

## Prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein de petite taille non métastaté : état des pratiques en France en 2005

### *Modalities of early-stage breast cancer management: review of practices in France in 2005*

Chatellier C<sup>1</sup>, Vallier N<sup>2</sup>, Ricordeau Ph<sup>3</sup>, Colonna F<sup>4</sup>, Allemand H<sup>5</sup>

#### Résumé

**Objectif :** Réaliser un état des lieux des pratiques de prise en charge des cancers du sein de petite taille en France en 2005, à partir d'un échantillon national.

**Méthodes :** La population étudiée était constituée des patientes ayant un cancer du sein primitif T1 (ou pT1). Les données ont été recueillies auprès des systèmes d'information de l'Assurance maladie, dans les dossiers médicaux, et au cours d'un entretien avec les patientes.

**Résultats :** L'âge moyen des patientes était de 60,6 ans. Dans 43,8 % des cas, le cancer a été découvert à la suite d'une mammographie réalisée dans le cadre d'un dépistage individuel. Une réunion de concertation pluridisciplinaire ou une procédure standard a fixé les indications thérapeutiques dans 80,7 % des cas. Dans 57,0 % des cas, l'intervention chirurgicale (conservatrice dans 91,6 % des cas) a eu lieu dans un délai égal ou inférieur à trois semaines après la consultation spécialisée. Le nombre moyen de ganglions prélevés était de  $8,9 \pm 0,2$ . En cas d'association à une radiothérapie, la chimiothérapie complémentaire a été administrée dans un délai égal ou inférieur à quatre semaines dans 22,8 % des cas. Une radiothérapie (sans chimiothérapie) a été réalisée dans 53,4 % des cas dans un délai égal ou inférieur à huit semaines. L'allongement de ces délais était le plus souvent motivé par l'indisponibilité du plateau technique. Le score global moyen de qualité de vie selon le QLQ-C30 était de 60,70 ; le score émotionnel moyen de 65,24.

**Conclusion :** Les modalités de prise en charge des patientes ayant un cancer du sein de petite taille devraient être améliorées pour correspondre aux recommandations actuelles, en particulier pour ce qui concerne les délais de prise en charge.

**Prat Organ Soins 2007;38(4):249-258**

**Mots-clés :** cancer du sein ; T1 ; mammographie ; équipe soignante interdisciplinaire ; gestion temps ; chirurgie ; traitement combiné ; psychothérapie.

#### Summary

**Aim:** Review the practices for treating small breast cancers in France in 2005, using a national sample.

**Methods:** The population studied was composed of women with primitive T1 breast cancer (or pT1). Data was gathered from the IT systems of *Assurance maladie* (French Health Insurance Scheme), from medical records and during interviews with the female patients.

**Results:** The average age of the patients was 60.6 years old. In 43.8 % of cases, the cancer was detected by a mammogram carried out as part of individual screening. A multidisciplinary discussion meeting or standard procedure laid down the therapeutic indications in 80.7 % of cases. In 57 % of cases, surgery (breast-conserving in 91.6 % of cases) was carried out a maximum of three weeks after the specialist appointment. The average number of ganglions sampled was  $8.9 \pm 0.2$ . When combined with radiotherapy, complementary chemotherapy was administered within four weeks in 22.8 % of cases. Radiotherapy (without chemotherapy) was administered in 53.4 % of cases within eight weeks. The most common reason for these waiting times being exceeded was the unavailability of specialised medical facilities. The average overall score of quality of life according to the QLQ-C30 was 60.70, and the average emotional score was 65.24.

**Conclusion:** The methods for treating patients with small breast cancer should be improved to comply with current recommendations, particularly in regard to waiting times.

**Prat Organ Soins 2007;38(4):249-258**

**Keywords:** breast neoplasms; early stage; mammography; interdisciplinary health team; time management; surgery; combined modality therapy; psychotherapy.

<sup>1</sup> Médecin-conseil, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.

<sup>2</sup> Statisticienne, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.

<sup>3</sup> Médecin-conseil chef de service, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.

<sup>4</sup> Médecin-conseil, Echelon local du service médical (CNAMTS), Bobigny (France).

<sup>5</sup> Médecin-conseil national, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Paris.

## INTRODUCTION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Il représentait en 1995, en France, près de 34 000 nouveaux cas par an et a été responsable, pour cette même année, de 19 % des décès féminins par cancer, parmi lesquels 40 % étaient survenus avant 65 ans [1]. Le nombre de cas diagnostiqués augmente régulièrement. En 2000, le nombre de nouveaux cas était estimé à 42 000, avec 20 % des décès féminins par cancer, parmi lesquels 37 % étaient survenus avant 65 ans [2].

Plusieurs études réalisées par l'Assurance maladie ont montré que la qualité de la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein n'était pas optimale [3-7].

Cette non qualité est coûteuse au plan humain, mais également au plan économique. Le cancer du sein représentait 3,1 % des pensions d'invalidité nouvellement attribuées en 1998 (1 590 femmes d'âge moyen 50 ans [8]). La qualité de vie des patientes est depuis une dizaine d'années un enjeu prioritaire, comme en témoigne l'augmentation des publications sur ce sujet [9, 10].

Les recommandations professionnelles sur le cancer du sein sont nombreuses, tant en France [11-14] qu'à l'étranger [15, 16]. Enfin, la circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés a précisé les modalités souhaitables d'organisation des soins en cancérologie [17].

L'Assurance maladie et l'Institut national du cancer (INCa) ont initié début 2005 un programme national d'interventions, qui s'inscrit dans le cadre plus général du Plan cancer, lancé le 14 juillet 2002 et présenté le 24 mars 2003 par le Président de la République.

La finalité de ce programme était de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patientes selon les quatre axes suivants :

- la généralisation d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) impliquant davantage le médecin traitant ;
- le repérage des situations à risque au plan psychologique ;
- la diminution des prescriptions inutiles de marqueurs tumoraux ;
- la réduction des délais de prise en charge des patientes.

