



Délais de prise en charge des cancers du côlon dans les Pays de la Loire

Décembre 2013

Personnes ayant participé à la rédaction

- ▶ Dr Jean-François BUYCK, Françoise LELIEVRE, Dr Anne TALLEC, ORS Pays de la Loire
- ▶ Dr Fabienne EMPEREUR, Solen PELE, Réseau Onco Pays de la Loire

Nous remercions l'ensemble des équipes des établissements et des 3C des Pays de la Loire, qui ont participé activement au recueil des informations nécessaires à la réalisation de cette étude.

Merci à l'INCa et à la Fnors pour l'élaboration du protocole de l'enquête sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate, pour l'animation de sa mise en œuvre dans les régions participantes (Alsace, Auvergne, Franche-Comté, Guadeloupe, Haute Normandie, Lorraine, Martinique, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes), ainsi que pour la mise à disposition des données et de la méthodologie d'analyse nationale.

Rapport disponible en téléchargement

- ▶ www.santepaysdelaloire.com
ORS/Etudes et publications/Liste des publications
- ▶ www.oncopl.com
Accès professionnels de santé/Actualités

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

Hôtel de la Région • 1 rue de la Loire • 44966 Nantes Cedex 9
Tél. 02 51 86 05 60 • Fax 02 51 86 05 61
accueil@orspaysdelaloire.com • www.santepaysdelaloire.com

Réseau régional de cancérologie Onco Pays de la Loire

Plateau des Ecoles • 50 route de Saint-Sébastien • 44093 Nantes Cedex 1
Tél. 02 40 84 75 95 • Fax 02 40 84 75 96
contact@onco-paysdelaloire.asso.fr • www.oncopl.com

Index des sigles et abréviations

3C	Centre de coordination en cancérologie
ARS	Agence régionale de santé
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
Cim-10	Classification internationale des maladies 10 ^e révision
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CME	Commission médicale d'établissement
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DIM	Département d'information médicale
Espic	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
INCa	Institut national du cancer
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IQR	Intervalle interquartile
Onco PL	Réseau Onco Pays de la Loire
ORS	Observatoire régional de la santé
PDL	Pays de la Loire
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RRC	Réseau régional de cancérologie
ZAU	Zonage en aires urbaines

Sommaire

SYNTHESE	4
CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	7
UN MANQUE D'INFORMATIONS SUR LES DELAIS DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS.....	7
UNE ETUDE METTANT EN EVIDENCE D'IMPORTANTES DISPARITES REGIONALES	7
UN RETOUR D'INFORMATIONS DETAILLE AUPRES DES ACTEURS REGIONAUX.....	8
BILAN DU RECUEIL D'INFORMATIONS.....	9
UN RECUEIL D'INFORMATIONS REALISE SANS REELLE DIFFICULTE	9
8 DOSSIERS REPERES SUR 10 REPONDENT AUX CRITERES D'INCLUSION DE L'ETUDE	9
UNE DISPONIBILITE DES DATES LE PLUS SOUVENT SUPERIEURE A 80 %.....	10
DESCRIPTION DE LA POPULATION	11
DES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ASSEZ PROCHES DE CELLES OBSERVEES AU PLAN NATIONAL.....	11
LES PATIENTS SONT DOMICILIES ESSENTIELLEMENT DANS LES PAYS DE LA LOIRE.....	11
DES DONNEES SOCIOECONOMIQUES MAL RENSEIGNEES DANS LES DOSSIERS	12
DES CANCERS LE PLUS SOUVENT DECOUVERTS SUITE A DES SIGNES D'APPEL.....	12
ENTRE 50 ET 74 ANS, PRES D'UNE DECOUVERTE DE CANCER SUR 7 EST LIEE A UN DEPISTAGE	13
PRES D'UN CANCER SUR 4 EST LOCALISE AU NIVEAU DU COLON SIGMOÏDE	13
DES CARACTERISTIQUES TNM MIEUX RENSEIGNEES DANS LES PAYS DE LA LOIRE QUE PARMIS L'ENSEMBLE DES REGIONS DE L'ETUDE.....	14
UN PATIENT SUR 2 EST PRISE EN CHARGE DANS UN ETABLISSEMENT PRIVE	15
DELAIS DE PRISE EN CHARGE DU CANCER DU COLON	17
LE TRAITEMENT CHIRURGICAL EN DEHORS D'UNE SITUATION D'URGENCE CORRESPOND AU PARCOURS LE PLUS FREQUEMMENT RENCONTRE	17
UN DELAI MEDIAN DE 22 JOURS ENTRE LA COLOSCOPIE ET UNE INTERVENTION CHIRURGICALE NON URGENTE	18
LE DELAI MEDIAN ENTRE UNE INTERVENTION CHIRURGICALE EN URGENCE ET LA PROPOSITION THERAPEUTIQUE POSTOPERATOIRE EST DE 20 JOURS	19
LE DELAI MEDIAN D'ACCES AU DIAGNOSTIC EST DE 7 JOURS EN CAS DE PARCOURS NON CHIRURGICAL	19
DE POSSIBLES DIFFERENCES ENTRE COMITES RESTREINTS, DONT L'INTERPRETATION DOIT RESTER PRUDENTE	20
UN DELAI D'ACCES AU DIAGNOSTIC UN PEU PLUS ELEVE POUR LES PATIENTS VIVANT EN ZONE URBAINE.....	20
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	22
ANNEXE 1 // ETABLISSEMENTS REGIONAUX PARTICIPANT A L'ENQUETE	23
ANNEXE 2 // ELEMENTS DE METHODOLOGIE	24
ANNEXE 3 // FICHES DE RECUEIL D'INFORMATIONS	26

Synthèse

Des délais proches des valeurs moyennes observées parmi l'ensemble des régions participantes, et relativement satisfaisants

- ▶ Cette étude a permis d'objectiver, pour la première fois dans la région, la durée des différentes séquences diagnostiques et thérapeutiques qui jalonnent le parcours de soins des patients atteints d'un cancer du côlon.
- ▶ Pour les parcours chirurgicaux non urgents comme pour les parcours non chirurgicaux, les délais de prise en charge du cancer du côlon dans les Pays de la Loire sont assez proches des valeurs moyennes observées parmi l'ensemble des 11 régions françaises ayant participé à l'étude.

Pour les parcours chirurgicaux urgents, si les délais médians dans les Pays de la Loire paraissent un peu plus longs que les valeurs observées dans l'ensemble des régions de l'étude, ces différences n'excèdent pas une semaine. L'interprétation de ces écarts doit toutefois rester prudente compte tenu du faible nombre de dossiers sur lequel reposent les données à l'échelle régionale.

- ▶ Comparés aux délais de prise en charge déjà décrits ou recommandés dans d'autres pays, les délais mis en évidence dans cette étude laissent penser que les patients atteints d'un cancer du côlon bénéficient, globalement, d'un accès aux soins en temps opportun, dans les Pays de la Loire comme dans les autres régions étudiées.

Des informations insuffisantes pour analyser précisément les disparités infrarégionales et les inégalités sociales

- ▶ Cette étude fait apparaître des disparités infrarégionales pour certains délais (entre comités restreints des 3C, et selon le caractère urbain ou rural de la zone de résidence des patients). La méthodologie d'enquête n'est cependant pas conçue pour explorer les inégalités à un niveau territorial fin, ainsi que leurs origines.
- ▶ Même si cette étude n'avait pas pour objectif d'évaluer la qualité des dossiers médicaux, le bilan du recueil d'informations en permet une appréciation indirecte.

Dans un certain nombre de cas, les dates nécessaires à l'estimation des délais de prise en charge ne sont pas retrouvées, ou aboutissent à des valeurs considérées comme aberrantes, limitant ainsi l'effectif et la représentativité des dossiers analysés.

Les informations sur la réalisation de tests de recherche de saignement occulte dans les selles semblent en outre assez peu renseignées dans les dossiers.

Les données sur la situation socioéconomique des patients (catégorie socio-professionnelle et situation vis-à-vis de l'emploi) ne sont pas clairement disponibles dans une proportion importante des dossiers médicaux. Ces informations, bien que difficiles à recueillir en pratique médicale quotidienne, n'en demeurent pas moins essentielles à l'objectivation et la compréhension des inégalités sociales face au cancer.

Une démarche d'étude qu'il pourrait être pertinent de renouveler

► Au-delà de ces défauts d'exhaustivité, le recueil des informations s'est déroulé sans réelle difficulté dans la région, grâce à la mobilisation des différents acteurs concernés.

