

Accès au premier traitement : apport d'un centre de prise en charge rapide

Access to First Treatment: Contribution of a Quick Care Centre

E. du Rouchet · C. Dendoncker

Reçu le 18 avril 2019 ; accepté le 10 juillet 2019
© Lavoisier SAS 2019

Résumé Pour une patiente porteuse d'un cancer du sein, l'accès au premier traitement comprend plusieurs étapes : établissement d'un diagnostic anatomopathologique, annonce et établissement du plan personnalisé de soins, bilans préthérapeutiques, accès au plateau technique. La durée du délai global de ce parcours intervient dans le pronostic de la maladie pour les stades précoces. De plus, il convient de gérer toutes les incertitudes, diagnostiques puis pronostiques, qui vont inévitablement bouleverser l'équilibre psychologique de la patiente. À la lumière des écrits, des recommandations et de l'expérience de plus de 20 ans d'un centre multidisciplinaire, les auteurs proposent une organisation de centre expert de prise en charge de la personne avec suspicion de cancer du sein, dans son intégralité somatique et psychique.

Mots clés Cancer du sein · Délais · Accès aux soins · Impact psychique · Centre expert

Abstract For a patient suffering from breast cancer, access to the initial treatment includes several steps like confirmation of an anatomopathological diagnosis, proposition and establishment of an individualized treatment plan, pre-treatment assessments, and access to the technical platform. The accumulated duration of these intervals plays a role in the prognosis in the early stages of the disease. In addition, it is important to manage all the uncertainties, both diagnostic and prognostic, which will inevitably upset the patient's psychological balance. Supported by literature, recommendations and more than 20 years of experience in a multidisciplinary centre, the authors propose the organization of an

Expert Centre which takes care of the person with presumed breast cancer, both physically and psychologically.

Keywords Breast cancer · Delays · Care access · Psychic challenges

Introduction

Le long parcours qu'entame une patiente porteuse d'une lésion maligne mammaire est jalonné d'étapes successives. La première d'entre elles est l'accès à un diagnostic anatomopathologique, et la suivante l'accès au premier traitement.

Un délai global d'accès au premier traitement exagérément long est préjudiciable à la patiente, tant sur le plan psychologique que sur le plan pronostique lorsqu'il s'agit de stades précoces [1–3].

Depuis plus de 10 ans, des équipes ont créé des structures de prise en charge rapide afin de répondre à ces deux défis. L'analyse de leurs résultats montre que l'investissement humain et organisationnel est d'autant plus essentiel que le parcours est rapide [4–6]. La place des infirmier(ère)s clinicien(ne)s n'en est que plus importante [7].

Les données hexagonales ainsi que les recommandations disponibles, notamment celles de l'EUSOMA, doivent permettre à chaque équipe d'élaborer un schéma organisationnel d'une structure de prise en charge rapide, assurant le diagnostic, puis l'annonce, et l'articulation des différents protagonistes, pour un accès au traitement dans un délai de moins de six semaines [8,9].

Délais : de quoi parlons-nous ?

Dans son écrit sur la temporalité du cancer, Menoret [10] détaille les trois premières étapes du parcours de la patiente atteinte d'un cancer du sein :

E. du Rouchet (✉)
Chirurgien gynécologique et sénologue, centre de sénologie,
Centre hospitalier régional d'Orléans, France
e-mail : docteur.du-rouchet@wanadoo.fr

C. Dendoncker
Psychologue clinicienne et psycho-oncologue,
centre de sénologie,
Centre hospitalier régional d'Orléans, France

- l'étape prédiagnostique qui va du premier signe (clinique ou d'imagerie) à l'annonce du diagnostic de cancer. Dans cette étape intervient la réalisation du prélèvement anatomocytopathologique (ACP). Il est donc légitime de quantifier un premier délai : **premier signe/ACP** (Figure 1). Un deuxième délai va de la date du prélèvement à la consultation d'annonce (**ACP/annonce**). Son allongement inapproprié augmente l'anxiété, due à l'incertitude ; mais on rappelle que l'attitude de la patiente intervient dans ce délai ;
- l'étape de divulgation du diagnostic va de la date du prélèvement à l'entretien avec le premier thérapeute. Dans cette période se situe aujourd'hui très souvent une RCP, et parfois une consultation d'annonce intermédiaire. On détermine ainsi un délai **ACP/annonce/Cs préthérapeutique**. Au terme de l'annonce du diagnostic, la patiente quitte l'incertitude « diagnostique » pour entrer dans l'incertitude « pronostique ». La période qui débute après l'annonce est toujours marquée par un moment de sidération cognitive, pouvant engendrer des difficultés à comprendre et à enregistrer les informations et compliquant a fortiori la prise de décision préalable au passage à l'action.
- Menoret décrit enfin une étape postdiagnostique, jusqu'au début du premier traitement. La durée de ce délai **Cs préthérapeutique/début du premier traitement** est surtout fonction de l'institution, de son organisation, car un certain nombre de bilans préthérapeutiques sont devenus incontournables (oncogériatrie, oncofertilité, IRM...). La patiente peut aussi souhaiter un deuxième avis.
- Le « délai d'entrée » dans la maladie se décompose selon le schéma de la figure 1.

L'objectif d'une « structure de prise en charge rapide », que nous appellerons « centre expert », est surtout de réduire au maximum le délai **ACP/Cs préthérapeutique**. Pour certains, ce délai peut être réduit à la journée (*one-stop-diagnostic*).