Ce programme prévoyait des interventions, précédées par une enquête nationale d'observation, transversale et descriptive des pratiques.

Cette enquête avait pour objectif de fournir, au plan national, des informations sur la prise en charge des patientes. Elle a été réalisée sur le terrain entre avril et septembre 2005 et ses résultats font l'objet de cet article.

## MÉTHODES

### 1. Population d'étude

La population source était constituée de toutes les patientes du Régime général (RG)<sup>1</sup>, de la Mutualité sociale agricole (MSA) et du Régime social indépendant (RSI) ayant bénéficié d'une première exonération du ticket modérateur (ETM) pour cancer du sein entre le 8 mars et le 7 mai 2004.

Au sein de cette population source, la population d'étude était constituée des patientes répondant aux critères d'inclusion suivants :

- cancer du sein unilatéral et invasif (les cancers *in situ* étaient exclus) ;
- absence d'antécédent personnel de cancer du sein ;
- localisation primitive au sein ;
- date de début de la maladie (définie comme la date du premier diagnostic histologique) postérieure au 1<sup>er</sup> décembre 2003 ;
- cancer de petite taille ( $\leq 2$  centimètres, taille histologique ou clinique par défaut, pT1 ou T1), qu'il y ait ou pas d'envahissement ganglionnaire, et non métastasé (pM0 ou M0) ou insuffisance de renseignements pour classer les métastases à distance (pMX ou MX) selon la classification des tumeurs malignes de l'Union internationale contre le cancer<sup>2</sup>.

### 2. Procédure au moment de l'attribution de l'exonération du ticket modérateur

Le cancer du sein fait partie des trente affections de longue durée (ALD<sub>30</sub>) pour lesquelles le patient peut bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins en rapport avec cette affection. La demande d'admission en ALD<sub>30</sub> est formulée par le patient ou son médecin traitant et accordée ou non après avis du médecin conseil de l'Assurance maladie.

Cet avis est obligatoire, et se fonde sur les éléments médicaux transmis par le médecin traitant, l'examen éventuel du patient et l'adéquation de ces éléments avec les critères d'admission en ALD<sub>30</sub> fixés par la Haute Autorité de santé<sup>3</sup>.

Ces éléments médicaux ne figurant pas de façon systématique dans les systèmes informationnels de l'Assu-

<sup>1</sup> Le Régime général inclut les sections locales mutualistes (Mutuelle générale de l'éducation nationale, Mutuelle de la fonction publique, Mutuelle générale des postes et télécommunications, mutuelles étudiantes, etc.).

<sup>2</sup> Union Internationale Contre le Cancer (UICC). TNM Classification des tumeurs malignes, 5<sup>e</sup> édition.

<sup>3</sup> Les guides de l'assurance maladie. Affections de longue durée exonérantes. Recommandations du Haut comité médical de la sécurité sociale. Ucanss. 2002 (également disponible sur [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)).

rance maladie, il a fallu mettre en place une procédure spécifique pour permettre la sélection *a posteriori* de la population d'étude. Entre le 1<sup>er</sup> février et le 31 mai 2004, pour toutes demandes d'attribution d'une exonération du ticket modérateur pour cancer du sein chez une femme, quel que soit le stade, il était demandé de noter dans la rubrique « observation médicale » du dossier informatisé de chaque patiente, les informations complémentaires correspondant aux critères d'inclusion.

### 3. Échantillonnage

La taille souhaitée pour la population d'étude était de 3 000 questionnaires, ce qui permettait d'avoir, pour un intervalle de confiance à 95 %, une précision de  $\pm 2$  points avec un indicateur ayant comme valeur 50 %. Des enquêtes régionales [3-6] ont montré que, parmi des patientes ayant un cancer du sein, 47 % avaient un cancer de petite taille (T1). Concernant les autres critères d'inclusion, nous ne disposions d'aucune information équivalente. La proportion de patientes ne répondant pas aux autres critères d'inclusion a été estimée à 20 % parmi celles ayant un cancer de petite taille. Le test du questionnaire a montré que 20 % des patientes ne s'étaient pas présentées à la convocation du service du contrôle médical. Compte tenu de ces éléments, le nombre de patientes de la population source devrait être de 9 500. Des tests de volumétrie ont permis de définir la durée de la période sur laquelle devait porter la requête d'extraction de la population source afin d'obtenir cet effectif de 9 500 patientes.

La période retenue était comprise entre le 8 mars et le 7 mai 2004. La population d'étude était sélectionnée au sein de la population source, dans un second temps, au regard des critères d'inclusion notés dans la rubrique « observation médicale » du dossier informatisé de chaque patiente. Des requêtes sur les systèmes informatiques de l'Assurance maladie ont permis de sélectionner cette population.

### 4. Recueil des données

Les données recueillies par les médecins-conseils de l'Assurance maladie provenaient des systèmes informatiques de l'Assurance maladie, de l'entretien avec la patiente réalisé par le médecin-conseil au service du contrôle médical, des dossiers médicaux consultés dans les établissements de soins, et des informations obtenues auprès des médecins assurant la prise en charge des patientes.

Pour chacune des patientes de la population source, les

données suivantes ont été recueillies : âge, cancer bilatéral d'emblée, antécédent personnel de cancer du sein, métastase d'un autre cancer, date du diagnostic histologique, et stades TNM et pTNM. Ces données permettaient la description de la population source et l'inclusion des patientes dans la population d'étude.