La bonne coordination entre les équipes des 3C et des établissements et le réseau régional de cancérologie, ainsi que l'intérêt de ces équipes pour la thématique, permettent d'envisager le renouvellement de ce type d'étude à court ou moyen terme.

► La démarche entreprise dans la région pour les cancers du côlon pourrait, à ce titre, être reproduite pour d'autres localisations cancéreuses, notamment celles pour lesquelles les problématiques des délais de prise en charge paraissent prégnantes.

De nouvelles études pourraient ainsi concerner les cancers du poumon et du sein (localisations déjà étudiées dans d'autres régions, dans le cadre de la première phase de l'étude sur les délais de prise en charge du cancer), ou les cancers du rein et du rectum (localisations fréquemment citées par les membres des équipes des 3C et des établissements).

De tels travaux pourraient s'inscrire dans un cadre national, en partenariat avec l'INCa et la Fnors, mais aussi dans le cadre d'un protocole régional permettant d'explorer avec plus de précisions certaines disparités territoriales et sociales.

Un manque d'informations sur les délais de prise en charge des cancers

- ▶ La réduction des inégalités d'accès aux soins constitue un objectif prioritaire des politiques de santé actuelles. Pour les personnes atteintes d'un cancer, les disparités des délais d'accès aux différents actes qui jalonnent la prise en charge médicale (diagnostic anatomopathologique, réunions de concertation pluridisciplinaires, intervention chirurgicale...) constituent une des dimensions de ces inégalités.
- ▶ Le contexte français est marqué par le manque de données objectives sur la durée des différentes étapes du parcours de soins des patients atteints d'un cancer.

Le Plan cancer 2009-2013 a ainsi appuyé la nécessité de mener une étude dans plusieurs régions de France, permettant de disposer d'un état des lieux sur les délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents (sein, poumon, côlon, prostate) et d'analyser les facteurs susceptibles de les influencer [1].

L'Institut national du cancer (INCa) a été chargé du pilotage de cette étude, qui a été réalisée avec l'appui opérationnel de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), et conduite en région par les Réseaux régionaux de cancérologie (RRC) et les Observatoires régionaux de la santé (ORS).

Une étude mettant en évidence d'importantes disparités régionales

- ▶ La première phase de cette étude nationale, qui a porté sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon, a eu lieu en 2011 dans 8 régions (les Pays de la Loire ne faisant pas partie des régions participantes) [2].

La seconde phase de l'étude a eu lieu en 2012 et concernait les délais de prise en charge des cancers du côlon (11 régions participantes) et de la prostate (13 régions). Les Pays de la Loire ont participé à cette phase, uniquement pour les cancers du côlon [3].

Les rapports publiés à l'issue de ces deux phases ont notamment pointé, pour chacune des localisations cancéreuses étudiées, l'existence d'importantes disparités territoriales pour certains délais, avec des variations allant du simple au double selon les régions.

- ▶ Concernant plus particulièrement les cancers du côlon, le délai d'accès au diagnostic est de 4,5 jours en moyenne parmi les 11 régions participantes. Le délai global (entre la coloscopie et la 1^{ère} séance de chimiothérapie) approche les 70 jours pour les prises en charge les plus communes, c'est-à-dire pour les parcours chirurgicaux non urgents. S'agissant des parcours chirurgicaux urgents d'une part, et des parcours non chirurgicaux d'autre part, il se passe respectivement 45 et 28 jours avant la 1^{ère} séance de chimiothérapie.

La comparaison avec les données internationales montre que ces délais sont plutôt plus courts que ce qui est usuellement observé, ou recommandé, dans d'autres pays [3].

Un retour d'informations détaillé auprès des acteurs régionaux

- ▶ Ce document, centré sur les établissements des Pays de la Loire et sur la prise en charge des cancers du côlon, vient compléter les premiers résultats issus des analyses réalisées au plan national. Il s'inscrit dans un objectif de retour d'informations et de partage de connaissances auprès des acteurs régionaux de la prise en charge en cancérologie.
- ▶ L'étude régionale présente, dans un premier temps, un bilan du déroulement du recueil d'informations et de la qualité des données collectées, avec en regard les valeurs moyennes observées parmi les 11 régions ayant participé au dispositif.

Dans un second temps, l'étude décrit les caractéristiques des patients et des établissements de première prise en charge, et les délais de prise en charge observés dans les Pays de la Loire et dans les comités restreints¹ de Centres de coordination en cancérologie (3C) de la région.

Une analyse compare enfin les délais de prise en charge selon le type de zone de résidence ("grande aire urbaine" ou autre) des patients.

¹ Les comités restreints rassemblent sur un même territoire, défini par les acteurs eux-mêmes, les 3C et les établissements autorisés pour la cancérologie ayant signé une convention de partenariat. Ces comités restreints ont notamment en charge d'assurer le bon fonctionnement de la pluridisciplinarité. Les 3C et les établissements qui composent chaque comité restreint sont précisés dans l'annexe 1.

Un recueil d'informations réalisé sans réelle difficulté

► Le recueil d'informations s'est déroulé dans la région entre les mois d'avril et de juillet 2012. Les données collectées concernaient les patients présentant un cancer du côlon, enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de première proposition thérapeutique sur une période de 3 mois (mars à mai 2011) dans un établissement de santé des Pays de la Loire autorisé pour la pratique de la cancérologie (la liste des établissements ayant participé à l'étude et les éléments de méthodologie sont précisés dans les annexes 1 et 2).

► Certaines équipes des 3C, ainsi que des médecins des Départements d'information médicale (DIM) des établissements concernés, ont émis des craintes au lancement du recueil quant à la confidentialité des données, en dépit de l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) dont bénéficiait l'étude.

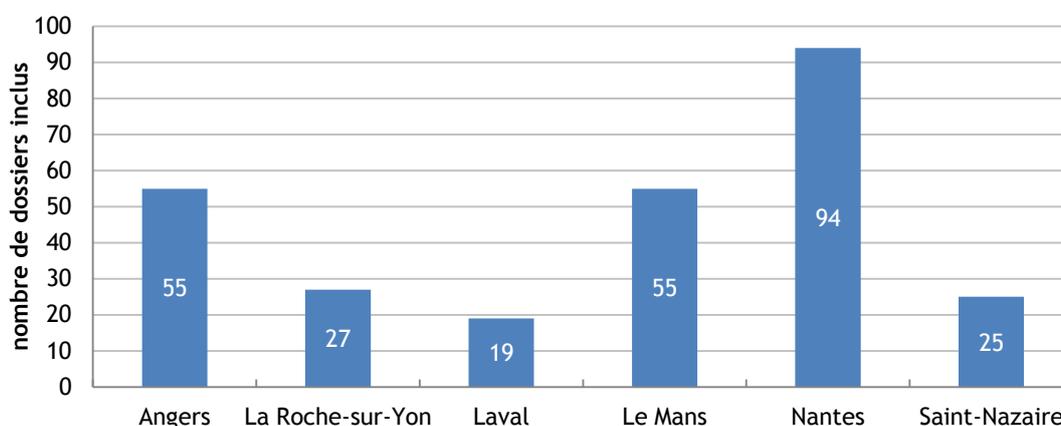
Ces inquiétudes ont pu être levées par le déplacement de l'équipe d'Onco Pays de la Loire (incluant un médecin) dans chaque établissement pour le recueil et l'anonymisation de l'ensemble des données, ainsi que par la participation d'un médecin clinicien pour le recueil des données d'un établissement.

8 dossiers repérés sur 10 répondent aux critères d'inclusion de l'étude

► Parmi les 339 dossiers identifiés par les établissements et les 3C, 275 répondaient aux critères d'inclusion de l'étude. Les dossiers exclus correspondaient le plus souvent à des situations où le patient présentait un antécédent de cancer, était vu dans le cadre d'un 2^e passage en RCP, ou était décédé précocement.

Près de 3 dossiers inclus sur 4 correspondent à des prises en charge dans les établissements des comités restreints de Nantes (34 %), d'Angers (20 %) et du Mans (20 %) (fig. 1).

Fig. 1 // Nombre de dossiers inclus par comité restreint Pays de la Loire (2011)



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.