Le centre expert met aussi en œuvre la thérapeutique : le délai **Cs préthérapeutique/premier traitement** dépend ainsi de la fluidité de son organisation. Par ailleurs, l'accessibilité à ces centres experts ne doit pas allonger le délai **premier signe/ACP**.

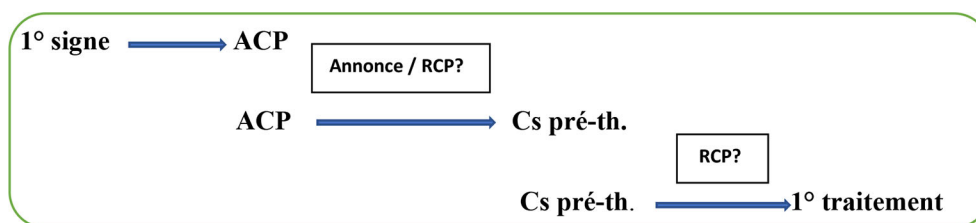


Fig. 1 Les délais de la prise en charge initiale

Les délais influent-ils sur le pronostic ?

La revue de la littérature publiée par Richards et al. en 1999 révèle qu'un délai supérieur à trois mois entre le premier signe d'appel et le premier traitement altère la survie à cinq ans de 12 %, tous stades confondus [11].

Plusieurs études sont disponibles à propos des stades précoces, et elles révèlent qu'un délai trop long, comptabilisé en semaines, nuit au pronostic : Redaniel et al. [12], Polverini et al. [1], Mariella et al. [13], Eriksson et al. [3]... Ainsi, le travail de Bleicher et al. [2], à partir de deux bases de données sur l'ensemble des États-Unis, montre que la survie à cinq ans est de 88 % pour un délai inférieur ou égal à 30 jours (69 % des patientes) vs 87,5 % pour un délai de 31 à 60 jours (24,8 % des patientes) vs moins de 85,4 % lorsque le délai dépasse 60 jours (5 % des patientes). Cette variation de l'ordre de 1 % par intervalle d'un mois de traitement est significative pour les stades I et II, mais pas au-delà.

Par ailleurs, nombre de ces études analysant les délais d'accès à la chirurgie montrent que ce délai va en augmentant durant ces 10 à 15 dernières années : Liederbach et al. [14], Cordeiro et al. [15], Baena-Canada et al. [16], Yuan et al. [17]. Ces auteurs incriminent le développement des bilans complémentaires, au premier rang desquels l'IRM.

« Défi psychologique »

La période qui va du premier signe d'appel, suivi des investigations, jusqu'à l'annonce du diagnostic est une phase de grande vulnérabilité psychique. Jamard et Segura-Djezzar citent le chiffre de 30 à 40 % de troubles de l'humeur dans la population atteinte de cancer et relèvent un taux de 28 à 48 % de score élevé d'anxiété dans la période d'attente du diagnostic [5]. Brocken et al. citent des chiffres comparables [4].

Réduire au maximum le délai premier signe/ACP/annonce, comme le proposent les centres experts, constitue une réponse adaptée et bénéfique à la qualité de vie des patientes lorsque le diagnostic est à la bénignité.

À l'inverse, si la suspicion de cancer est confirmée au moment de l'annonce, il semble que le degré d'anxiété augmente, avec l'apparition de l'incertitude « pronostique » [10].

Les centres experts ont le devoir éthique d'organiser les conditions de l'annonce afin de répondre aux presque 25 % de femmes qui déclaraient, dans l'enquête VICAN 2, qu'elles considéraient l'annonce comme « brutale » ou « trop brutale » [18].

Données hexagonales au vu de la littérature

Grâce au Plan cancer 2009/2013, nous avons ainsi des données datant de moins de dix ans de plusieurs sources qui nous permettent d'analyser l'état des lieux dans notre pays, de se référer aux autres pays de situation socio-économique comparable et ainsi de permettre aux centres experts d'établir un cahier des charges en rapport avec leur environnement.

Études INCA et Région Centre [19,20]

Elles sont résumées dans le tableau 1.

Ces deux études, de méthodologies semblables, appellent les commentaires suivants :

- le délai médian d'accès au diagnostic est de l'ordre de deux semaines, mais le délai global d'entrée en traitement dépasse quatre semaines, voire plus de six semaines en région Centre. Ce qui, pour des stades précoces, peut être considéré comme préjudiciable en termes de pronostic, au vu de la littérature ;
- par ailleurs, le pourcentage de patientes dont le délai d'accès au traitement est trop élevé est préoccupant tant globalement que selon la domiciliation interrégionale et interdépartementale ;
- en analyse multivariée, on retrouve des délais allongés lorsque la patiente est plus âgée, lorsqu'elle a été dépistée et lorsque la lésion est de type in situ. La prise en charge chirurgicale est majoritairement faite en établissements privés ; les établissements relevant du public, et ceux disposant de la triple autorisation, se caractérisent par des délais d'accès au premier traitement significativement plus longs ;
- par contre, les facteurs socio-économiques n'entrent pas en compte dans les variations de délais d'entrée en traitement.

Études de registres et étude VICAN 2

Les études de registres sont résumées dans le tableau 2.

L'enquête FRANCIM, qui a complété le travail de l'INCA, montre surtout l'allongement important des délais à partir de 2004, année de généralisation du dépistage orga-

nisé, mais aussi du principe du diagnostic anatomopathologique préopératoire et de la mise en place des RCP. On retrouve ces éléments dans les deux autres études : la réalisation de microbiopsies, la multifocalité, le passage en RCP sont des facteurs qui augmentent les délais d'entrée en traitement [21].