Pour chacune des patientes de la population d'étude, les données supplémentaires suivantes ont été recueillies : circonstances de découverte de la maladie, délais de confirmation du diagnostic, passage en RCP, existence d'un compte-rendu écrit, spécialité des participants à la RCP, date de la première consultation spécialisée, traitements réalisés (chirurgie et traitements associés), délais entre les différents traitements (en cas de délais supérieurs à ceux recommandés, les motifs étaient précisés), fréquence des dosages de marqueurs tumoraux (résultats extraits du système informatique de l'Assurance maladie), besoin de soutien psychologique depuis le diagnostic de la maladie et au jour de l'examen. Les patientes qui l'acceptaient renseignaient ensuite le questionnaire auto-administré QLQ-C30 de l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer (OERTC), concernant la qualité de vie [18]. Ce questionnaire comporte neuf échelles multi-items : cinq échelles fonctionnelles (physique, activité, cognitive, émotionnelle et sociale), trois échelles symptomatiques (fatigue, nausée et vomissement, douleur), une échelle de l'état de santé et de la qualité de vie globale et six items isolés mesurant des symptômes.

Pour notre étude, seuls les scores de l'échelle émotionnelle (items suivants : au cours de la semaine passée, vous êtes-vous sentie tendue ?, vous êtes-vous fait du souci ?, vous êtes-vous sentie irritable ?, vous êtes-vous sentie déprimée ?) et de l'échelle de la qualité de vie globale (items suivants : comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ?, comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ?) ont été analysés. Les scores peuvent varier de 0 à 100. Plus les scores sont élevés, meilleurs sont l'état émotionnel et la qualité de vie.

### 5. Traitement et analyse des données

Le traitement des données a été autorisé par la Cnil (récépissé de déclaration du 4 mars 2005). L'exploitation des données a été réalisée avec le logiciel SPSS®. Les résultats sont présentés avec des intervalles de confiance calculés au risque alpha de 5 %. Pour les effectifs faibles, la loi de Poisson a été utilisée. Les comparaisons de pourcentages ont été réalisées avec le test du  $\chi^2$  et les comparaisons de moyennes avec le test de Student.

## 6. Référentiels

### a) Concertation pluridisciplinaire

Un des objectifs prioritaires du plan Cancer, lancé le 14 juillet 2002 était de mettre en place une organisation appuyée sur la pluridisciplinarité. L'objectif était de faire bénéficier 100 % des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier. La circulaire de la DHOS du 22 février 2005 [17] précise que « *les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) sont aujourd'hui considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de grande valeur pédagogique entre les professionnels, permettant également d'effectuer une analyse du bénéfice / risque et de la qualité de vie pour le patient* ».

### b) Délais de prise en charge

Dans son rapport « *Chirurgie des lésions mammaires : prise en charge de première intention* » d'octobre 2002 [14], l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé préconise le respect de certains délais dans la prise en charge des femmes ayant une lésion mammaire :

- le délai maximum conseillé entre le diagnostic radiologique et le début du traitement ne devrait pas excéder quatre semaines ;
- le délai entre la demande de rendez-vous chez le chirurgien et l'opération ne devrait pas excéder trois semaines ;
- La chimiothérapie, si elle est associée à la radiothérapie, doit être initiée avant le trentième jour postopératoire ;
- La radiothérapie en l'absence de chimiothérapie adjuvante doit être débutée dans les huit semaines suivant l'intervention.

## RÉSULTATS

### 1. Caractéristiques de la population source et de la population d'étude

La population source était constituée de 9 477 patientes affiliées aux trois principaux régimes d'assurance maladie (RG, MSA et RSI) ayant bénéficié d'une première ETM au titre d'une ALD<sub>30</sub> pour cancer du sein entre le 8 mars et le 7 mai 2004. Ces patientes avaient un âge moyen de  $61,7 \pm 0,3$  ans ;  $19,0 \% \pm 0,8$  d'entre elles avaient moins de 50 ans,  $62,7 \% \pm 1,0$  entre 50 et 74 ans, et  $18,3 \% \pm 0,8$  avaient 75 ans et plus. En ce qui concerne la taille de la tumeur, le stade histologique (pT) était connu pour 7 718 d'entre elles ( $81,4 \% \pm 0,8$ ) et le stade clinique seul (T) pour 1 211 ( $12,8 \% \pm 0,7$ ) d'entre elles. Pour 548 patientes ( $5,8 \% \pm 0,5$ ) ni le stade histologique ni le stade clinique n'étaient connus. La classification des tumeurs (taille, atteinte ganglionnaire et métastases à distance) est décrite dans le tableau I.

Parmi ces 9 477 patientes de la population source,  $2,1 \% \pm 0,3$  présentaient un cancer bilatéral d'emblée,  $5,5 \% \pm 0,5$  un antécédent personnel de cancer du sein, pour  $0,3 \% \pm 0,1$  d'entre elles le cancer du sein représentait la métastase mammaire d'un autre cancer. Pour  $11,7 \% \pm 0,6$  des patientes l'attribution de l'ETM correspondait à une régularisation administrative pour un cancer plus ancien, et pour cette raison, ces patientes n'ont pas été incluses dans l'enquête.

Pour 4 042 patientes, les critères d'inclusion définis étaient réunis. Vingt-sept d'entre elles étaient décédées et, parmi elles, 11 avaient 80 ans et plus. Pour trois patientes, le décès était en rapport avec le cancer du sein. Parmi les 4 015 patientes convoquées par le médecin-conseil, 720 ( $17,9 \% \pm 1,2$ ) ne se sont pas présentées. Le motif invoqué était dans  $82,2 \% \pm 2,8$  des cas sans rapport avec le cancer du sein.

Tableau I

Classification pT ou T des tumeurs des patientes de la population source et proportion d'atteinte ganglionnaire et métastatique

	Taille de la tumeur		Atteinte ganglionnaire % (IC <sup>a</sup> )	Métastases à distance % (IC <sup>a</sup> )
	Effectif	%		
Tis	766	8,6	1,0 ( $\pm 0,7$ )	0,143 [0,004 ; 0,799]
T1	4 480	50,2	18,2 ( $\pm 1,1$ )	1,0 ( $\pm 0,3$ )
T2	2 512	28,1	41,1 ( $\pm 2,0$ )	3,0 ( $\pm 0,7$ )
T3	525	5,9	57,7 ( $\pm 4,3$ )	12,5 ( $\pm 2,9$ )
T4	478	5,3	64,8 ( $\pm 4,4$ )	25,6 ( $\pm 4,0$ )
TX	168	1,9	7,9 ( $\pm 4,1$ )	22,4 ( $\pm 6,4$ )
Total	8 929 <sup>b</sup>	100,0	27,8 ( $\pm 0,9$ )	3,9 ( $\pm 0,4$ )

<sup>a</sup> IC : intervalle de confiance au risque alpha de 5 %, estimé par la loi de Poisson dans un cas d'effectif trop faible.