Une disponibilité des dates le plus souvent supérieure à 80 %

- ▶ Pour chaque type d'acte ou d'évènement étudié (test de dépistage, coloscopie, RCP...), le taux de disponibilité des dates a été calculé à partir des données recueillies dans les fiches de RCP et les dossiers médicaux (voir annexe 3). Ce taux correspond au nombre de dossiers présentant une date complète (jour, mois et année), rapporté au nombre total de dossiers diminué du nombre de cas où l'acte n'a pas été réalisé.
- ▶ Sur l'ensemble de la prise en charge allant de la réalisation de la coloscopie à la 1^{ère} séance de chimiothérapie postopératoire – à l'exclusion des chimiothérapies préopératoires qui représentent un faible nombre de cas –, le taux de disponibilité des dates est supérieur à 80 %. L'information est quasiment exhaustive pour certains évènements (interventions chirurgicales, RCP pré et postopératoires) (fig. 2).

L'information sur la date de réalisation du test de recherche de saignement occulte dans les selles est moins souvent disponible (45 %). Ce taux doit toutefois être interprété avec précaution compte tenu du faible nombre de dossiers sur lequel il se base (seuls 29 dossiers sur 275 précisent qu'un test de dépistage a été réalisé).

- ▶ Quel que soit l'acte étudié, le taux de disponibilité des dates complètes dans les dossiers des établissements des Pays de la Loire est supérieur à la valeur moyenne parmi les 11 régions de l'étude.

Fig. 2 // Disponibilité des dates complètes dans les dossiers
Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)

	Acte non réalisé	Acte réalisé, ou information sur l'acte non disponible				Taux de disponibilité de la date complète ¹
		Date complète	Date incomplète	Information non disponible		
Test de recherche de saignement occulte dans les selles	246	13	3	13	45 % (12 %)	
Coloscopie	43	196	14	22	84 % (82 %)	
Compte-rendu anatomo-pathologique de la biopsie	0	222	10	43	81 % (70 %)	
RCP préopératoire	199	75	1	0	99 % (93 %)	
Chimiothérapie préopératoire (1 ^{ère} séance)	264	8	0	3	73 % (53 %)	
Intervention chirurgicale	32	240	1	2	99 % (95 %)	
RCP postopératoire	44	226	1	4	98 % (96 %)	
Chimiothérapie postopératoire (1 ^{ère} séance)	153	111	6	5	91 % (71 %)	

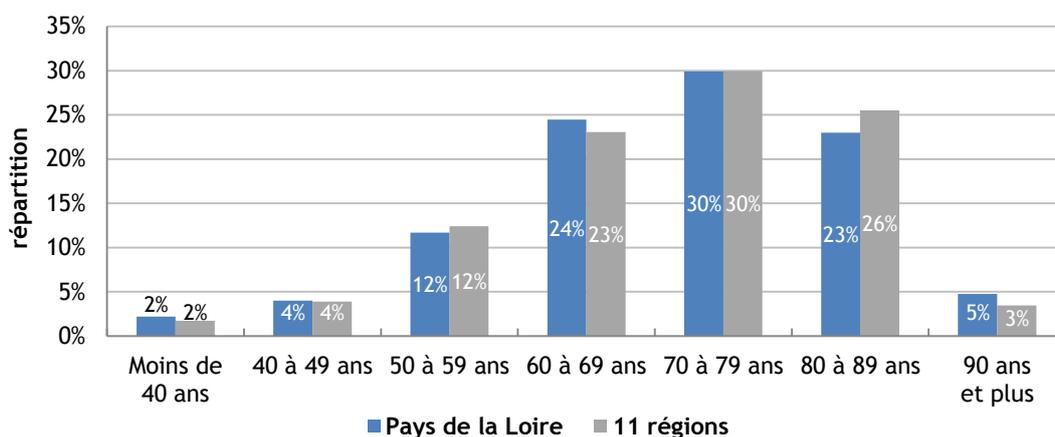
Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.

¹ Les valeurs moyennes parmi les 11 régions participantes figurent entre parenthèses.

Des caractéristiques démographiques assez proches de celles observées au plan national

- ▶ La population incluse dans l'étude régionale est âgée en moyenne de 71 ans, et comporte autant d'hommes que de femmes. Ces caractéristiques sont proches de celles observées parmi l'ensemble des 11 régions participantes (âge moyen de 71 ans et 53 % d'hommes) (fig. 3).
- ▶ Les femmes incluses dans l'étude sont plus âgées que les hommes. Près d'une sur deux (47 %) a au moins 75 ans, contre 39 % des hommes. A l'inverse, 55 % des hommes se trouvent dans la classe d'âge cible du dépistage organisé du cancer du côlon (50 à 74 ans) contre 47 % des femmes.

Fig. 3 // Répartition des patients par classe d'âge
Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.

Les patients sont domiciliés essentiellement dans les Pays de la Loire

- ▶ La très grande majorité des patients inclus sont domiciliés dans les Pays de la Loire (94 %). Treize dossiers concernent des habitants d'autres régions, vivant pour la plupart dans des départements limitrophes (Morbihan, Orne et Deux-Sèvres).
- ▶ Répartis selon leur type de zone de résidence, 73 % des patients vivent dans un milieu qui peut être qualifié d'urbain². Les différences d'âge et de sexe entre ces patients et ceux vivant dans les autres zones sont très peu marquées.

² Le zonage en aires urbaines (ZAU) 2010 établi par l'Insee a été utilisé. La zone de résidence est qualifiée d'urbaine lorsque le code postal de domicile du patient correspond à l'espace "grande aire urbaine" (c'est-à-dire à un grand pôle urbain, à une couronne d'un grand pôle, ou à une commune multipolarisée de grande aire urbaine).

Des données socioéconomiques mal renseignées dans les dossiers

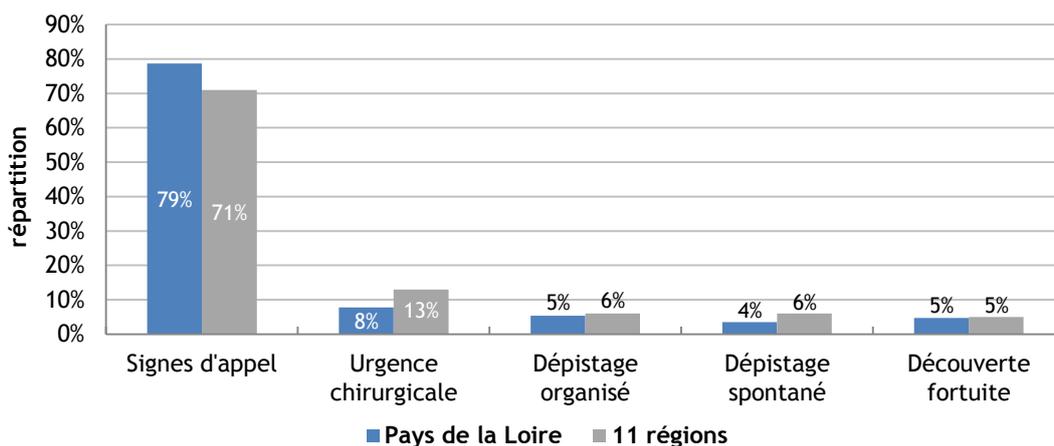
► Les informations de nature socioéconomique sont assez peu disponibles dans les dossiers des patients : moins de 7 sur 10 détaillent la situation des personnes vis-à-vis de l'emploi. Parmi les dossiers pour lesquels cette information est précisée, 81 % indiquent que la personne est retraitée ou pré-retraitée, et 15 % décrivent une personne active ayant un emploi. Ces deux proportions sont relativement proches des valeurs moyennes parmi les 11 régions participantes (83 et 13 %).

► Les données concernant la catégorie socioprofessionnelle (actuelle ou passée) des patients sont encore moins renseignées, puisque seuls 77 dossiers (28 %) les mentionnent. Au sein de ces dossiers, la répartition régionale des différentes catégories socio-professionnelles présente des points de similitude avec la répartition moyenne parmi les 11 régions participantes (environ une personne sur 3 est un employé, une sur 5 est un ouvrier...). Mais l'interprétation de cette information est difficile compte tenu du taux très élevé de données manquantes.

Des cancers le plus souvent découverts suite à des signes d'appel

► Dans la très grande majorité des cas (79 %), le cancer du côlon a été détecté suite à la présence de signes d'appel. La découverte du cancer suite à une complication (occlusion, perforation, hémorragie) ayant nécessité une intervention chirurgicale en urgence était indiquée dans moins d'un dossier sur 10 (8 %). Les autres modes de découverte (dépistage organisé ou spontané, découverte fortuite dans le cadre d'une prise en charge médicale pour un autre problème de santé) représentent chacun environ 5 % des cas (fig. 4).

Fig. 4 // Répartition des patients par modalité de découverte du cancer
Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.