Le premier travail de l'équipe de Molinié confirme tout à fait le délai d'entrée en traitement retrouvé par l'enquête INCA ainsi que les facteurs d'allongement des délais. Lorsqu'on isole les patientes qui ont eu un diagnostic préopératoire (49 % des cas), on constate que cette étape ne change rien au délai global d'entrée en traitement. L'auteure analyse le petit nombre de femmes bénéficiant d'un *one-stop-diagnostic* : si on les compare avec les autres, on constate que le délai d'accès au traitement est identique [22].

Ayrault-Piault et al. se sont particulièrement intéressés aux facteurs socio-économiques. Si on se focalise sur le délai d'accès au diagnostic, on retrouve en analyse multivariée certains facteurs corrélés à l'allongement du temps médian : domiciliation en zone non urbaine, vie seule, ne pas avoir d'habitude de prévention, ne pas être imposable. Par contre, le faible niveau d'éducation ne joue pas. Ici aussi, le fait de bénéficier d'un *one-stop-diagnostic* (11,8 % des ACP) ne modifie pas le délai d'accès à la chirurgie [23].

Dans ces deux travaux, on retrouve aussi des facteurs mis en évidence par l'INCA : l'âge est préjudiciable, comme le fait d'avoir une lésion précoce, surtout issue du dépistage. Les « gros établissements » sont moins performants que le privé.

L'étude VICAN 2 publiée en 2014 confirme également des données préoccupantes [18] :

- un délai d'accès moyen au prélèvement préopératoire d'environ 1 semaine \pm 5 jours avec une hétérogénéité des zones géographiques : 4,9 jours en Centre-Est vs 10,4 jours en Sud-Ouest. Par contre, on ne retrouve pas ici de variation due à la précarité de la zone de résidence ni de titulaires de la CMU-C (femmes de moins de 65 ans) ;
- le délai moyen d'accès à la chirurgie est d'un mois \pm 5 à 15 jours selon les variables. Là encore, on ne retrouve pas de différence selon le niveau socio-économique, et les facteurs de variation sont confirmés, avec toujours une hétérogénéité marquée de la zone de résidence : Sud-Ouest : 29,7 jours vs Région parisienne : 35,2 jours.

Facteurs socio-économiques

Pour approfondir cette discordance concernant les facteurs socio-économiques, on peut se rapporter à deux travaux qui utilisent des index comprenant plusieurs indicateurs socio-économiques. Celui de Moriceau et al. [24] utilise l'European Deprivation Index et celui de Redaniel et al. [12] l'Index of Multiple Deprivation. Dans les deux cas, le

Tableau 1 Accès au premier traitement : apport d'un centre de prise en charge rapide - Enquête INCA et Région Centre		
	INCA	Région Centre
Caractéristiques		
Année	3 mois/2011	2011
	Retrospectif/échantillon de cohorte	Id
	Fiches RCP + dossiers	PMSI + dossiers
Nb	2 530 dossiers/8 régions	800 dossiers/6 dpts
Critères de non inclusion	Atcd perso/Métas/CT néoadj	Idem + Tis
Population		
Âge moyen	61,3 ans	63,9 ans
% < 50 ans	20,4 %	19 %
% 50 à x ans	À 74 ans = 61,3 %	À 70 ans = 47 % À 70 ans = 34 %
Découverte		
Signes d'appel	35,4 %	40 %
Dep Indiv	24,8 %	15 %
Dep Organ	35,2 %	21 %
Dep sans précision		21 %
Type de cancers		
Tis	13 %	n.i.
T1N0	49,4 %	T0 T1 67 % N0 70 %
Établissements		
Privé	46,6 %	14
CH	23,6 %	6
CHU	10,8 %	2
CLCC	15,1 %	0
Centre de Rxth		8 (2 pub)
D1 : MAMMO/ACP		
Médian (Q1–Q3)	13 (5–26)	14 (8–22)
	3/4 inf à 3,7 sem	
Analyse multivar. : D1 + long si	Dépistage/S d'appel	
	Tis/T inv	
	Établsst sans Rxth	Petits établsst/gros établsst
Selon les régions/dépts	Facteur > 2 (6 à 21)	Facteur < 2 (10 à 17)
Pas d'intervention de	Âge/CSP/Prof.	Id + ts les autres facteurs
D2 : RCP ou ACP/CHIR		
Médian (Q1–Q3)	21 (12–32)	31 (21–42)
	3/4 inf à 4,6 sem	47 % sup à la med
		ACP/Cs chir : 13 (8–21)
		43 % sup à la med
		Cs chir/Chir : 17 (11–25)
		35 % sup à 21
Analyse multivar. : D2 + long si	Dépistage/S d'appel	
	Tis/T3	
	Public/privé	Public/privé
	Établsst à triple autorisation	CHR/privé
	Âge avancé	Âge avancé
Selon les régions/dépts	Facteur 2 (14 à 28)	Facteur < 2 (15 à 26)
Pas d'intervention de	CSP/Prof.	Id