<sup>b</sup> Pour 548 patientes de la population sélectionnée, la taille de la tumeur était inconnue.

La population d'étude était constituée de 3 295 patientes ayant un âge moyen de  $60,6 \pm 0,4$  ans ;  $17,8 \% \pm 1,3$  d'entre elles avaient moins de 50 ans,  $70,3 \% \pm 1,6$  entre 50 et 74 ans, et  $11,9 \% \pm 1,1$  avaient 75 ans et plus. Au moment du diagnostic de cancer du sein,  $72,1 \% \pm 1,5$  d'entre elles étaient ménopausées.

## 2. Circonstances de découverte de la maladie

Dans  $43,8 \% \pm 1,7$  des cas (tableau II), le cancer du sein a été découvert à la suite d'une mammographie réalisée dans le cadre d'un dépistage individuel, sans point d'appel clinique ( $47,2 \% \pm 2,0$  pour les 50-74 ans) contre  $20,7 \% \pm 1,4$  des cas dans le cadre d'un dépistage organisé ( $25,5 \% \pm 1,8$  pour les 50-74 ans). Dans  $28,2 \% \pm 1,5$  des cas, la patiente a été à l'origine de la découverte ( $51,0 \% \pm 4,1$  pour les moins de 50 ans).

Le délai moyen entre la mammographie suspecte et la première consultation spécialisée (chirurgien, oncologue, etc.) était de  $25,2 \pm 1,3$  jours. Ce délai était inférieur lorsque la patiente était à l'origine de la découverte du cancer ( $20,3 \pm 1,9$  jours *versus*  $27,1 \pm 1,6$  jours dans les autres cas,  $p < 0,0001$ ). Ce délai était inférieur ou égal à

quatre semaines dans  $75,8 \% \pm 1,5$  des cas. Il était compris entre quatre semaines et deux mois dans  $16,3 \% \pm 1,3$  des cas et dépassait deux mois dans  $7,9 \% \pm 0,9$  des cas. Lorsque ce délai était compris entre quatre semaines et deux mois, près de la moitié des patientes invoquaient le manque de temps du spécialiste (tableau III). Lorsqu'il était supérieur ou égal à deux mois, ce même motif était invoqué dans  $28,8 \% \pm 5,9$  des cas et la demande de clichés complémentaires dans  $19,0 \% \pm 5,1$  des cas.

## 3. Structures de prise en charge des soins

L'intervention chirurgicale a eu lieu dans plus de la moitié des cas en clinique privée ( $53,7 \% \pm 1,7$  dont  $68,5 \% \pm 2,2$  faisaient partie d'un réseau de cancérologie), dans un centre de lutte contre le cancer (CLCC) dans  $17,8 \% \pm 1,3$  des cas (dont  $86,5 \% \pm 2,8$  faisaient partie d'un réseau), dans un centre hospitalier général dans  $16,1 \% \pm 1,3$  des cas (dont  $77,4 \% \pm 3,6$  faisaient partie d'un réseau), dans un centre hospitalo-universitaire dans  $8,4 \% \pm 0,9$  des cas (dont  $65,5 \% \pm 5,6$  faisaient partie d'un réseau) et dans une autre structure dans  $4,0 \% \pm 0,7$  des cas.

Tableau II  
Circonstances ayant conduit à la mammographie selon les classes d'âge des patientes

	Classes d'âge			Ensemble <sup>a</sup> (n = 3 276 <sup>b</sup> ) %
	Moins de 50 ans (n = 578) %	50 - 74 ans (n = 2 305) %	75 ans et plus (n = 393) %	
Découverte par la patiente	51,0	21,7	32,6	28,2
Découverte par un médecin	11,4	5,6	10,9	7,3
Examen de dépistage individuel	37,6	47,2	33,3	43,8
Examen de dépistage organisé	0	25,5	23,2	20,7

<sup>a</sup> Test du  $\chi^2$  ( $p < 0,0001$ ).

<sup>b</sup> 19 patientes n'ont pas eu de mammographie.

Tableau III  
Motifs déclarés<sup>a</sup> lorsque le délai entre la mammographie et la première consultation spécialisée était supérieur à quatre semaines

	Délai > quatre semaines et < 2 mois (n = 413) %	Délai $\geq$ 2 mois (n = 226) %	Ensemble <sup>b</sup> (n = 639) %
Angoisse de la maladie	8,7	7,5	8,3
Manque de temps de la patiente	9,7	9,3	9,5
Manque de temps du spécialiste	48,7	28,8	41,6
Demande de clichés complémentaires	9,7	19,0	13,0
Autres motifs	37,5	51,3	42,4

<sup>a</sup> Les motifs peuvent être comptabilisés plusieurs fois, en cas de réponses multiples. Motifs inconnus pour 131 patientes.

<sup>b</sup> Test du  $\chi^2$  ( $p < 0,0001$ ).

#### 4. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

Le dossier de la patiente a été examiné en RCP dans 62,8 %  $\pm$  1,7 des cas ; dans ce cadre, un compte-rendu écrit existait dans 88,7 %  $\pm$  1,5 des cas. Dans 17,9 %  $\pm$  1,4 des cas, le dossier de la patiente correspondait à une procédure standard de prise en charge, ne nécessitant pas un passage en RCP.

