Pour le cancer de la prostate, l'Auvergne est la région qui présente les délais les plus courts à l'exception du délai d'accès à la chirurgie pour lequel elle présente le deuxième délai le plus long. À l'inverse, les délais alsaciens sont les plus longs pour les délais d'accès à la chirurgie et aux traitements non chirurgicaux. Aussi, si la méthodologie utilisée ne permet pas d'expliquer ces différences régionales, ces dernières semblent liées à des différences d'organisation (répartition territoriale de l'offre de prise en charge, filières de prise en charge, coopération entre les établissements, etc.). Enfin, ces différences régionales sont à mettre en relation avec le caractère acceptable ou non des délais évalués : des différences de quelques jours peuvent être acceptables d'un point de vue de la prise en charge thérapeutique.

3. La finalité de l'étude

3.1. Réaliser dans plusieurs régions un état des lieux des délais entre les actes et les étapes clés du parcours de soins

Le premier objectif, consistant à améliorer la connaissance des délais les plus traceurs du parcours de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate, a été atteint. La proportion élevée de tumeurs de taille importante, bien qu'avec une fréquence moindre qu'attendue d'envahissement

¹³ En effet, selon les sources Adeli Drees 2012, la Lorraine est une région à forte tension démographique pour les anatomopathologistes. Avec une forte proportion (54 %) de 55 ans et plus, la tension démographique pour cette discipline risque encore de s'aggraver dans les années à venir

ganglionnaire ou de métastase pose cependant des questions sur l'exhaustivité des passages en RCP pour cette localisation.

Pour le cancer du côlon, douze délais ont pu ainsi être décrits et analysés selon le type de parcours, qu'il soit chirurgical urgent ou non, ou non chirurgical. Pour le « parcours » se caractérisant par un traitement chirurgical non urgent, qui regroupe les trois quarts des inclusions, les délais observés sont : le délai d'accès au diagnostic (coloscopie-CRAP), le délai entre le CRAP et la chirurgie, le délai entre la coloscopie et la chirurgie, le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire et le délai global entre la coloscopie et la première séance de chimiothérapie.

Pour le cancer de la prostate, trois types de parcours ont également été distingués selon le type de traitement ou intervention (chirurgical, non chirurgical ou surveillance). Les délais décrits sont au nombre de trois pour chaque parcours : le délai d'accès à la proposition thérapeutique, le délai d'accès à l'intervention chirurgicale, au premier traitement non chirurgical ou au début de la surveillance.

Ces délais ne permettent pas d'approcher la durée réelle du parcours de prise en charge jusqu'à la fin de la prise en charge. En effet, les délais décrits dans cette étude ne concernent que la phase partant des premières imageries anormales jusqu'à la mise en œuvre du traitement initial.

3.2. Analyser les délais en fonction des éléments de contexte de la prise en charge et selon les régions

Le deuxième objectif visait l'analyse comparée des délais en fonction de facteurs sociodémographiques, médicaux et organisationnels et selon la région. Des différences entre régions sont effectivement observées, toutes choses égales par ailleurs, pour les deux localisations. Comme exposé dans la partie de la discussion portant sur la méthodologie utilisée, les facteurs individuels pouvant expliquer les différences observées sont relativement limités : au niveau sociodémographique, seul le sexe et l'âge ont pu être pris en compte pour l'analyse des délais.

Aussi, les caractéristiques des établissements (type d'établissement et autorisations) impactent les délais indépendamment des autres critères. Il est cependant difficile d'interpréter ces différences, car toutes les régions ne pratiquent pas de manière égale l'ensemble des traitements (cas de la curiethérapie) et/ou tous les établissements n'ont pas la même attractivité. Enfin, les difficultés liées à l'organisation régionale de la prise en charge (démographie médicale, coordination des soins...) peuvent avoir des répercussions sur les délais observés sans que l'étude ne permette d'en estimer l'impact.

3.3. Comparer les résultats de l'étude avec ceux de la littérature internationale

Cette étude permet aussi de comparer les résultats que nous pouvons enregistrer en France avec ce qui figure dans la littérature internationale.