Tableau 2 Enquête de Registres sur les délais d'accès au premier traitement			
	FRANCIM	Molinié (2013)	Ayrault-Piault (2016)
Caractéristiques			
Année	1999 à 2008	2003	2007
Registre	Côte d'Or	10 registres + select.	3 registres + quest.
Nb	3 700 cas	1 494 cas	1 152 cas
Critères non inclusion		Tis, Métas	Atcd perso, Métas
Population			
	2004/2008		
Âge moyen		60 ans	59 ans
	Inf 65 ans : 57,7 %	Inf 50 ans : 24,7 %	
	65 à 74 ans : 23,2 %	50 à 69 ans : 51 %	50 à 74 ans : 64 %
	75 à 84 ans : 14,7 %	Sup à 70 ans : 24 %	
Découverte			
S d'appel		54,6 %	
Dep Indiv		35,9 %	60,3 %
Dep Org		9,5 %	
Type de cancers			
	2004/2008		
	Stade I : 47,8 %	T1 : 71,8 %	Local : 55,2 %
	Stade II : 37,4 %	T2 : 28,2 %	
Prise en charge			
	2004/2008		
Chirurgie 1 ^r	83,7 %	94,4 %	
Médicale 1	13,4 %		
Établissements			
Privé		66 %	56,9 %
CH		11,9 %	12,4 %
CHU		8,9 %	30,7 %
CLCC		13,2 %	
Délais			
	DG/1^{er} PEC	Mammo/1^{er} PEC	Mammo/1^{er} PEC
	10 (0–25)	34 (22–52)	43 (31–60)
	De 99 à 03 : 0 (0–14)	41 % inf à 1 mois	
	De 04 à 08 : 19 (0–29)	19 % sup à 2 mois	
Délai augmenté si			
	<i>Âge < 65 ans</i>	<i>Âge élevé/inf 50 ans</i>	
	<i>Urbain</i>	<i>Co-morbid</i>	
	<i>Chimioth seule</i>	<i>T infra-clin/T palp</i>	<i>St precoc/St avancés</i>
		<i>Microbp/Cyto</i>	
		<i>Multifocalité/Unif</i>	
		<i>Dep Org/S d'appel</i>	<i>Dep/non dep</i>
		<i>Passage en RCP</i>	
		<i>CHU et CLCC/CH ou Privé</i>	<i>Centre de ref/privé</i>
Selon la domiciliation			
		<i>Facteur < 2 : 28 à 50</i>	<i>Facteurs sociaux</i>
		<i>Pour 49 % avec ACP</i>	<i>Non urbain/urbain</i>
			<i>Pour 84,5 % ACP confirmation malign.</i>
		D1 = 7 (0–21)	D1 = 9 (4–21)
		D2 = 27 (16–39)	D2 = 31 (23–42)
		35 % inf à 1 mois	D1 + D2 = 44 (32–60)
		Pour D1 = 0	Pour D1 = 0
		D2 = 28 (18–39)	D2 = 30 (22–42)
		56 % inf à 1 mois	<i>Dep orga : 5 %</i>
		<i>Dep indiv : 30 %</i>	
		<i>Dep orga : 18 %</i>	

délai global d'accès au premier traitement n'est pas corrélé à l'index étudié.

Par contre, Berger et al. [25], comme Redaniel et al., montrent que le stade initial d'entrée dans la maladie est corrélé au statut économique, et par là même retentit sur le pronostic.

Aux États-Unis, Liederbach et al. [14] montrent que les minorités ethniques, en raison de l'absence d'assurance de santé, ont des délais d'accès à la chirurgie augmentés. Et le délai d'accès à la chimiothérapie adjuvante s'en ressent également.

Même constat au Canada dans l'État d'Ontario pour les revenus [15] et dans l'État d'Alberta pour la localisation géographique [17].

Au total, il apparaît que l'organisation sociale de la santé de chaque pays interfère avec les délais d'entrée en traitement [26].

Expériences de quelques centres de prise en charge rapide

Expérience du centre d'Ottawa : programme « Rapid Diagnostic and Support Clinic » [7]

Il s'agit d'une étude prospective sur un an (2012), au sein du Women's Breast Health Center de l'hôpital d'Ottawa, portant sur 211 patientes ACR5. L'objectif est d'étudier les modalités de réduction des délais d'accès au traitement de patientes ayant une forte suspicion de cancer du sein (ACR5), notamment le rôle des infirmier(ère)s spécialisé(e)s. Le centre prend en charge environ 800 cas de cancer par an.

Quatre délais sont étudiés en référence à ceux de l'année précédente (exprimés en journées/moyenne \pm DS) (Tableau 3).

L'étude EVADIASEIN : hôpital Kremlin-Bicêtre [27]

Il s'agit d'une étude portant sur 27 patientes explorant la faisabilité d'un diagnostic en un jour, pour une lésion ACR4/5 accessible à une microbiopsie échoguidée. Le protocole comporte une consultation initiale avec un chirurgien, puis après validation par le radiologue, la réalisation d'une microbiopsie, et nouvelle consultation en fin d'après-midi

avec le même chirurgien pour l'annonce et l'organisation de la prise en charge.

Le délai moyen d'accès à la structure est de 15 jours. Le « diagnostic en un jour » dure en fait 1,6 jour en moyenne (de 1 à 5 jours). Par contre, le délai d'accès au traitement est de 15,9 jours en moyenne. Soixante-trois pour cent des patientes repartent avec leur diagnostic le soir même.

L'analyse du vécu psychologique confirme l'anxiété de l'attente du diagnostic. Le ressenti du « diagnostic en un jour » est partagé, avec 7 patientes soulignant le choc de l'annonce d'un cancer, mais 20 patientes considèrent la procédure comme bénéfique globalement.