Dans 19,3 %  $\pm$  1,4 des cas, le dossier de la patiente n'a pas été examiné en RCP ou ne correspondait pas à une procédure standard (25,4 %  $\pm$  2,1 de dossiers sans RCP en clinique privée contre 6,2 %  $\pm$  2,0 en CLCC ;  $p < 0,0001$ ).

Lorsqu'une RCP était réalisée, 86,9 %  $\pm$  1,7 des dossiers avaient été examinés par au moins trois des six spécialistes suivants : radiologue, chirurgien, anatomopathologiste, oncologue médical, radiothérapeute, spécialiste d'organe. L'association chirurgien, oncologue et radiothérapeute était la plus représentée (64,2 %  $\pm$  2,5 des cas). Dans 10,1 %  $\pm$  1,5 des cas, un généraliste ou un gynécologue participait à la RCP en plus des trois spécialistes.

#### 5. Traitement chirurgical

Une patiente sur deux avait bénéficié d'une biopsie percutanée avant l'intervention chirurgicale dont 86,6 %  $\pm$  1,7 d'une microbiopsie. Cinq patientes n'ont pas bénéficié de l'exérèse chirurgicale de leur tumeur. Ces patientes avaient entre 79 ans et 91 ans, et ont été traitées par hormonothérapie exclusive.

Le délai moyen entre la première consultation spécialisée et l'intervention était de 26,6  $\pm$  1,0 jours. Ce délai était inférieur ou égal à trois semaines dans 57,0 %  $\pm$  1,7 des cas. Il était compris entre trois semaines et deux mois dans 35,4 %  $\pm$  1,6 des cas et dépassait deux mois dans 7,6 %  $\pm$  0,9 des cas. Lorsque ce délai était compris entre trois semaines et deux mois, les deux principaux motifs invoqués étaient l'insuffisance de l'offre des soins ou la décision du chirurgien (55,1 %  $\pm$  3,1 des cas) et la réalisation d'une biopsie percutanée préopératoire (28,9 %  $\pm$  2,8 des cas). Lorsque le délai était supérieur ou égal à deux mois, ces deux motifs étaient invoqués respectivement dans 47,0 %  $\pm$  6,4 et 43,2 %  $\pm$  6,3 des cas (tableau IV).

Une chirurgie conservatrice a été pratiquée dans 91,6 %  $\pm$  0,9 des cas et une chirurgie radicale dans 8,4 %  $\pm$  0,9 des cas. Les patientes de moins 50 ans et celles de 80 ans et plus étaient plus nombreuses parmi celles ayant subi une chirurgie radicale (respectivement 10,9 %  $\pm$  2,5 et 17,4 %  $\pm$  6,8). La proportion d'atteinte ganglionnaire était également plus élevée (29,7 %  $\pm$  5,5 *versus* 18,2 %  $\pm$  1,4 pour la chirurgie conservatrice,  $p < 0,0001$ ). La tumeur était localisée à un seul quadrant dans 78,2 %  $\pm$  1,4 des cas dont 54,0 %  $\pm$  1,9 dans le quadrant supéro-ex-

terne. Il s'agissait, pour 79,7 %  $\pm$  1,4 des tumeurs, d'un cancer canalaire infiltrant isolé. 14,5 %  $\pm$  1,2 des tumeurs avaient un grade III de la classification de Scarff Bloom Richardson (SBR). La présence d'embolies péri-tumorales et l'envahissement des marges étaient notés respectivement dans 15,3 %  $\pm$  1,4 et 12,9 %  $\pm$  1,2 des dossiers. La technique du ganglion sentinelle a été utilisée dans 45,6 %  $\pm$  1,7 des cas avec un résultat positif dans 12,4 % des cas et un résultat négatif dans 33,2 % des cas. Cette technique était plus souvent utilisée en centre de lutte contre le cancer (66,4 %  $\pm$  3,9) puis en centre hospitalo-universitaire (52,2 %  $\pm$  6,0) et dans une moindre mesure en clinique privée (40,8 %  $\pm$  2,3). Pour les 3 086 patientes ayant eu un prélèvement de ganglions, le nombre moyen de ganglions prélevés était de 8,9  $\pm$  0,2. La proportion de patientes ayant un nombre de ganglions prélevés supérieur ou égal à 10 était de 59,8 %  $\pm$  1,7.

Le résultat du dosage des récepteurs oestrogéniques était connu pour 3 086 patientes. Dans 82,5 %  $\pm$  1,3 des cas, il s'agissait de récepteurs positifs.

#### 6. Traitements associés à l'intervention

L'exérèse chirurgicale de la tumeur a été réalisée pour 3 290 patientes, sans traitement complémentaire pour 49 patientes (1,5 %  $\pm$  0,4). Pour les 3 241 autres, une radiothérapie a été effectuée dans 94,9 %  $\pm$  0,8 des cas, une chimiothérapie dans 31,5 %  $\pm$  1,6 et une hormonothérapie dans 79,0 %  $\pm$  1,4 des cas. Les principales associations sont présentées dans le tableau V. Il s'agissait dans la moitié des cas de radiothérapie et hormonothérapie. L'association radiothérapie, hormonothérapie et chimiothérapie concernait une patiente sur cinq.

Parmi les 979 patientes ayant reçu une chimiothérapie complémentaire associée à une radiothérapie, 967 avaient des dates de traitements connues. Le délai moyen entre l'intervention et la première cure de chimiothérapie était de 43,5  $\pm$  1,8 jours. Ce délai était inférieur à quatre semaines dans 22,8 %  $\pm$  2,6 des cas. Il était compris entre quatre semaines et deux mois dans 62,2 %  $\pm$  3,1 des cas et dépassait deux mois dans 15,0 %  $\pm$  2,3 des cas. Les motifs de l'allongement de ce délai étaient connus pour 566 patientes (tableau VI). Entre quatre semaines et deux mois, il s'agissait le plus souvent de l'indisponibilité du plateau technique (44,4 %  $\pm$  4,7 des cas) ou de la reprise chirurgicale (24,3 %  $\pm$  4,0 des cas). Lorsque le délai était supérieur ou égal à deux mois, la reprise chirurgicale était le motif principal d'allongement du délai (53,5 %  $\pm$  8,6 des cas) alors que l'indisponibilité du plateau technique représentait 24,0 %  $\pm$  7,4 des cas.