Ainsi, pour le cancer du côlon, les délais que nous observons ont tendance à être plus courts que ceux qui sont décrits dans la littérature ou qui sont recommandés au Canada ou en Angleterre et en Écosse. Par contre, pour le cancer de la prostate, ils ont tendance à être allongés.

Notons cependant que l'analyse de la littérature réalisée en amont de ce travail a montré des effets très limités de l'allongement des délais de prise en charge sur le pronostic de ces pathologies (survie ou survie sans récurrence). Le seul résultat qu'il semble important de prendre en compte dans ce domaine porte sur le cancer du côlon et sur le délai entre chirurgie et chimiothérapie postopératoire, l'allongement de ce délai pouvant être associé à une diminution de la survie [19, 20, 21], délai qui n'a pas été analysé dans cette étude.

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

Dans le prolongement de la première phase portant sur les cancers du sein et du poumon, le dernier objectif poursuivi par cette étude était d'évaluer l'intérêt de la mesure des délais en routine ainsi que la méthode la plus appropriée pour mesurer ces délais. Les résultats obtenus corroborent les conclusions de la première phase. Ils permettent en effet de constater que les délais de prise en charge peuvent présenter d'importantes variations pouvant traduire des inégalités de prise en charge. Cette mesure des délais trouve donc son intérêt comme élément permettant de caractériser ces inégalités et d'identifier des pistes d'action pour améliorer les prises en charge. Ils offrent enfin un point de départ (T0) au regard duquel peuvent se situer les équipes.

La méthodologie mise en œuvre apparaît pertinente pour mesurer ces délais dans le cadre d'une étude, mais il n'est pas possible de la mettre en œuvre en routine dans le contexte actuel de recueil d'informations pertinentes. Il est donc nécessaire de réfléchir à un système permettant de recueillir en routine et de façon précise les dates des événements clés du parcours de soins si l'on veut pouvoir évaluer de façon récurrente l'évolution de ces marqueurs de l'accès aux soins.

VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Plan cancer 2009-2013 annoncé par le Président de la République le 2 novembre 2009 Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr
2. Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013-Rapport au Président de la République, remis le 14 février 2009 par le professeur Jean-Pierre Grünfeld. Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr
3. Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel du 22 mars 2007.
4. Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de traitement du cancer. Journal officiel du 22 mars 2007.
5. Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. Journal officiel du 30 mars 2007.
6. Department of Health, Cancer reform strategy, publié le 3 décembre 2007. Disponible à l'adresse suivante : www.dh.gov.uk
7. Ontario Cancer Plan 2008-2011 : Improving on all aspects of cancer control. Disponible à l'adresse suivante : www.cancercare.on.ca
8. Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon – INCa – juin 2012.
9. Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel du 22 juillet 2009.
10. Raje D, La TS, Mukhtar H, Oshowo A, Ingham CC. Changing trends in the management of colorectal cancers and its impact on cancer waiting times. *Colorectal Disease*, 2006, 8(2):140-4
11. Porter GA, Inglis KM, Wood LA, Veugelers PJ. Access to care and satisfaction in colorectal cancer patients. *World Journal of Surgery*, 2005, 29(11):1444-51
12. Terhaar sive Droste JS, Oort FA, van der Hulst RW, Coupe VM, Craanen ME, Meijer GA, Morsink LM, Visser O, van Wanrooij RL, Mulder CJ. Does delay in diagnosing colorectal cancer in symptomatic patients affect tumor stage and survival? A population-based observational study. *BMC Cancer*, 2010, 10332.
13. La Situation du cancer en France en 2011. Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr
14. Gras-Aygon C, Bessaoud F, Trétarre B. Le cancer dans l'Hérault 2005-2006. – Registre des tumeurs de l'Hérault – février 2010.
15. D'Amico A.V. Combined modality staging for clinically localized adenocarcinoma of the prostate as the basis for patient selection for randomised trials of neoadjuvant chemotherapy. *Urologic Oncology*, 2001 ; 6 : 171-172
16. Faria SL, Mahmud S, Wakil G, Negrete S, Souhami L, David M, Duclos M, Shenouda G, Freeman CR. Is there a detrimental effect of waiting for radiotherapy for patients with localized prostate cancer? *American Journal of Clinical Oncology*, 2006, 29(5):463-7
17. Kavanagh AG, Lee JC, Donnelly B. Time to treatment of prostate cancer through the Calgary Prostate Institute rapid access clinic. *Canadian Journal of Urology*, 2008, 15(2):3975-9
18. Lee DK, Allareddy V, O'donnell MA, Williams RD, Konety BR. Does the interval between prostate biopsy and radical prostatectomy affect the immediate postoperative outcome? *BJU International*, 2006, 97(1):48-50
19. Vickers AJ, Bianco FJ, Jr., Boorjian S, Scardino PT, Eastham JA. Does a delay between diagnosis and radical prostatectomy increase the risk of disease recurrence? *Cancer*, 2006, 106(3):576-80
20. Simunovic M, Theriault ME, Paszat L, Coates A, Whelan T, Holowaty E, Levine M. Using administrative databases to measure waiting times for patients undergoing major cancer surgery in Ontario, 1993-2000. *Canadian Journal of Surgery*, 2005, 48(2):137-42