Les auteurs soulignent le « défi » organisationnel : lien entre les services, prélèvement avant 13 h. Le challenge repose sur un délai d'accès à la structure le plus court possible, car le délai d'accès au bloc opératoire est peu modifiable, mais aussi sur la qualité de la consultation d'annonce (76 % de satisfaction).

« Parcours Sein » de l'institut de cancérologie de Lorraine [28]

L'auteure et son équipe s'inscrivent en faux vis-à-vis du dogme de tout miser sur une notion quantitative : le délai. Brocken écrivait déjà en 2012 : « *The faster the better?* »

En étant bien entendu attachés à la notion d'une prise en charge diagnostique rapide, ils donnent autant d'importance à l'accompagnement de la patiente dans cette période de stress et d'anxiété, avec l'annonce, « l'apprivoisement » du diagnostic et l'acceptation du PPS.

Le parcours proposé est le suivant :

- délai d'accès à la structure en trois jours ;
- délai première Cs/RCP préthérapeutique/Cs décisionnelle de sept jours ;
- le délai global entre l'appel à la structure et la Cs décisionnelle est donc de dix jours, et comporte le diagnostic ACP, d'éventuels bilans d'imagerie complémentaires et la RCP préthérapeutique. Une consultation avec une IDE de coordination est proposée à toutes les étapes ; cette IDE participe à la RCP.

Tableau 3 Quatre délais dans le Centre d'Ottawa

	Avant étude	Étude	Réduction (%)
a) Mammo/Microbp	7,11 (6,12)	3,1 (1,92)	58
b) Microbp/ACP	3,92 (2,07)	3,35 (1,12)	15
c) ACP/Cs chir	16,11 (17,84)	5,95 (3,82)	63
d) Cs chir/date interv.	31,51 (35,92)	24,06 (23,24)	24

Une attention particulière est portée à l'informatisation du dossier et à la communication rapide de ses éléments avec le (ou les) correspondant(s) extérieur(s).

One Stop Breast Clinic: expérience de l'institut Gustave-Roussy [29]

Il s'agit de l'expérience française la plus ancienne, débutée en 2004, prenant en compte 10 602 patientes (d'avril 2004 à novembre 2012) avec un suivi moyen de 18 mois.

Le parcours proposé, un jour par semaine, consiste à répondre à toute demande de prise en charge diagnostique, avec une consultation d'accueil, une revue du dossier radiologique, la réalisation du prélèvement adapté et dans l'après-midi la consultation d'annonce (soit avec le diagnostic anatomopathologique, soit en cas de microcalcifications ACR5).

Cette expérience est remarquable à plusieurs titres :

- il n'y a pas de sélection à l'entrée : le grade radiologique est ACR4/5 dans 61 % des cas. Le délai d'accès à la structure est en moyenne de 14 jours. Le nombre de patientes est de 28 en moyenne pour la journée ;
- le prélèvement des masses est réalisé par cytoponction échoguidée, permettant ainsi un diagnostic rapide. En cas de cancer, une microbiopsie complémentaire permettra l'acquisition des facteurs histopronostiques ;
- 87 % des patientes avec un syndrome de « masse » (68,7 % des cas) repartent avec un diagnostic précis dans la journée et avec une proposition thérapeutique. Soixante pour cent des patientes ont ainsi une réassurance de bénignité au terme de la journée. Pour les 30 % de syndrome « non masse », le diagnostic en un jour est acquis pour 46 % des cas. Au total, 75 % des patientes ont un diagnostic au terme de la procédure ;
- la VPP est de 99,7 % et la VPN de 99 % ;
- une analyse de la satisfaction a été réalisée à partir de 113 questionnaires rédigés deux jours après leur passage dans l'unité en 2013. Le taux de satisfaction globale est de 80,7 % ($\pm 20,7$). Il concerne surtout les compétences infirmières, celle de l'équipe et sa disponibilité. Par contre, la disponibilité médicale et l'information sont moins bien notées. Le type histologique de la lésion ne modifie pas les résultats. Les patientes les plus anxieuses sont les plus sévères, notamment envers l'équipe médicale [6].

Prise en charge rapide au sein d'un centre expert

Les différentes expériences, tant en France que dans les pays de niveau socio-économique comparable, permettent de proposer un cahier des charges pour la création de centres experts dont la raison d'être sera de permettre la prise en

charge rapide d'une patiente ayant une suspicion de cancer du sein, afin d'élaborer un plan personnalisé de soins (PPS), tout en créant les conditions environnementales adéquates à l'accompagnement, dans une période de stress majeur, et en permettant un accès au premier traitement selon les recommandations.

Cadre institutionnel et normes

Dans le Plan cancer 2014–2019 [30], plusieurs objectifs peuvent être considérés comme un cadre de référence.

En ce qui concerne plus spécifiquement le cancer du sein, les critères établis par l'EUSOMA concernant un *breast center* nous paraissent adaptés à ce projet [8,31].

On rappelle que, pour cet organisme, un *breast center* prend en charge le diagnostic et le traitement des patientes, au sein d'une structure multidisciplinaire, se rapportant à un référentiel diagnostique et thérapeutique. Une activité minimum de 150 cas par an est exigée.

En ce qui concerne les délais, un accès à la structure en trois à quatre jours ouvrables et surtout un délai inférieur ou égal à six semaines entre l'établissement du diagnostic anatomopathologique (ou première Cs dans le centre) doivent être garantis avec début du traitement pour 90 % des patientes.