► La proportion des découvertes suite à une intervention chirurgicale en urgence tend à augmenter avec l'âge des patients (12 % des modes de découverte à partir de 75 ans).

Entre 50 et 74 ans, près d'une découverte de cancer sur 7 est liée à un dépistage

► Parmi les patients âgés de 50 à 74 ans (qui représentent plus de la moitié des dossiers), la part des découvertes suite au dépistage organisé s'élève à 8 % dans les Pays de la Loire selon les données collectées (11 % parmi l'ensemble des régions participantes), ce qui correspond à 11 patients. Cette proportion est plus importante chez les femmes que chez les hommes (14 et 4 % respectivement), la différence étant proche du seuil de significativité ($p=0,06$).

Il faut toutefois noter que certains des patients de cette classe d'âge ne sont pas concernés par le dépistage organisé, en raison d'une surveillance régulière liée à des facteurs de risque (présence de polypes, antécédents familiaux...).

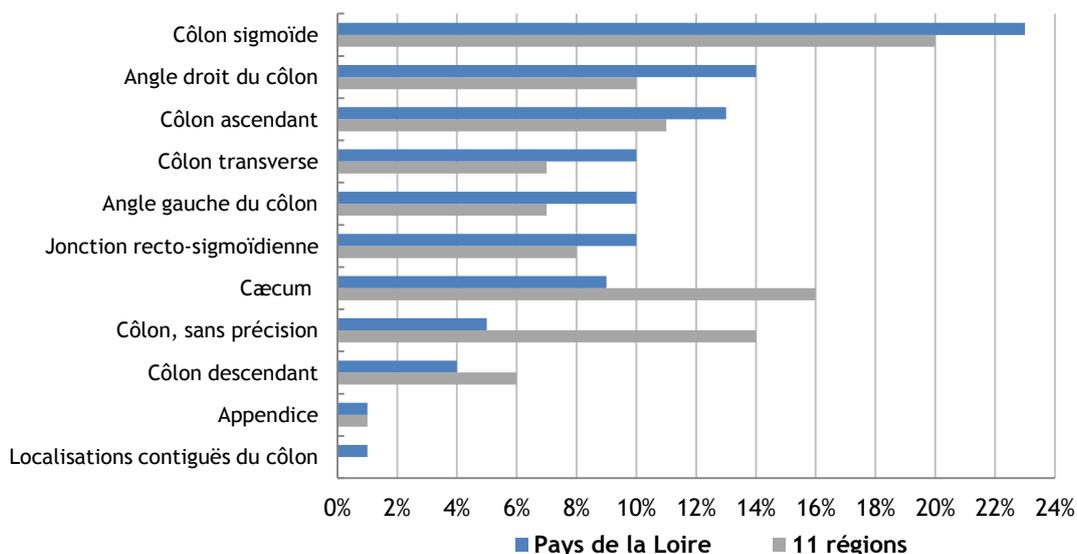
► Les dépistages (qu'ils rentrent ou non dans le cadre du programme organisé) représentent au total 14 % des modes de découverte du cancer chez les personnes âgées de 50 à 74 ans. Si la proportion apparaît plus élevée chez les femmes que chez les hommes (17 et 11 %), la différence n'est pas significative ($p=0,37$).

Près d'un cancer sur 4 est localisé au niveau du côlon sigmoïde

► La localisation du cancer du côlon – codée selon la Classification internationale des maladies 10^e révision (Cim-10) – est précisée dans la totalité des dossiers.

L'ensemble des dossiers régionaux décrivent des cancers invasifs. Dans les Pays de la Loire comme dans l'ensemble des régions participantes, la localisation cancéreuse la plus fréquemment décrite est le côlon sigmoïde. Les cancers colorectaux de localisation cœcale, ainsi que ceux dont la localisation précise n'est pas établie, sont par contre moins fréquemment notifiés dans la région (fig. 5).

Fig. 5 // Répartition des patients par localisation du cancer
Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.

Des caractéristiques TNM mieux renseignées dans les Pays de la Loire que parmi l'ensemble des régions de l'étude

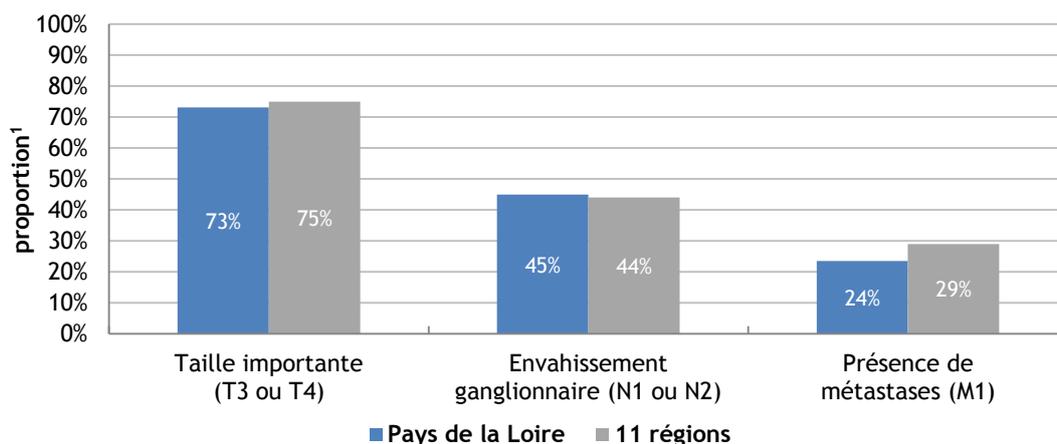
► Les données sur la taille de la tumeur (T), l'envahissement ganglionnaire (N) et la présence de métastases (M) étaient connues – et les informations renseignées – dans respectivement 89, 84 et 60 % des dossiers de la région (85, 80 et 56 % pour l'ensemble des régions participantes).

Concernant les métastases, l'information était manquante dans la moitié des cas en raison d'un classement en statut inconnu (Mx).

Le regroupement de ces informations a permis d'établir le stade du cancer dans 60 % des dossiers de la région (55 % pour l'ensemble des régions participantes).

► Parmi les dossiers pour lesquels les informations sont connues et renseignées, près des trois quarts indiquent une tumeur de taille importante (classée T3 ou T4). Une atteinte ganglionnaire (N1 ou N2) est décrite dans près de la moitié des cas. Pour près d'un patient sur quatre, la présence de métastases est confirmée et indiquée dans le dossier (fig. 6).

Fig. 6 // Caractéristiques du cancer selon la classification TNM
Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)

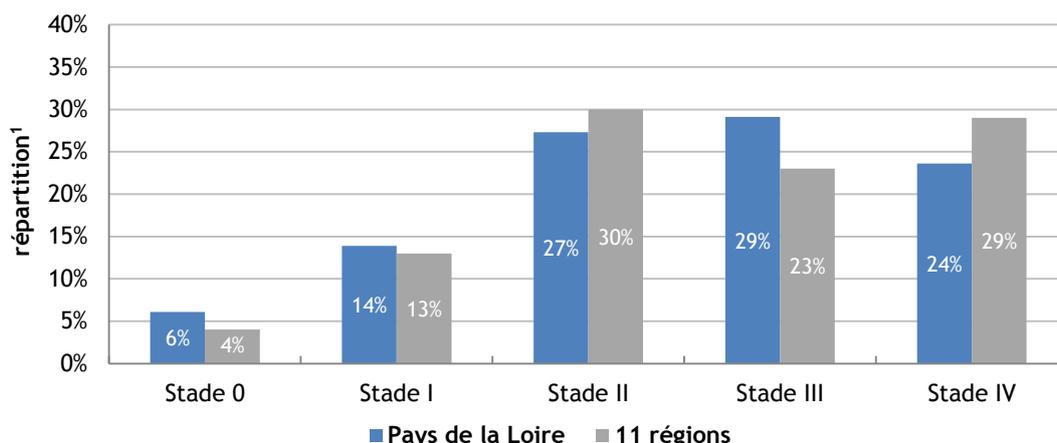


Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.

¹ Parmi les dossiers pour lesquels le statut T, N ou M est connu et renseigné (pour les Pays de la Loire, 89 % des dossiers s'agissant de la taille de la tumeur, 84 % des dossiers pour l'envahissement ganglionnaire, et 60 % des dossiers pour la présence de métastases).

► Les tumeurs sans envahissement ganglionnaire ni métastase (stades 0 à II) représentent près de la moitié des cas, celles responsables d'un envahissement ganglionnaire sans métastase (stade III) près de 3 cas sur 10, et celles présentant des métastases (stade IV) près d'un cas sur 4 (fig. 7).