Parmi les 2 098 patientes ayant reçu une radiothérapie complémentaire sans chimiothérapie, 2 071 avaient des dates de traitements connues. Le délai moyen entre l'in-

Tableau IV  
Motifs déclarés <sup>a</sup> lorsque le délai entre la première consultation spécialisée et l'intervention chirurgicale était supérieur à trois semaines

	Délai supérieur à trois semaines et inférieur à 2 mois (n = 982) %	Délai supérieur ou égal à 2 mois (n = 236) %	Ensemble <sup>b</sup> (n = 1 218) %
Indisponibilité ou exigence de la patiente	18,6	21,6	19,2
Décision du chirurgien ou insuffisance de l'offre de soins	55,1	47,0	53,5
Biopsie percutanée préopératoire	28,9	43,2	31,9
Autres motifs	11,5	25,4	14,2

<sup>a</sup> Les motifs peuvent être comptabilisés plusieurs fois, en cas de réponses multiples. Motifs inconnus pour 171 patientes.

<sup>b</sup> Test du khi<sup>2</sup> (p < 0,0001).

Tableau V  
Traitements associés à l'exérèse chirurgicale de la tumeur  
(n = 3 241 patientes opérées et ayant bénéficié d'un traitement complémentaire)

	Effectif	%
Radiothérapie et hormonothérapie	1646	50,8
Radiothérapie et hormonothérapie et chimiothérapie	643	19,8
Radiothérapie exclusive	369	11,4
Radiothérapie et chimiothérapie	279	8,6
Hormonothérapie exclusive	115	3,5
Autres traitements associés	189	5,9
<i>Total</i>	<i>3 241</i>	<i>100,0</i>

Tableau VI.  
Motifs déclarés <sup>a</sup> lorsque le délai entre l'intervention et la première cure de chimiothérapie (associée à une radiothérapie) était supérieur à quatre semaines

	Délai supérieur à quatre semaines et inférieur à 2 mois (n = 437) %	Délai supérieur ou égal à 2 mois (n = 129) %	Ensemble <sup>b</sup> (n = 566) %
Indisponibilité du plateau technique	44,4	24,0	39,8
Reprise chirurgicale	24,3	53,5	30,9
Motifs liés à la patiente	16,9	17,1	17,0
Autres motifs	20,8	20,2	20,7

<sup>a</sup> Les motifs peuvent être comptabilisés plusieurs fois, en cas de réponses multiples. Motifs inconnus pour 180 patientes.

<sup>b</sup> Test du khi<sup>2</sup> (p < 0,0001).

intervention et la première séance de radiothérapie était de  $64,7 \pm 2,1$  jours. Ce délai était inférieur à huit semaines dans  $53,4 \% \pm 2,1$  des cas. Il était compris entre huit semaines et trois mois dans  $34,5 \% \pm 2,0$  des cas et dépassait trois mois dans  $12,1 \% \pm 1,4$  cas. Les motifs de l'allongement de ce délai étaient connus pour 751 patientes (tableau VII). Le motif le plus souvent invoqué

était l'indisponibilité du plateau technique ( $53,6 \% \pm 4,2$  entre huit semaines et trois mois,  $46,5 \% \pm 6,6$  au-delà de trois mois). La reprise chirurgicale était en cause dans  $25,8 \% \pm 3,7$  des cas quand le délai était compris entre huit semaines et trois mois et dans  $42,4 \% \pm 6,6$  des cas quand ce délai était supérieur ou égal à trois mois.

## 7. Dosages de marqueurs tumoraux

Entre le 1<sup>er</sup> décembre 2003 et le 1<sup>er</sup> avril 2005, 45,0 %  $\pm$  1,7 des patientes ont eu deux remboursements de dosages de marqueurs tumoraux ou plus. Pour 79,4 %  $\pm$  2,1 de ces patientes, il s'agissait de dosages d'ACE et de CA 15-3. Dans 20,2 %  $\pm$  2,0 des cas, il s'agissait de dosages de CA 15-3 seul ; le nombre moyen sur la période était de 3,1  $\pm$  0,4. Dans 0,4 %  $\pm$  0,3 des cas, il s'agissait de dosages d'ACE seul ; le nombre moyen sur la période était de 3,5  $\pm$  1,7.

## 8. Qualité de vie

Deux tiers des patientes (67,0 %  $\pm$  1,6) ont exprimé le besoin d'être soutenues depuis le diagnostic de leur maladie : 34,8 %  $\pm$  1,6 au moment du diagnostic et au moment de l'enquête, 29,2 %  $\pm$  1,6 uniquement au moment du diagnostic et 3,0 %  $\pm$  0,6 uniquement au moment de l'enquête. Les patientes ont reçu ce soutien de leur famille et entourage (80,6 %  $\pm$  1,7), d'un médecin (39,8 %  $\pm$  2,1), d'un psychiatre ou d'un psychologue (20,0 %  $\pm$  1,7) ou d'associations de malades (3,0 %  $\pm$  1,7). En revanche, 5,6 %  $\pm$  1,0 n'ont reçu aucun soutien.