On peut également s'inspirer du programme québécois définissant les modalités de prise en charge au sein des CRID [9,32,33].

Constitution d'un centre expert : propositions

Ressources humaines

L'équipe médicale et paramédicale, diagnostique et thérapeutique, doit répondre aux critères de l'EUSOMA (nombre, activité, formation).

La logistique repose sur un binôme : AMA (assistante médico-administrative) + IDE clinicienne spécialisée en sénologie, dont l'EUSOMA met en exergue l'importance. Pour assurer la prise en charge psychologique, une psychologue clinicienne spécialisée en psycho-oncologie et intégrée à l'équipe est souhaitable.

L'ensemble de ces personnes assurent la RCP hebdomadaire.

On doit s'assurer également d'un personnel d'accueil, de secrétariat, éventuellement de bénévoles, tous formés aux spécificités de l'accompagnement des patientes en sénologie.

Tous les membres de l'équipe devraient avoir reçu, et recevoir de façon continue, une formation spécifique dédiée à la prise en compte des enjeux psychologiques de la prise en charge de patientes atteintes de cancer, tant pour l'amélioration de la prise en charge des patientes que pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire du syndrome de burn-out chez

les professionnels impliqués dans celle-ci. Cette attention particulière et constante à la dimension psychologique doit permettre à chaque patiente de se sentir accompagnée de façon personnalisée, sentiment indispensable au maintien d'un lien de confiance.

D'autres ressources doivent être accessibles selon des protocoles validés, notamment en termes de délais : psychologue (si non présente au sein du centre), chirurgie plastique, oncofertilité, oncogénétique, oncogériatrie, soins de support, etc.

L'EUSOMA recommande aussi la nomination d'un « leader » issu du corps médical, porte-parole du centre et garant de l'organisation et de l'évaluation des pratiques.

Ressources matérielles

Selon l'EUSOMA, le centre doit posséder en son sein tous les matériels nécessaires à l'établissement du diagnostic, y compris les macrobiopsies sous aspiration.

La liaison avec le service d'anatomopathologie doit faire l'objet d'une procédure détaillée.

Un accès à l'IRM doit être protocolisé, si non disponible au sein du centre, de même que l'accès à la médecine nucléaire.

Centre isolé ou intégré ?

On considère que l'intégration d'un centre expert au sein d'un établissement assurant la prise en charge thérapeutique est préférable, à l'image des CRID du programme québécois.

Certes, un centre associant uniquement radiologue et anatomopathologiste dans le cadre d'un protocole structuré est tout à fait légitime, mais il s'agit alors d'un centre de diagnostic assurant plutôt une exploration par prélèvements échoguidés et dans lequel il manque souvent une IDE clinicienne assurant le suivi de l'accompagnement des femmes.

L'objectif est que la patiente vienne, pour tous les actes externes (non compris les hospitalisations de jour), dans un seul et même lieu : le centre expert. Il y a là une symbolique qui confirme la patiente dans la notion d'une équipe pluriprofessionnelle coordonnée, concentrée autour de la prise en charge de l'entièreté de sa personne.

One-stop-diagnostic ou non ?

L'expérience de l'IGR est suffisamment probante : trois quarts des patientes repartent le soir même avec un diagnostic et une proposition thérapeutique. Mais... tous les centres n'ont pas les ressources humaines permettant un tel investissement et encore moins les pathologistes entraînés à la cytologie. Ainsi, dans la région Centre-Val de Loire, seulement

2 % des lésions ACR4/5 ont été prélevées par cytologie sur l'année 2011 [20].

Si le choix se porte sur le diagnostic par microbiopsie, avec l'objectif de pouvoir donner non seulement un diagnostic, mais aussi un plan de soins détaillé, il faut réduire le nombre de patientes prises en charge par vacations, afin de tenir compte des impératifs du laboratoire (cf. l'expérience EVADIASEIN).

Il est possible d'envisager également un « diagnostic en un jour » pour des patientes ciblées : femmes jeunes ACR5, lésions évolutives, domicile éloigné, personnes à mobilité réduite...

Quoi qu'il en soit, l'on doit garder à l'esprit que l'objectif n'est pas seulement l'obtention du compte rendu d'anatomopathologie en un minimum de temps, mais aussi en amont le délai d'accès à la structure et en aval celui d'accès au bloc opératoire ou à la chimiothérapie. Et ce, avec le souci constant de l'accompagnement de la patiente qui passe de l'incertitude diagnostique à l'incertitude pronostique.

Accès à la structure : le problème du dépistage

Nous avons vu dans les écrits que, lorsque le signe d'appel est mammographique, et surtout dans le cadre du dépistage organisé, les délais d'accès au diagnostic et d'accès au traitement sont significativement allongés, alors que la dernière publication du réseau FRANCIM révèle que les stades localisés constituent 59 % des cancers diagnostiqués, et jusqu'à 65 % dans la classe d'âge 50-74 ans [34].

Le centre expert doit organiser la prise de RDV, avec une ligne dédiée aux professionnels, ou un accès par messagerie sécurisée, ou prise de RDV en ligne. Le rôle du binôme AMA-IDE clinicienne est capital pour cette organisation.

On attend que le praticien confronté au premier signe d'appel (radiologue, médecin traitant, gynécologue) assure lui-même la prise de contact avec le centre expert, ce qui n'empêche en rien la patiente de revoir son médecin habituel dans l'intervalle.