Fig. 7 // Répartition des patients par stade du cancer
Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)

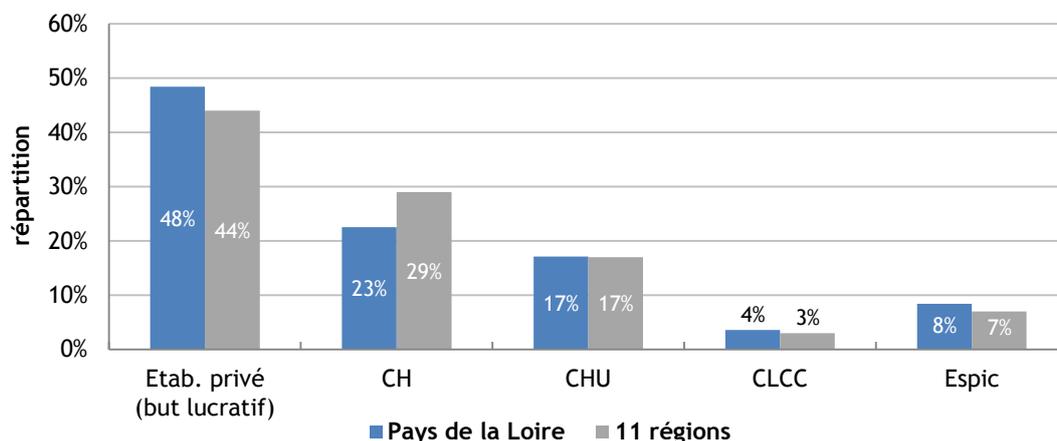


Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.
¹ Parmi les dossiers pour lesquels les statuts T, N et M sont connus et renseignés (60 % des dossiers pour les Pays de la Loire).

Un patient sur 2 est pris en charge dans un établissement privé

► Dans près de la moitié des cas, l'établissement de première prise en charge thérapeutique est un établissement privé à but lucratif. Les établissements de statut public (Centres hospitaliers [CH] et Centres hospitaliers universitaires [CHU]) représentent 40 % des prises en charge, et ceux de statut privé à but non lucratif (Etablissements de santé privés d'intérêt collectif [Espic] et Centres de lutte contre le cancer [CLCC]) environ une prise en charge sur 8 (fig. 8).

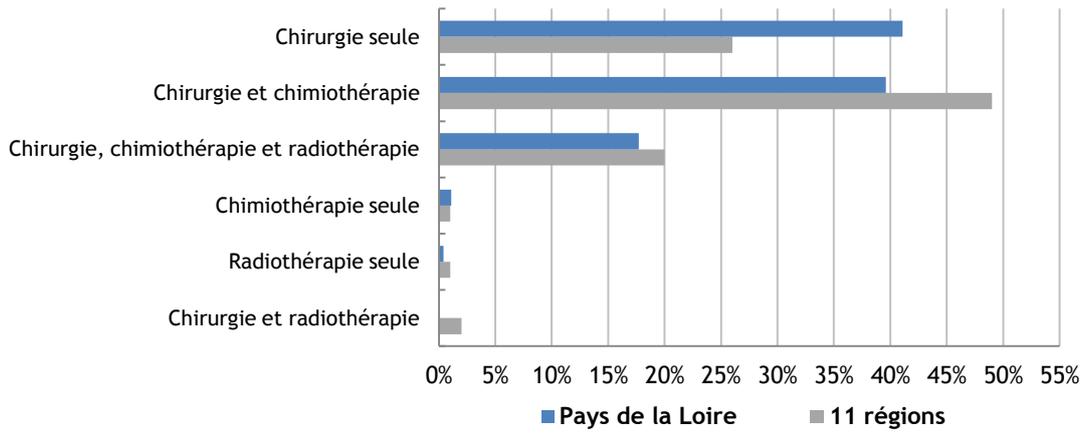
Fig. 8 // Statut de l'établissement de première prise en charge thérapeutique du cancer
Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.

► Dans 80 % des cas, l'établissement de première prise en charge bénéficie d'une autorisation unique pour la chirurgie, ou d'une double autorisation chirurgie et chimiothérapie. Les établissements qui présentent la triple autorisation chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie représentent près d'un cas sur 5. Les situations où l'établissement de première prise en charge ne bénéficie pas d'une autorisation en chirurgie sont très rares (fig. 9).

**Fig. 9 // Autorisations de l'établissement de première prise en charge thérapeutique du cancer
Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)**



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.

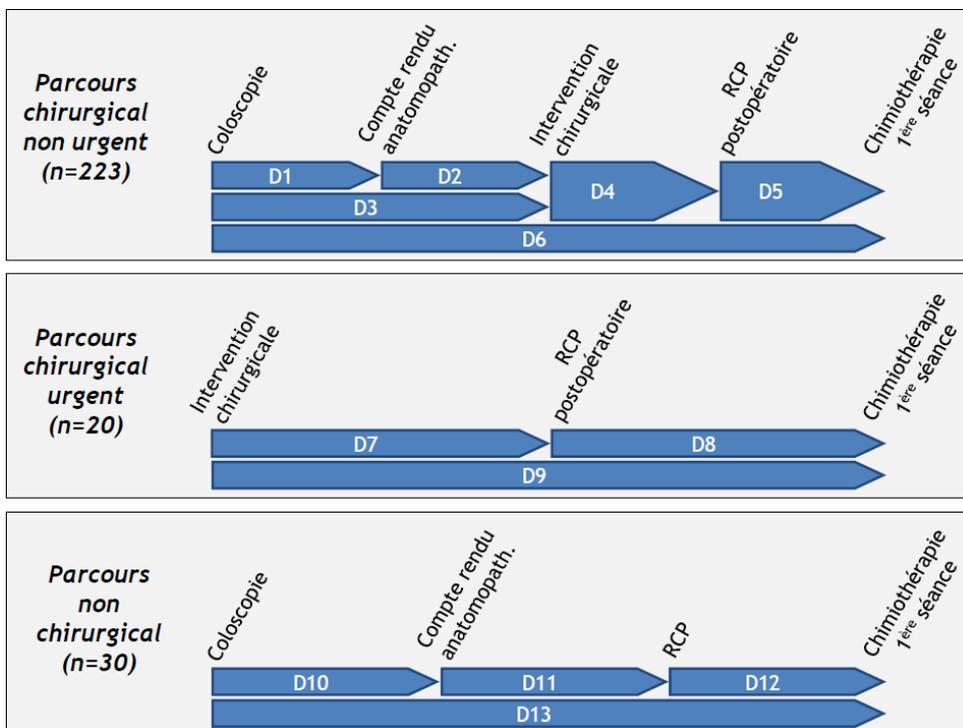
Le traitement chirurgical en dehors d'une situation d'urgence correspond au parcours le plus fréquemment rencontré

- L'étude des différentes séquences de prise en charge permet d'identifier trois grands types de parcours (fig. 10) :
 - le premier, qui regroupe la très grande majorité des cas (82 %), se caractérise par un traitement chirurgical en dehors d'une situation d'urgence,
 - le second, qui concerne 7 % des cas, regroupe les personnes pour lesquelles le cancer est découvert suite à une intervention chirurgicale en urgence (devant un tableau d'occlusion, de perforation, d'hémorragie digestive basse),
 - le troisième, observé dans 11 % des cas, regroupe les situations où une intervention chirurgicale n'est pas réalisée.

Cette répartition est assez proche de celle observée parmi l'ensemble des régions participantes (79, 12 et 9 %), mais laisse apparaître une part un peu moins importante de parcours chirurgicaux urgents.

Pour deux dossiers régionaux, il n'est pas possible de rattacher le patient à l'un des trois parcours, du fait d'informations manquantes.

Fig. 10 // Parcours de prise en charge du cancer
Pays de la Loire (2011)



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.
 D1 et D10 : délais d'accès au diagnostic ; D2 : délai d'accès à la chirurgie ; D3 : délai coloscopie-chirurgie ; D4 et D7 : délais d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire ; D5 et D8 : délais d'accès à la chimiothérapie postopératoire ; D6, D9 et D13 : délais globaux ; D11 : délai d'accès à la proposition thérapeutique ; D12 : délai d'accès à la chimiothérapie.

► Les patients faisant l'objet d'un parcours chirurgical urgent sont, en moyenne, plus âgés que ceux des parcours chirurgicaux non urgents et des parcours non chirurgicaux (respectivement 75, 70 et 69 ans).