VIII. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableaux

Tableau 1 : Nombre estimé de cas incidents de cancers par région et localisation en 2011	15
Tableau 2 : Nombre de dossiers inclus par région et coefficients de pondération – côlon.....	20
Tableau 3 : Répartition par âge – côlon.....	21
Tableau 4 : Répartition selon la situation vis-à-vis de l’emploi et la CSP – côlon	22
Tableau 5 : Répartition selon le mode de détection du cancer – côlon	23
Tableau 6 : Répartition selon la localisation pour les tumeurs invasives – côlon.....	24
Tableau 7 : Répartition selon le stade T, N ou M – côlon	25
Tableau 8 : Répartition selon le stade – côlon	26
Tableau 9 : Répartition selon l’établissement de première prise en charge thérapeutique – côlon	26
Tableau 10 : Disponibilité des dates – côlon	27
Tableau 11 : Délais de prise en charge (en jours) – côlon	29
Tableau 12 : Délai d’accès au diagnostic selon différents facteurs – côlon.....	33
Tableau 13 : Délai d’accès au diagnostic selon la région – côlon	34
Tableau 14 : Analyse multivariée : délai d’accès au diagnostic – côlon (n = 999)	36
Tableau 15 : Délai coloscopie-chirurgie selon différents facteurs – côlon	39
Tableau 16 : Délai coloscopie-chirurgie selon la région – côlon.....	40
Tableau 17 : Analyse multivariée : délai coloscopie-chirurgie – côlon (n = 1 324)	42
Tableau 18 : Délai d’accès à la proposition thérapeutique postopératoire selon différents facteurs – côlon.....	45
Tableau 19 : Délai d’accès à la proposition thérapeutique postopératoire selon la région – côlon	46
Tableau 20 : Analyse multivariée : délai d’accès à la proposition thérapeutique postopératoire – côlon (n = 1 768).....	48
Tableau 21 : Nombre de dossiers inclus par région et coefficients de pondération – prostate	53
Tableau 22 : Répartition par âge – prostate	54
Tableau 23 : Répartition selon la situation vis-à-vis de l’emploi et la CSP – prostate	55
Tableau 24 : Répartition selon le mode de détection du cancer – prostate	55
Tableau 25 : Répartition selon le T, le N ou le M – prostate	56
Tableau 26 : Répartition selon le score de d’Amico – prostate	57
Tableau 27 : Répartition selon l’établissement de première prise en charge thérapeutique – prostate.....	57
Tableau 28 : Disponibilité des dates – prostate	58
Tableau 29 : Délais de prise en charge (en jours) – prostate	61
Tableau 30 : Délai d’accès à la proposition thérapeutique selon différents facteurs – prostate	64
Tableau 31 : Délai d’accès à la proposition thérapeutique – prostate	65
Tableau 32 : Analyse multivariée : délai d’accès à la proposition thérapeutique – prostate (n = 2 240)	67
Tableau 33 : Délai d’accès à la chirurgie selon différents facteurs – prostate	70
Tableau 34 : Délai d’accès à la chirurgie selon la région – prostate	71
Tableau 35 : Analyse multivariée : délai d’accès à la chirurgie – prostate (n = 1 030)	73
Tableau 36 : Délai global compte rendu anatomopathologique - chirurgie selon différents facteurs – prostate	76
Tableau 37 : Délai global compte rendu anatomopathologique - chirurgie selon la région – prostate	77
Tableau 38 : Analyse multivariée : délai global compte rendu anatomopathologique - chirurgie – prostate (n = 1 141)	79
Tableau 39 : Délai d’accès au traitement non chirurgical selon différents facteurs – prostate	82
Tableau 40 : Délai d’accès au traitement non chirurgical selon la région – prostate	83
Tableau 41 : Analyse multivariée : délai d’accès au traitement non chirurgical – prostate (n = 680)	85
Tableau 42 : Délai compte rendu anatomopathologique - traitement non chirurgical selon différents facteurs – prostate ..	88
Tableau 43 : Délai compte rendu anatomopathologique - traitement non chirurgical selon la région – prostate	89
Tableau 44 : Analyse multivariée : délai compte rendu anatomopathologique - traitement non chirurgical – prostate (n = 668)	91