Acquisition du diagnostic histologique et annonce

Que le prélèvement diagnostique soit réalisé par le radiologue extérieur ou au sein du centre expert, c'est au binôme AMA-IDE clinicienne d'organiser la séquence des RDV en tenant compte du contexte, exposé, nous l'avons dit, par le médecin demandeur et non la patiente.

L'accueil de la patiente dans le centre expert est du ressort de l'IDE clinicienne. Le rôle de la *breast nurse* au sein d'un centre expert est spécifiquement tourné vers un accompagnement et un soutien, surtout en créant un lien entre les différents spécialistes intervenant dans la prise en charge. Elle pourrait d'ailleurs jouer un rôle essentiel dans l'organisation du suivi après traitement.

Le protocole d'annonce doit être élaboré par l'équipe entière, en tenant compte des ressources disponibles, du temps nécessaire, et sera toujours adapté en temps réel à l'histoire personnelle de la patiente et à son environnement. Nous souhaitons attirer l'attention sur le risque de « morceler » l'annonce entre le médecin et l'IDE et/ou le psychologue. La raréfaction des ressources médicales pourrait être prétexte à cette « délégation » qui met la communauté médicale en souffrance et explique aussi les critiques des patientes sur le manque de disponibilité des médecins.

La prise en charge des lésions ACR3 est moins exigeante en termes de délai d'accès au diagnostic. Mais lorsqu'un prélèvement est requis, il existe une incertitude diagnostique qu'il est légitime de lever le plus rapidement possible. L'annonce du résultat histologique doit faire l'objet d'un dialogue oral, éventuellement avec l'IDE clinicienne.

De l'annonce au premier traitement

Plusieurs recommandations (ANAES, Suède) proposent un délai de trois semaines entre la consultation du chirurgien et l'acte (quatre semaines à partir de l'ACP pour la Grande-Bretagne et le Canada). Rappelons que pour l'EUSOMA 90 % des patientes doivent être traitées dans un délai de six semaines après le premier contact avec le centre expert.

La consultation d'annonce constitue le moment de l'élaboration d'un PPS, à partir d'un référentiel thérapeutique et des facteurs histopronostiques fournis par le prélèvement anatomopathologique. Ce PPS est idéalement validé par une RCP préthérapeutique. Il revient au praticien d'organiser la date du premier traitement et les différents bilans qui apparaissent nécessaires dans l'intervalle.

On doit porter une attention particulière aux patientes à mobilité réduite ou habitant loin du centre. Il serait intéressant d'étudier la faisabilité d'un protocole « bilan en un jour » : la patiente venant une seule fois dans le centre pour rencontrer les différents professionnels nécessaires. Cette étape délicate est encore plus cruciale dans les « gros » établissements, dont on a vu qu'ils étaient pénalisants.

Évaluation

Le suivi des indicateurs quantitatifs, comme les délais, permet une évaluation objective de la qualité de l'offre de soins du centre expert. Ces indicateurs doivent être complétés par des enquêtes de satisfaction sur la prise en charge par chaque intervenant du choc cognitif, émotionnel et physique. Tant pour l'EUSOMA que dans le cadre du Plan cancer, la conduite de ces audits est indispensable.

Pour ce faire, le centre expert doit posséder un dossier informatisé comprenant le relevé des différentes dates clés, afin de réduire le nombre de dossiers inexploitable.

Par le biais d'une messagerie sécurisée, il doit être partagé avec les différents médecins ou paramédicaux désignés par la patiente, notamment à l'extérieur du centre.

Les indicateurs en termes de délais qui nous paraissent indispensables sont :

- le délai d'accès à la structure : temps entre l'appel et la première Cs dans le centre ;
- le délai d'accès au diagnostic : temps entre la première mammographie ou l'appel et le CR ACP ;
- le délai d'accès à la Cs d'annonce : temps entre le CR ACP et la Cs d'annonce (chir. ou onco.) ;
- le délai d'accès au traitement : temps entre la Cs d'annonce et le premier traitement.

Les résultats de l'évaluation, faite à intervalles réguliers, feront l'objet de procédures correctives au sein du centre expert, mais doivent également permettre d'interpeller l'établissement lui-même, voire les tutelles, dans le cadre de la juste répartition de ressources dont on connaît la rareté. L'évaluation de la structure doit servir à la communication avec les partenaires en amont : centres de dépistage et de diagnostic, médecins traitants, associations de patientes...

Par son expertise, le centre doit participer autant que faire se peut au travail d'éducation à la santé, afin de réduire les délais d'amont, ceux inhérents à la patiente notamment. La participation de l'équipe pluridisciplinaire du centre expert à des actions de sensibilisation et de prévention à destination du grand public peut y contribuer (lors par exemple de la journée Octobre rose) et aider à renforcer l'image d'un centre expert accessible à toutes.