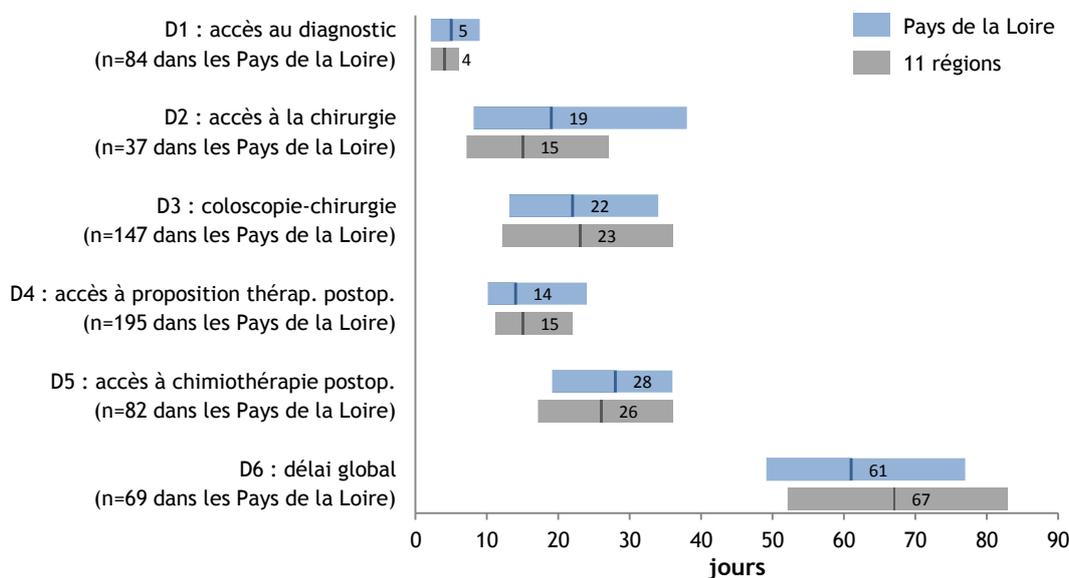
Un délai médian de 22 jours entre la coloscopie et une intervention chirurgicale non urgente

► Parmi les 223 patients ayant eu un parcours chirurgical non urgent dans la région, le nombre de dossiers disposant de suffisamment d'informations pour permettre le calcul de délais de prise en charge varie de 37 (pour le délai d'accès à la chirurgie) à 195 (pour le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire) (fig. 11). Compte tenu de la taille relativement faible de certains de ces effectifs, les délais de prise en charge sont décrits par leur valeur médiane et leur intervalle interquartile (IQR), plutôt que par leur moyenne et écart-type³.

► Les deux délais les plus souvent disponibles dans la région sont le délai coloscopie-chirurgie (médiane de 22 jours [IQR : 13-34 jours], calculée à partir de 66 % des dossiers) et le délai d'accès à la RCP de proposition thérapeutique postopératoire (médiane de 14 jours [IQR : 10-24 jours], calculée à partir de 87 % des dossiers).

► La comparaison des délais médians et des intervalles interquartiles observés dans la région avec ceux retrouvés parmi l'ensemble des régions participantes ne met pas en évidence d'écart majeur.

Fig. 11 // Délais de prise en charge du cancer pour le parcours chirurgical non urgent Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.
Guide de lecture : le trait et la valeur associée correspondent au délai médian. L'étendue de la barre correspond à l'intervalle interquartile (les délais négatifs et ceux considérés comme extrêmes sont exclus de l'analyse, voir annexe 2).
 n : nombre de dossiers pour lesquels la valeur du délai est calculable et non aberrante

³ La médiane d'une série statistique est le nombre qui sépare la série (ordonnée en valeurs croissantes) en deux groupes de même effectif. L'intervalle interquartile est l'étendue de cette série, privée de ses deux quarts extrêmes. Cet intervalle contient donc la "moitié centrale" de la série statistique.

Le délai médian entre une intervention chirurgicale en urgence et la proposition thérapeutique postopératoire est de 20 jours

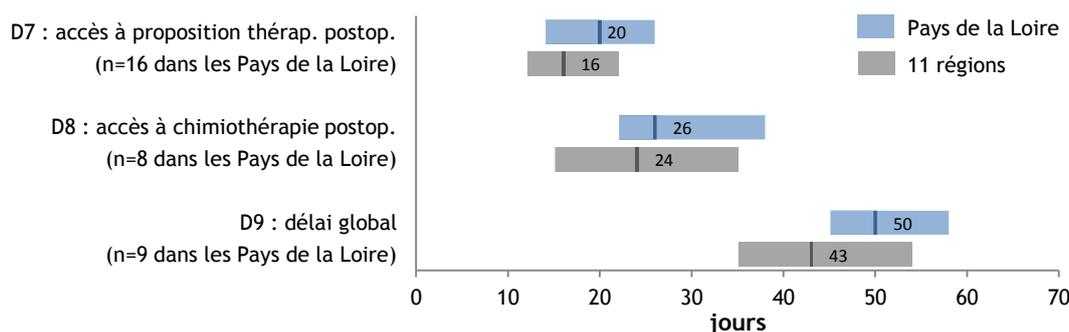
► Dans la région, seuls 20 patients ayant eu un parcours chirurgical urgent sont décrits. Le délai le plus souvent disponible dans les dossiers de ces patients correspond au nombre de jours entre l'intervention chirurgicale et la RCP postopératoire (80 % des dossiers) (fig. 12).

Selon ces dossiers, la valeur médiane du délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire s'établit à 20 jours (IQR : 14-26 jours).

► Si la comparaison avec les résultats observés parmi l'ensemble des régions participantes fait apparaître des délais médians globalement plus élevés dans les Pays de la Loire, les écarts n'excèdent pas 7 jours.

Il est toutefois difficile d'interpréter ces différences compte tenu des fluctuations possibles dans la région, en lien avec le très faible nombre de dossiers sur lesquels repose le calcul des délais.

Fig. 12 // Délais de prise en charge du cancer pour le parcours chirurgical urgent
Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.
Guide de lecture : le trait et la valeur associée correspondent au délai médian. L'étendue de la barre correspond à l'intervalle interquartile (les délais négatifs et ceux considérés comme extrêmes sont exclus de l'analyse, voir annexe 2).
n : nombre de dossiers pour lesquels la valeur du délai est calculable et non aberrante

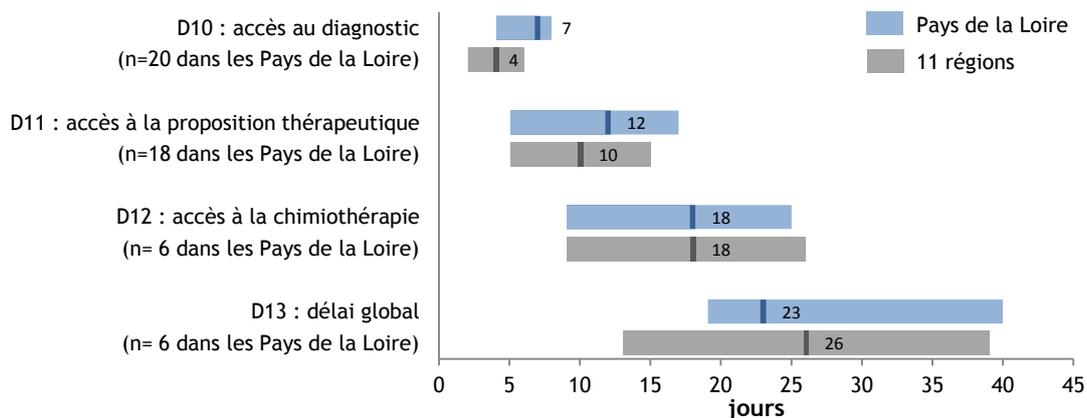
Le délai médian d'accès au diagnostic est de 7 jours en cas de parcours non chirurgical

► Dans la région, 30 patients ont eu un parcours non chirurgical. Les délais les plus souvent disponibles dans les dossiers de ces patients correspondent au nombre de jours entre la coloscopie et le compte-rendu d'anatomopathologie (67 % des dossiers), et au nombre de jours entre ce compte-rendu et la RCP (60 % des dossiers) (fig. 13).

Selon ces dossiers, la valeur médiane du délai d'accès au diagnostic s'établit à 7 jours (IQR : 4-8 jours), et celle du délai d'accès à la proposition thérapeutique est de 12 jours (IQR : 5-17 jours).