La presque totalité des patientes a répondu au questionnaire « qualité de vie » QLQ-C30 (99,0 %  $\pm$  0,3). Le score moyen d'état émotionnel était de 65,24  $\pm$  0,97 et le score global moyen de qualité de vie était de 60,70  $\pm$  0,73. Le score d'état émotionnel était plus élevé chez les personnes âgées (63,74  $\pm$  2,36 pour les moins de 50 ans, 64,78  $\pm$  1,16 pour les 50-74 ans et 70,20  $\pm$  2,63 pour les 75 ans et plus,  $p < 0,001$ ). Le score global de qualité de vie ne différait pas selon l'âge des patientes. Les scores étaient différents selon le besoin de soutien : les patientes ayant ressenti le besoin d'être soutenues avaient un score d'état émotionnel et un score global inférieurs (59,14  $\pm$  1,24 et 57,67  $\pm$  0,90 *versus* 76,13  $\pm$  1,37 et 66,09  $\pm$  1,18 pour celles n'ayant pas ressenti ce besoin,  $p < 0,0001$  pour les deux scores). Parmi les patientes ayant exprimé le besoin d'être soutenues,

ces deux scores étaient nettement plus faibles pour celles n'ayant reçu aucun soutien (respectivement 47,75  $\pm$  5,30 et 50,79  $\pm$  3,91 *versus* 59,80  $\pm$  1,27 et 58,09  $\pm$  0,93 pour les patientes ayant reçu un soutien,  $p < 0,0001$  pour les deux scores). Par rapport au type d'intervention réalisée, seul le score moyen d'état émotionnel était significativement différent ( $p < 0,05$ ) entre une chirurgie conservatrice (65,56  $\pm$  1,02) et une chirurgie radicale (61,65  $\pm$  3,39). Le score d'état émotionnel pour les patientes ayant des atteintes ganglionnaires était de 61,41  $\pm$  2,44 contre 65,97  $\pm$  1,08 pour celles sans atteinte ganglionnaire,  $p < 0,0001$  ; une différence significative existait également pour le score global de qualité de vie (59,01  $\pm$  1,69 lorsqu'il y avait atteinte ganglionnaire *versus* 61,03  $\pm$  0,82 sans atteinte ganglionnaire,  $p < 0,05$ ). Enfin, le score moyen d'état émotionnel était plus élevé pour les patientes n'ayant pas été traitées par chimiothérapie (66,03  $\pm$  1,15 *versus* 63,40  $\pm$  1,82,  $p < 0,05$ ).

## DISCUSSION

### 1. Caractéristiques des patientes et traitements mis en œuvre

Dans les différentes études régionales de l'Assurance maladie [3-7], les caractéristiques des patientes sont voisines : âge moyen de 58 à 62 ans contre 61 ans dans notre étude ; proportion de T1 de 47,6 % à 55,1 % contre 50,2 % dans notre étude. Les traitements mis en œuvre sont différents qu'il s'agisse de la proportion de patientes opérées (99,8 % *versus* 92,3 % pour l'étude Aquitaine et 97,3 % pour l'étude Bretagne), ou de celles ayant bénéficié d'une radiothérapie (94 % *versus* 79,6 % pour l'étude Aquitaine et 88,4 % pour l'étude Bretagne). Notre étude portait sur les patientes ayant un cancer du sein de petite taille non métastaté alors que les études régionales citées concernaient des cancers du sein de toutes tailles pour lesquels les protocoles thérapeutiques sont différents.

Tableau VII  
Motifs déclarés <sup>a</sup> lorsque le délai entre l'intervention et la première séance de radiothérapie (sans chimiothérapie préalable) était supérieur à huit semaines

	Délai supérieur à 8 semaines et inférieur à 3 mois (n = 534) %	Délai supérieur ou égal à 3 mois (n = 217) %	Ensemble <sup>b</sup> (n = 751) %
Indisponibilité du plateau technique	53,6	46,5	51,5
Reprise chirurgicale	25,8	42,4	30,6
Motifs liés à la patiente	14,6	20,3	16,2
Autres motifs	12,0	11,5	11,9

<sup>a</sup> Les motifs peuvent être comptabilisés plusieurs fois, en cas de réponses multiples. Motifs inconnus pour 215 patientes.

<sup>b</sup> Test du  $\chi^2$  ( $p < 0,0001$ ).

## 2. Concertation pluridisciplinaire

Notre étude a montré que 80,7 % des patientes avaient bénéficié d'une concertation pluridisciplinaire (soit que le dossier a été présenté en RCP, soit qu'il correspondait à une procédure standard). Lorsque le dossier était examiné en RCP, un compte-rendu écrit existait dans 88,7 % des cas ; ce chiffre était de 51,9 % dans l'enquête sur la chimiothérapie anticancéreuse réalisée en 2003 [19]. Par ailleurs, 87 % des RCP étaient réalisées avec au moins trois des six participants suivants : radiologue, chirurgien, anatomopathologiste, oncologue médical, radiothérapeute, spécialiste d'organe. En revanche, le généraliste participait encore rarement aux RCP (10,1% de RCP avec au moins trois des six participants cités ci-dessus et le généraliste ou le gynécologue).

## 3. Délais de prise en charge

Dans notre étude, le délai de quatre semaines entre le diagnostic radiologique et le début du traitement était respecté pour 75,8 % des patientes. Lorsque le délai n'était pas respecté, le motif déclaré par la patiente était le manque de temps du spécialiste.

Le délai de trois semaines entre la demande de rendez-vous chez le chirurgien et l'intervention était respecté pour plus de la moitié des patientes. Lorsque le délai n'était pas respecté, l'allongement du délai était lié à l'insuffisance de l'offre de soins ou à une décision du chirurgien. Il était également lié à un examen supplémentaire pratiqué en amont (biopsie percutanée préopératoire). Les recommandations récentes préconisent que soient réalisées ces biopsies, qui permettent une meilleure prise en charge.

Le délai de 30 jours entre l'intervention et la chimiothérapie (associée à la radiothérapie) était respecté dans 23 % des cas dans notre étude. Les motifs d'allongement des délais étaient l'indisponibilité du plateau technique et la reprise chirurgicale.