Figures

Figure 1 : Distribution du délai global coloscopie – chimiothérapie postopératoire (parcours chirurgical non urgent) – côlon.....	30
Figure 2 : Distribution du délai global – côlon.....	31
Figure 3 : Délai d'accès au diagnostic selon la région (médiane et interquartiles) – côlon.....	34
Figure 4 : Délai coloscopie-chirurgie selon la région (médiane et interquartiles) – côlon.....	40
Figure 5 : Délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire selon la région (médiane et interquartiles) – côlon.....	46
Figure 6 : Distribution du délai entre le compte rendu anatomopathologique et le premier traitement – prostate.....	61
Figure 7 : Distribution du délai entre le compte rendu anatomopathologique et le premier traitement – prostate.....	62
Figure 8 : Délai d'accès à la proposition thérapeutique selon la région (médiane et interquartiles) – prostate.....	65
Figure 9 : Délai d'accès à la chirurgie selon la région (médiane et interquartiles) – prostate.....	71
Figure 10 : Délai global compte rendu anatomopathologique - chirurgie selon la région (médiane et interquartiles) – prostate.....	77
Figure 11 : Délai d'accès au traitement non chirurgical selon la région (médiane et interquartiles) – prostate.....	83
Figure 12 : Délai compte rendu anatomopathologique - traitement non chirurgical selon la région (médiane et interquartiles) – prostate.....	89

ANNEXES

Annexe 1. Fiche recueil

FICHE DE RECUEIL

I - FICHE PATIENT

N° de patient : |_|_|_|_|_|

Région :

Établissement de santé de première prise en charge thérapeutique :

.....

Prise en charge extrarégionale (cf. guide rubrique [1]) :

- Oui
- Non
- Information non disponible

Code CIM 10 : C|_|_|.|_| (cf. guide rubrique [2])

Parcours de soins et mesure des délais de prise en charge

Cf. glossaire des dates : guide rubrique [3]

Pour les cancers du côlon

- (1) Date du test de recherche de saignement occulte dans les selles :
 Information non disponible
 Pas de test
- |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Jour mois année
- (2) Date de la coloscopie :
 Information non disponible
 Pas de coloscopie
- |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Jour mois année
- (3) Date du compte rendu d'anatomopathologie :
 Information non disponible
- |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Jour mois année
- (4) Date de la RCP préopératoire :
 Information non disponible
 Pas RCP préopératoire
- |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Jour mois année
- (5) Date de la première séance de chimiothérapie préopératoire :
 Information non disponible
 Pas de chimiothérapie préopératoire
- |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Jour mois année
- (6) Date de l'intervention chirurgicale :
 Information non disponible
 Chirurgie classique
 Chirurgie endoscopique
 Pas d'intervention chirurgicale
- |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Jour mois année
- (7) Date de la RCP postopératoire :
 Information non disponible
 Pas RCP postopératoire
- |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Jour mois année
- (8) Date de la première séance de chimiothérapie postopératoire :
 Information non disponible
 Pas de chimiothérapie postopératoire
- |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Jour mois année