► La comparaison avec les résultats observés parmi l'ensemble des régions participantes ne fait pas apparaître d'écarts majeurs.

Fig. 13 // Délais de prise en charge du cancer pour le parcours non chirurgical
Pays de la Loire, 11 régions participantes (2010-2011)



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.
Guide de lecture : le trait et la valeur associée correspondent au délai médian. L'étendue de la barre correspond à l'intervalle interquartile (les délais négatifs et ceux considérés comme extrêmes sont exclus de l'analyse, voir annexe 2).
 n : nombre de dossiers pour lesquels la valeur du délai est calculable et non aberrante

De possibles différences entre comités restreints, dont l'interprétation doit rester prudente

► Les délais de prise en charge ont été étudiés pour chacun des comités restreints des 3C des Pays de la Loire (les données sont mises à disposition dans une fiche de synthèse propre à chaque comité et séparée de ce rapport).

Dans tous les comités restreints, les délais les plus fréquemment disponibles concernent les prises en charge chirurgicales non urgentes. Parmi eux, seul le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire est disponible dans au moins 10 dossiers, pour chaque comité restreint. La valeur médiane de ce délai varie, selon le comité restreint, de 11 à 21 jours.

► Les analyses nationales indiquent que certaines caractéristiques des établissements (statut public ou privé, nombre d'autorisations en cancérologie) ont une influence sur la longueur des délais de prise en charge [3]. Ces résultats pourraient expliquer les écarts observés entre comités restreints des Pays de la Loire, pour certains délais. L'interprétation de ces différences doit toutefois rester prudente compte tenu des très faibles effectifs de dossiers concernés à cette échelle.

Un délai d'accès au diagnostic un peu plus élevé pour les patients vivant en zone urbaine

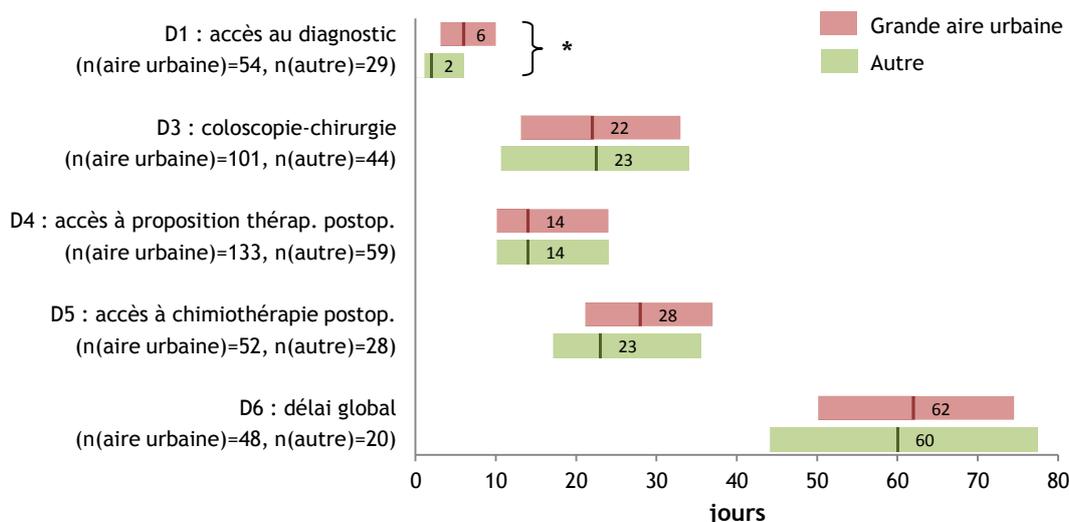
► Les analyses nationales indiquent des différences importantes de délais entre régions. Si la méthodologie d'étude utilisée ne permet pas d'expliquer ces écarts, les auteurs supposent qu'ils pourraient être liés à des différences d'organisation (répartition territoriale de l'offre de prise en charge, filières de prise en charge, coopération entre les établissements, etc.) [3].

► De précédents travaux ont aussi précisé l'influence du type de zone de résidence (urbain ou rural) sur les distances et temps d'accès aux soins spécialisés [4].

Afin d'étudier si ce facteur intervient dans la prise en charge des cancers du côlon, les délais des patients vivant dans les zones qualifiées d'urbaines (espace des grandes aires urbaines, selon le ZAU 2010 de l'Insee) ont été comparés aux délais des patients vivant dans les autres zones.

L'analyse a porté sur les délais qui disposent de suffisamment de données pour pouvoir réaliser des comparaisons pertinentes sur le plan statistique, c'est-à-dire les délais du parcours chirurgical non urgent, hormis celui d'accès à la chirurgie (fig. 14).

Fig. 14 // Principaux délais de prise en charge du cancer pour le parcours chirurgical non urgent, selon le type de zone de résidence
Pays de la Loire (2011)



Source : Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate (INCa). Exploitation ORS Pays de la Loire.
Guide de lecture : le trait et la valeur associée correspondent au délai médian. L'étendue de la barre correspond à l'intervalle interquartile (les délais négatifs et ceux considérés comme extrêmes sont exclus de l'analyse, voir annexe 2).

n : nombre de dossiers pour lesquels la valeur du délai est calculable et non aberrante

* distributions des délais significativement différentes (test de Wilcoxon-Mann-Whitney, seuil de significativité fixé à 5 %).

► Le délai d'accès au diagnostic (c'est-à-dire le délai entre la coloscopie et le compte-rendu d'anatomopathologie) est globalement plus élevé chez les patients vivant dans une grande aire urbaine que chez les autres (valeurs médianes de 6 et 2 jours respectivement). L'analyse et les données disponibles ne permettent pas d'étudier les raisons précises de cet écart.

Cet écart a toutefois peu d'incidence sur la date de l'intervention chirurgicale, puisque la distribution du délai coloscopie-chirurgie est très proche entre les grandes aires urbaines et les autres zones.

Quel que soit le type de zone de résidence, le délai médian d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire avoisine les 2 semaines, et le délai médian global est de 2 mois.

Références citées dans le rapport

- [1] Ministère de la santé et des sports, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, INCa. (2009). Plan Cancer 2009-2013. 138 p.
- [2] INCa, Fnors. (2012). Etude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon. 104 p.
[page internet]. www.e-cancer.fr/publications/68-etudes-et-enquetes
- [3] INCa, Fnors. (2013). Etude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate. 114 p.
[page internet]. www.e-cancer.fr/publications/68-etudes-et-enquetes
- [4] Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. (2011). Les distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Etudes et résultats*. Drees. n° 764. 8 p.

Pour en savoir plus

► Publications régionales

Réseau Onco Pays de la Loire. (2013). Oncologie digestive. Référentiel régional 2013. 85 p.

ORS Pays de la Loire, Cap Santé Plus 44, Cap Santé 49, Camélia, Gems 72, Audace, Caisses d'assurance maladie des Pays de la Loire, Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée. (2013). Dépistage des cancers dans la région Pays de la Loire et ses cinq départements. Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour mars 2013. 56 p.

► Publications nationales

HAS. (2012). Guide affection de longue durée. Cancer colorectal. 56 p.

Francim, HCL, InVS, INCa, Inserm CépiDc. (2013). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. 122 p.

Francim, HCL, InVS, INCa. (2013). Estimations régionales de l'incidence par cancer, 2008-2010. [page internet]. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite>

InVS. (2013). Evaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Résultats 2009-2010. 31 p.