Le délai de huit semaines entre l'intervention et la radiothérapie seule était respecté pour près de la moitié des patientes. Des motifs d'allongement de délai semblables à ceux de la chimiothérapie ont été évoqués. On notera que seules 53,4 % des femmes ont bénéficié d'une radiothérapie dans les délais recommandés alors qu'il est avéré qu'un retard à l'initiation de la radiothérapie diminue le bénéfice attendu de ce traitement post opératoire [20, 21]. La situation est encore plus défavorable en ce qui concerne la chimiothérapie, puisque 22,8% d'entre elles en ont bénéficié dans les délais recommandés alors qu'il est aujourd'hui admis que pour prévenir les métastases à distance dans les tumeurs de petite taille, la chimiothérapie doit être administrée dans un délai d'un mois [22].

## 4. Repérage des situations à risque au plan psychologique

L'utilisation d'échelles de qualité de vie peut permettre une meilleure prise en charge des malades. Il est possible ainsi de sélectionner les patients qui ont besoin d'un soutien psychosocial [23]. Dans notre étude, deux tiers des patientes ont exprimé le besoin d'être soutenues. Les patientes ayant eu un soutien avaient des scores plus élevés à l'échelle globale de qualité de vie et à l'échelle d'état émotionnel que celles n'ayant eu aucun soutien. Les patientes sont d'autant plus fragiles émotionnellement qu'elles ont eu une chirurgie radicale, des atteintes ganglionnaires et un traitement par chimiothérapie.

## CONCLUSION

Les modalités de la prise en charge, en France, des patientes ayant un cancer du sein de petite taille devraient être améliorées pour correspondre aux recommandations actuelles. En effet, des progrès sont nécessaires en particulier pour ce qui concerne les délais de prise en charge au cours des différentes étapes allant du diagnostic aux multiples phases thérapeutiques inhérentes à cette pathologie.

### Remerciements

*La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés remercie l'Institut national du cancer (INCa), les représentants de la Mutualité sociale agricole et du Régime social indépendant ainsi que l'ensemble des médecins-conseils ayant participé à cette étude.*

## RÉFÉRENCES

1. Ménégos F, Cherie-Challine L, Ménard J. *Le Cancer en France : incidence et mortalité. Situation en 1995, évolution entre 1975 et 1995.* Paris : La Documentation Française ; 1998.
2. Trétarre B, Guizard AV, Fontaine D, les membres du réseau Francim et le CépiDc-Inserm. *Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité, France 2000.* BEH 2004;44:209-10.
3. Caisse Nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Direction du service médical de Marseille.

La prise en charge du cancer du sein en région PACA Corse : évaluation du traitement primaire. Paris : CNAMTS ; 1997.

4. Abadie C, Aminot I, Dupuy E, Degré A. Cancer du sein I. Situation épidémiologique en Aquitaine, en 1999. *Rev Med Ass Maladie* 2002;33:173-81.

5. Abadie C, Aminot I, Dupuy E, Degré A. Cancer du sein II. Evaluation des pratiques diagnostiques et thérapeutiques en Aquitaine, en 1999. *Rev Med Ass Maladie* 2002;33:267-76.

6. Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Bretagne. Le cancer du sein en Bretagne. Analyse des pratiques, 1999-2000. Rennes : URCAM de Bretagne ; 2002.

7. Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'Alsace. Prise en charge initiale à Strasbourg des carcinomes canalaire de petite taille du sein chez la femme en 2002. Strasbourg (France) : ARH ; 2004.

8. Caisse Nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Les causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées en 1998. Données du régime général de l'assurance maladie. Paris : CNAMTS, 2001.

9. Rodary C, Leplege A, Hill C. Évaluation de la qualité de vie dans la recherche clinique en cancérologie. *Bull Cancer* 1998;85:140-8.

10. Fallowfield L. Quality of life: a new perspective for cancer patients. *Nat Rev Cancer* 2002;2:873-9.

11. Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC). Cancers du sein infiltrants non métastatiques. Standards, Options et Recommandations (SOR) 2<sup>e</sup> éd. Paris : FNCLCC ; 2001.

12. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Marqueurs sériques dans les cancers du sein et les cancers colorectaux. Paris : ANAES; 1997.

13. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastaté. Paris : ANAES; 2000.

14. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Chirurgie des lésions mammaires : Prise en charge de première intention. Paris : ANAES; 2002.

15. British Association of Surgical Oncology (BASO). Guidelines for surgeons in the management of symptomatic breast disease in the united kindom. London: BASO; 1998. www.baso.org

16. National Institute for clinical excellence (NICE). Improving outcomes in breast cancer. London: NICE; 2002. www.nice.org.uk

17. Circulaire DHOS/SDO/2005/101 relative à l'organisation des soins en cancérologie. Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Sous-Direction de l'organisation du système de soins (22 février 2005). www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/circ101.pdf

18. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30 : A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:365-76.

19. Vernay M, Ruggieri-Pignon S, Rodde-Dunet MH, Cals L, Pépin S, Marty M. L'organisation et la qualité des soins en chimiothérapie anticancéreuse : l'enquête nationale CNAMTS 2003. *Oncologie* 2007;9:52-62.

20. Brooks RJ, Jones SE, Salmon SE, Chase EM, Davis SL, Moon TE et al. Improved outcome with early treatment in an adjuvant breast cancer program. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1983; 2:110.

21. Bonadonna G, Valagussa P, Tancini G, Rossi A, Brambilla C, Zambetti M et al. Current status of Milan adjuvant chemotherapy trials for node-positive and node-negative breast cancer. *NCI Monogr* 1986;1:45-9.

22. Pestalozzi BC, Luporsi-Gely E, Jost LM, Bergh J; ESMO Guidelines Task Force. ESMO Minimum Clinical Recommendations for diagnosis, adjuvant treatment and follow-up of primary breast cancer. *Ann Oncol*. 2005;16 Suppl 1:i7-9.

23. Mercier M, Schraub S, Bransfield D, Barthod L. Mesure de la qualité de la vie. Application au dépistage de la souffrance psychologique chez les patients cancéreux. *Bull cancer* 1992; 79:193-204.