Pour les cancers de la prostate

- (1) Date du compte rendu d'anatomopathologie : Information non disponible | | | | |
Jour mois année
- (3) Date de la RCP : Information non disponible | | | | |
Jour mois année
- (4) Date de l'intervention chirurgicale : Information non disponible | | | | |
 Pas d'intervention chirurgicale
- (5) Date du début de traitement non chirurgical : Information non disponible | | | | |
Jour mois année
 Hormonothérapie
 Radiothérapie externe
 Curiethérapie
 Ultrasons focalisés
 Pas de traitement non chirurgical
- (6) Date du début de la surveillance : Information non disponible | | | | |
Jour mois année
 Surveillance simple
 Surveillance active
 Surveillance non précisée
 Pas de surveillance

Facteurs associés

1. Facteurs sociodémographiques

Sexe

- Homme
- Femme
- Information non disponible

Age à la première RCP : |_|_| (cf. guide rubrique [4])

- Information non disponible

Situation vis-à-vis de l'emploi :

- 11 : Actif ayant un emploi,
- 12 : Chômeur,
- 21 : Retraité ou préretraité,
- 22 : Élèves, étudiants, stagiaires non rémunérés,
- 24 : Femme ou homme au foyer,
- 26 : Autre inactif,
- 99 : Information non disponible

Groupe socioprofessionnel (emploi actuel ou dernier emploi occupé) : (cf. guide rubrique [6])

- 1 : Agriculteurs exploitants,
- 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise,
- 3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures,
- 4 : Professions intermédiaires,
- 5 : Employés,
- 6 : Ouvriers,
- 0 : Information non disponible

À défaut, noter en clair pour recodage ultérieur :

2. **Facteurs médicaux**

Mode de détection du cancer :

- Présence de signes d'appel
- Dans le cadre d'un dépistage spontané
- Dans le cadre d'un dépistage organisé (cancer du côlon uniquement)
- Intervention en urgence pour occlusion, perforation ou hémorragie (cancer du côlon uniquement)
- Découverte fortuite
- Information non disponible

Stade du cancer au moment du diagnostic anatomopathologique : (cf. guide rubrique [7])

pT |_ | N |_ | M |_ |

À défaut, T |_ | N |_ | M |_ |

Nombre de ganglions analysés (cancer du côlon uniquement) : |_ |_ |

Pour les cancers de la prostate :

Score de Gleason : |_ |_ |

Taux de PSA au moment de la biopsie : |_ |_ |_ | ng/ml

Information non disponible

Sortie du dispositif de recueil
--

Sortie du dispositif de recueil :

- Pas de sortie du dispositif
- Changement de domicile
- Décédé
- Perdu de vue
- Prise en charge extrarégionale

FII - FICHE ÉTABLISSEMENT

Informations à recueillir auprès de l'établissement de santé dans lequel la prise en charge initiale du patient a été effectuée.

Plusieurs fiches patients pourront correspondre à une fiche établissement.

Coordonnées de l'établissement

Nom :

N° FINESS géographique :

Statut :

- Centre hospitalier universitaire - CHU
- Centre hospitalier - CH
- Centre de lutte contre le cancer – CLCC
- Établissement de santé privé d'intérêt collectif – ESPIC (HORS CLCC)
- Établissement privé à but lucratif – Privé

Commune :

Autorisation en cancérologie

- Chirurgie
- Radiothérapie externe
- Chimiothérapie
- Autre

Annexe 2. Guide de remplissage

GUIDE DE REMPLISSAGE

La case « information non disponible » est à cocher quand, après recherche, l'information n'a pu être retrouvée dans les documents consultés. Pour les champs de dates, pour l'âge ou pour le code postal, coder « -1 » si l'information n'est pas disponible.

En l'absence de recherche de l'information, ne pas répondre à la question.