ANNEXE 1 // ETABLISSEMENTS REGIONAUX PARTICIPANT A L'ENQUETE

Etablissement / Ville	3C	Comité restreint	Nombre de dossiers
Centre hospitalier de Cholet	Centre hospitalier de Cholet	Angers	10
CHU d'Angers	CHU d'Angers	Angers	21
Clinique de l'Anjou / Angers	Clinique de l'Anjou	Angers	23
Institut de cancérologie de l'Ouest (Paul Papin) / Angers	Institut de cancérologie de l'Ouest (Paul Papin)	Angers	1
Centre hospitalier Côte de Lumière / Les Sables d'Olonne	Vendée	La Roche-sur-Yon	1
CHD Vendée / La Roche-sur-Yon	Vendée	La Roche-sur-Yon	24
Clinique Saint-Charles / La Roche-sur-Yon	Vendée	La Roche-sur-Yon	2
Centre hospitalier de Laval	Laval	Laval	10
Polyclinique du Maine / Laval	Laval	Laval	9
Centre hospitalier du Mans	Centre hospitalier du Mans	Le Mans	17
Centre Jean Bernard - Clinique Victor Hugo / Le Mans	Centre Jean Bernard - Clinique Victor Hugo	Le Mans	3
Centre médico-chirurgical Pôle Santé Sud / Le Mans		Le Mans	24
Clinique chirurgicale du Pré / Le Mans		Le Mans	11
CHU de Nantes	CHU de Nantes	Nantes	26
Clinique Jules Verne / Nantes		Nantes	19
Clinique Saint-Augustin / Nantes		Nantes	17
Clinique Sainte-Marie / Châteaubriant		Nantes	1
Institut de cancérologie de l'Ouest (René Gauducheau) / Saint-Herblain	Institut de cancérologie de l'Ouest (René Gauducheau)	Nantes	9
Nouvelles Cliniques Nantaises	Centre Catherine de Sienne	Nantes	10
Polyclinique du Parc / Cholet	Polyclinique du Parc	Nantes	12
Pôle hospitalier mutualiste - Clinique de l'Estuaire / Saint-Nazaire	Saint-Nazaire	Saint-Nazaire	13
Polyclinique de l'Europe / Saint-Nazaire	Saint-Nazaire	Saint-Nazaire	12

La méthodologie de cette enquête a été établie au plan national par la Fnors, et validée par l'INCa. Le protocole de recueil et de saisie des données a reçu un avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil, décision DE-2011-002 du 16 février 2011).

Population de l'étude

► La population source est constituée des patients atteints d'un cancer du côlon ou de la jonction recto-sigmoïdienne (quel que soit leur âge et le stade du cancer), ayant eu une prise en charge initiale et un enregistrement du dossier en RCP de première proposition thérapeutique un an avant le début du recueil d'informations. Ce délai a été choisi afin d'avoir suffisamment de recul pour recueillir l'ensemble des dates du parcours de soins.

Les personnes atteintes d'un cancer du rectum ou ayant des antécédents de cancer du côlon n'étaient pas incluses, leur parcours et leurs délais de prise en charge pouvant être différents.

► La taille de l'échantillon régional a été fixée à 300 cas, afin de disposer d'un nombre suffisant de sujets pour pouvoir tester avec assez de puissance statistique des différences entre les délais régionaux. A partir des estimations du nombre de cancers incidents par région, la durée prévisionnelle de recrutement pour atteindre cet effectif a été fixée à 3 mois.

Dans les Pays de la Loire et pour la plupart des régions, la période d'inclusion s'est étendue sur les mois de mars, avril et mai 2011. Dans certaines régions, il a cependant été nécessaire d'étendre la période d'inclusion à 5, voire 7 mois (novembre 2010 à mai 2011) pour atteindre l'effectif fixé.

Modalités du recueil d'informations

► Dans les semaines précédant le début du recueil d'informations, l'INCa a informé les ARS ainsi que les Fédérations hospitalières du démarrage de l'étude. Dans les Pays de la Loire, Onco PL a informé par courrier les 3C, les directeurs d'établissements de santé, les présidents de Commission médicale d'établissement (CME), ainsi que les structures départementales de gestion du dépistage de la région.

► En mars 2012, Onco PL a contacté les secrétariats des 3C et des établissements des Pays de la Loire concernés par l'organisation de RCP de gastro-entérologie, afin de lister l'ensemble des fiches de RCP en lien avec un cancer du côlon.

Entre les mois d'avril et de juillet 2012, deux membres d'Onco PL (une médecin et une cheffe de projet) se sont rendues dans les établissements concernés afin de recueillir les informations des fiches de RCP listées (complétées des informations des dossiers médicaux), après vérification des critères d'inclusion. Les informations ont été recueillies sur des fiches papier anonymisées pré-remplies (annexe 3), et ont été saisies dans un second temps *via* internet sur un serveur sécurisé.

Recueil des dates, calcul et exclusion des délais de prise en charge

- ▶ Les dates recueillies correspondent aux principaux événements de la prise en charge des patients atteints d'un cancer du côlon (test de dépistage, coloscopie, intervention chirurgicale, etc.). Le recueil précis des dates (jour, mois et année) était nécessaire pour le calcul des délais.
- ▶ L'étude des délais a été bâtie sur une logique de séquence de prise en charge correspondant au parcours le plus commun. Par exemple, le compte-rendu anatomo-pathologique de la biopsie est le plus souvent 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. Les délais considérés comme extrêmes (valeurs supérieures au 3^e quartile de distribution du délai augmenté de 1,5 fois l'intervalle interquartile) sont exclus de l'analyse.

Recueil d'éléments de contexte de la prise en charge

- ▶ Trois domaines ont fait l'objet d'un recueil d'information :
 - facteurs sociodémographiques : sexe, âge à la première RCP, situation vis-à-vis de l'emploi, groupe socioprofessionnel (actuel ou dernier emploi occupé), lieu de résidence (code postal),
 - facteurs médicaux : mode de détection et localisation du cancer, stade TNM,
 - caractéristiques de la structure de première prise en charge thérapeutique : statut, autorisations de l'établissement pour le traitement des cancers.

Exploitation et analyse des données

- ▶ L'exploitation des données a été réalisée par l'ORS Pays de la Loire, à partir de la base de données nationale mise à disposition par la Fnors, en suivant un plan d'analyse établi au plan national. Compte tenu des faibles effectifs de dossiers à l'échelle régionale, les délais ont été décrits par leur valeur médiane et leur intervalle interquartile⁴, plutôt que par leur moyenne et écart-type.
- ▶ Certains résultats régionaux sont mis en regard des moyennes observées parmi l'ensemble des régions participantes. Un coefficient de pondération propre à chaque région, établi par la Fnors, a été appliqué pour le calcul de ces moyennes. Ce coefficient permet de redresser les données afin que celles-ci soient représentatives de l'ensemble des régions concernées sur un trimestre.
- ▶ Le zonage en aires urbaines (ZAU 2010) de l'Insee a été utilisé pour la description du type de zone de résidence des patients. La zone était qualifiée d'urbaine lorsque le code postal de domicile correspondait à l'espace "grande aire urbaine" (grand pôle urbain, couronne d'un grand pôle, ou commune multipolarisée de grande aire urbaine). Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney a été utilisé pour les comparaisons des distributions des délais selon la zone de résidence (seuil de significativité fixé à 0,05).

⁴ La médiane d'une série statistique est le nombre qui sépare la série (ordonnée en valeurs croissantes) en deux groupes de même effectif. L'intervalle interquartile est l'étendue de cette série, privée de ses deux quarts extrêmes. Cet intervalle contient donc la "moitié centrale" de la série statistique.

I - FICHE PATIENT

N° de patient : |_|_|_|_|

Région :

Établissement de santé de 1^{ère} prise en charge thérapeutique :

.....

Prise en charge extra régionale :

- Oui
- Non
- Information non disponible

Code CIM 10 : C|_|_|.|_|

Parcours de soins et mesure des délais de prise en charge

(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 de RCP préopératoire

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Jour mois année

(5) Date de la 1^{ère} séance de chimiothérapie préopératoire :

Information non disponible

Pas de chimiothérapie préopératoire

|_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Jour mois année

- (6) Date de l'intervention chirurgicale : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Information non disponible Jour mois année
 chirurgie classique
 chirurgie endoscopique
 Pas d'intervention chirurgicale
- (7) Date de la RCP post-opératoire : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Information non disponible Jour mois année
 Pas RCP post-opératoire
- (8) Date de la 1^{ère} séance de chimiothérapie postopératoire : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
 Information non disponible Jour mois année
 Pas de chimiothérapie postopératoire

Facteurs associés

1. Facteurs sociodémographiques

Sexe

- Homme
- Femme
- Information non disponible

Age à la première RCP : |_|_|

- Information non disponible

Code postal de domicile du patient (à défaut, saisie du département) : |_|_|_|_|_|

- 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) :

- 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 :

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 ETABLISSEMENT

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

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

Hôtel de la Région • 1 rue de la Loire • 44966 Nantes Cedex 9

Tél. 02 51 86 05 60 • Fax 02 51 86 05 61

accueil@orspaysdelaloire.com • www.santepaysdelaloire.com

Réseau régional de cancérologie Onco Pays de la Loire

Plateau des Ecoles • 50 route de Saint-Sébastien • 44093 Nantes Cedex 1

Tél. 02 40 84 75 95 • Fax 02 40 84 75 96

contact@onco-paysdelaloire.asso.fr • www.oncopl.com