1. Prise en charge extrarégionale :

La case oui est à cocher quand une partie de la prise en charge se fait en dehors de la région (par exemple, chirurgie dans une autre région puis poursuite du traitement ou du suivi dans la région initiale).

2. Codes CIM 10 et libellés :

C18 – Tumeur maligne du côlon

C18.0	Tumeur maligne du cæcum
C18.1	Tumeur maligne de l'appendice
C18.2	Tumeur maligne du côlon ascendant
C18.3	Tumeur maligne de l'angle droit du côlon
C18.4	Tumeur maligne du côlon transverse
C18.5	Tumeur maligne de l'angle gauche du côlon
C18.6	Tumeur maligne du côlon descendant
C18.7	Tumeur maligne du côlon sigmoïde
C18.8	Tumeur maligne à localisations contiguës du côlon
C18.9	Tumeur maligne du côlon, sans précision rectosigmoïdienne
C19	Tumeur maligne de la jonction
D01.0	Tumeur in situ
ZZZ	Information non disponible

C 61 – Tumeur maligne de la prostate

C61	Tumeur maligne de la prostate
D07.5	Tumeur in situ
ZZZ	Information non disponible

3. Glossaire des dates à recueillir :

Date de la RCP

- Il s'agit de la date de la RCP de première proposition thérapeutique
- Pour le côlon, en l'absence de chirurgie, noter cette date en « 7 – date de la RCP postopératoire ».

Date du test de recherche de saignement occulte dans les selles :

- Il s'agit de la date du premier test anormal.

Date du compte rendu d'anatomopathologie :

- Il s'agit de la date de signature du compte rendu d'anatomopathologie de la biopsie.
- En cas de biopsie négative, de cytologie ou en absence de biopsie, noter que l'information n'est pas disponible en codant « -1 » sur les trois champs de la date.

Date des traitements :

- Chirurgie : date de l'intervention chirurgicale. Pour le côlon, s'il y a eu endoscopie interventionnelle avant chirurgie, noter la date de la chirurgie ;
- Chimiothérapie : date de la première séance de chimiothérapie.
- Radiothérapie : date de la première séance de radiothérapie (hors séance repérage).
- Hormonothérapie, ultrasons ou curiethérapie : date de début de traitement.

Date de début de la surveillance active :

- La surveillance active est définie par un dosage du PSA total associé à un toucher rectal tous les six mois et un bilan par biopsies un an après le diagnostic puis tous les 2 à 3 ans. La date à retenir est celle de la consultation où ce protocole de surveillance est expliqué au patient. Si les informations dans le dossier ne permettent pas de dire si la surveillance est active ou non, coder surveillance non précisée.

4. Âge :

Il s'agit de l'âge lors de la première RCP.

Le calcul doit être fait en âge atteint dans l'année, en soustrayant l'année de naissance de l'année de la première RCP (ne pas tenir compte du jour et du mois).

5. Groupe socioprofessionnels :

Il faut prendre en compte la profession actuellement exercée ou, pour les personnes au chômage, retraitées ou sans activité professionnelle, la dernière profession exercée.

Précisions sur les principales catégories socioprofessionnelles :

- Agriculteurs exploitants : il s'agit des agriculteurs qui exploitent leur propre exploitation agricole. Sont exclus les ouvriers agricoles (groupe 6).
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise : dans ce groupe se retrouvent les personnes qui exercent leur métier de façon indépendante : artisan boulanger exerçant dans sa propre boulangerie, commerçant à la tête de son propre magasin ou gérant d'une enseigne, chefs d'entreprise qui sont propriétaires de celle-ci quelle que soit la taille de l'entreprise.
- Cadres et professions intellectuelles supérieures : par exemple, médecin, profession libérale, cadre, professeur, professions scientifiques, professions de l'information, des arts et des spectacles, ingénieurs et cadres techniques d'entreprise.
- Professions intermédiaires : Professions qui occupent une position intermédiaire entre les cadres et les agents d'exécution ouvriers ou employés (par exemple les techniciens, contremaîtres, agents de maîtrise) et professions intermédiaires dans l'enseignement, la santé et le travail social (par exemple instituteurs, professions paramédicales, sages-femmes, assistantes sociales, professeurs des écoles, instituteurs et assimilés).
- Employés : professions exerçant une activité d'exécution non manuelle (employés de commerce, de bureau, dans une collectivité locale ou un service de l'État...).
- Ouvriers : professions exerçant une activité d'exécution manuelle (ouvriers spécialisés ou non, ouvriers agricoles).

(Cf. nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Insee dans le fichier Professions.xls)

6. Stade du cancer au moment du diagnostic anatomopathologique :

Il s'agit du stade TNM (en cas de cancer in situ, préciser Tis). **Le pTNM doit être privilégié.**

En présence de deux foyers synchrones, coder le plus sévère : par exemple, en présence d'un *in situ* et d'un infiltrant, coder le stade de l'infiltrant.

Annexe 3. Calcul du nombre de sujets nécessaires

CALCUL DU NOMBRE DE SUJETS NÉCESSAIRES :

En faisant l'hypothèse que le délai suit une loi normale et que l'on voudrait tester une différence entre les délais régionaux (test bilatéral ± 5 jours) avec un niveau de signification égal à 0,05 et une puissance de 0,8, la taille minimum de chaque échantillon régional doit être de 252 individus avec un écart type des délais de 20 jours. On s'attend en effet à une assez grande variabilité individuelle des délais mesurés, d'où le choix d'un écart-type à 20 jours.

À partir de cette base, la taille minimum de la population de chaque échantillon régional est fixée à 300, compte tenu du risque de données manquantes (soit une inflation de 20 % du nombre de sujets nécessaires).

Pour les analyses concernant les objectifs secondaires (analyse des délais selon les éléments de contexte de la prise en charge des patients), celles-ci seront effectuées, le cas échéant sur les données poolées de l'ensemble des régions participantes, permettant de disposer d'un effectif suffisant.

Annexe 4. Calcul du coefficient de pondération

CALCUL DU COEFFICIENT DE PONDÉRATION :

Le coefficient de pondération permet de redresser les données de façon à ce que celles-ci soient représentatives des 13 régions entrant dans l'étude. L'hypothèse sous-jacente est que c'est la région qui a le plus d'impact sur les délais mesurés, indépendamment des autres facteurs.

Le calcul du coefficient de pondération permet de reproduire la répartition des dossiers par région au cours d'un trimestre type à partir du nombre de mois enquêtés et du nombre de dossiers remontés par région. Il s'effectue en plusieurs étapes :

- Il est tout d'abord nécessaire de connaître l'importance d'une région par rapport à l'ensemble des régions ou « part régionale ». Pour cela, il faut s'affranchir des différences de périodes de recueil entre les régions :
 - Le nombre de dossiers trimestriels par région est calculé à partir du nombre de dossiers inclus, du nombre de mois d'inclusion et de la fraction de sondage. Ce nombre est le même que le nombre de dossiers recueillis lorsque la période d'inclusion a duré 3 mois, il est moindre lorsque cette période a duré plus de 3 mois, et plus important pour les deux régions pour lesquelles un échantillonnage a été effectué.
 - Le nombre total de dossiers trimestriels est égal à la somme des dossiers trimestriels calculés pour chaque région.
 - L'importance d'une région par rapport à l'ensemble des régions, est obtenue en divisant le nombre de dossiers trimestriels de la région par le nombre total de dossiers trimestriels.
- Ensuite, il est nécessaire de calculer le nombre de dossiers attendus pour chaque région dans l'hypothèse où la période de recueil aurait été la même pour l'ensemble des régions. Ce nombre est donc obtenu pour chaque région en multipliant la part régionale par le nombre total de dossiers recueillis.
- Enfin, pour chaque région le coefficient de pondération est obtenu en faisant le rapport entre le nombre de dossiers attendus et le nombre de dossiers recueillis. Ce coefficient est inférieur à 1 pour les régions ayant une activité moindre et donc surreprésentées dans l'étude, et supérieur à 1 pour les régions ayant une activité importante (sous-représentées dans l'étude), et plus particulièrement pour les deux régions pour lesquelles un échantillonnage a été effectué.



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

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

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

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