Conclusion

Le délai d'accès au traitement se doit d'être le plus court possible. Dans les stades précoces, notamment issus du dépistage, son allongement inapproprié peut avoir un retentissement sur le pronostic. Par ailleurs, il est nécessaire d'apporter à la patiente un diagnostic anatomopathologique, et si besoin un PPS, dans le meilleur délai afin de prendre en charge l'anxiété générée par l'incertitude. Pour ce faire, et pour lutter contre les inégalités, notamment territoriales, la création de centres experts pluriprofessionnels et interdisciplinaires doit assurer un parcours le plus fluide possible, en associant une compétence médicale et un accompagnement à chaque étape de l'accès au diagnostic puis au premier traitement, en passant par la consultation d'annonce. Le cahier des charges de ces centres, à partir des recommandations de l'EUSOMA, impose une articulation entre les différents praticiens de nombreuses disciplines et la reconnaissance de la place essentielle des IDE cliniciennes formées à la sénologie. Cet effort doit être valorisé par les acteurs institutionnels sous

réserve que le suivi des indicateurs, à la fois quantitatifs et qualitatifs, confirme que les recommandations sont atteintes.

Remerciements Ce travail résume l'engagement de tous les professionnels œuvrant au sein du centre de sénologie depuis 1989

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Polverini AC, Nelson R, Marcinkowski E, et al (2016) Time to treatment : mesuring quality breast cancer care *Ann. Surg. Oncol* 23:3392–402
2. Bleicher RJ, Ruth K, Sigurdson ER, et al (2015) Time to surgery and breast cancer survival in the United States *JAMA Oncol*. doi:10.1001/jamaoncol.2015.4508
3. Eriksson L, Bergh J, Humphreys K, et al (2018) Time from breast cancer diagnosis to therapeutic surgery and breast cancer prognosis. *Int J Cancer* 143:1093–104
4. Brocken P, Prins JB, Richard Dekhuijzen PN, et al (2012) The faster the better? A systematic review on distress in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of rapid diagnostic pathways. *Psycho-Oncology* 21:1–10
5. Jamard A, Segura-Djezzar C (2015) Les défis psychiques des nouvelles temporalités en cancérologie — diagnostic rapide de cancer du sein : quels bénéfices pour les patientes ? *Psycho-Oncology* 9:204–8
6. Boinon D, Dauchy S, Charles C, et al (2017) Patient satisfaction with a rapid diagnostic of suspicious breast lesions: association with distress and anxiety *Breast J* 00:1–7. <https://doi.org/10.1111/tbj.12856>
7. Arnaout A, Smylie J, Seely J, et al (2013) Improving breast diagnostic services with a Rapid Diagnostic and Support Program. *Ann Surg Oncol* 20:3335–40
8. Biganzoli L, Marotti L, Hart CD, et al (2017) Quality indicators in breast cancer care: an update from the EUSOMA working group *Eur J Cancer* 86:59–81
9. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes Ce que vivent les femmes en attente d'un diagnostic Rapport d'évaluation Bibliothèque nationale du Québec 2004
10. Menoret M (1999) Les Temps du Cancer. Éditions du CNRS, pp 237, CNRS SOCIOLOGIE, 2271056373; <hal-00929758>
11. Richards MA, Westcombe AM, Love SB, et al (1999) Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review *Lancet* 353:1112–13 Commentary : Breast cancer : delays, dilemmas, and delusions Coates A S
12. Redaniel MT, Martin RM, Cawthorn S, et al (2013) The association of waiting times from diagnosis to surgery with survival in women with localized breast cancer in England. *Br J Cancer* 109:42–9
13. Mariella M, Kimbrough CW, McMasters KR, et al (2018) Longer time intervals from diagnosis to surgical treatment in breast cancer: associated factors and survival impact. *Am Surg* 84:63–70
14. Liederbach E, Sisco M, Chihsung W, et al (2015) Wait times for breast surgical operations, 2003–2011: a report from the National Cancer Data Base. *Ann Surg Oncol* 22:899–907
15. Cordeiro E, Dixon M, Coburn N, et al (2015) A patient-centered approach to wait times in surgical management of breast cancer in the province of Ontario. *Ann Surg Oncol* 22:2509–16
16. Baena-Canada JM, Rodriguez-Perez L, Ganez-Casado S, et al (2018) Evaluation of waiting times for breast cancer diagnosis and surgical treatment clinical and transnational. *Oncology* 20:1345–52
17. Yuan Y, Li M, Elliot T, et al (2016) Factors related to breast cancer detection mode and time to diagnosis in Alberta, Canada: a population-based retrospective cohort study *BMC Health Services Research* 16:65
18. « La vie deux ans après un diagnostic de cancer — de l'annonce à l'après cancer ». Collection Études et enquêtes, INCA, juin 2014
19. « Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon ». Collection Études et enquêtes, INCa, juin 2012
20. « Rapport régional : étude des délais de prise en charge du cancer du sein en région Centre en 2011 » OncoCentre, www.oncocentre.org
21. « Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999–2008 ». Collection État des lieux et des connaissances, INCa, novembre 2012
22. Molinié F, Leux C, Delafosse P, et al (2013) Waiting time disparities in breast cancer diagnosis and treatment: a population-based study in France. *Breast* 22:810–6
23. Ayrault-Piault S, Grosclaude P, Daubiss-Marliac L, et al (2016) Are disparities of waiting times for breast cancer care related to socio-economic factors? A regional population-based study (France). *Int J Cancer* 139:1983–93
24. Moriceau G, Bourmaud A, Tinquaut F, et al (2015) Social inequalities and cancer: can the European deprivation index predict patients' difficulties in health care access? A pilot study. *Oncotarget* 7:1055-65 www.impactjournals.com/oncotarget/
25. Berger F, Dousseau A, Gautier C, et al (2012) Impact du statut socio-économique sur la gravité du diagnostic initial de cancer du sein. *Reve Epidemiol Sante Publique* 60:19–29
26. Opong BA, Dash C, Coleman T, et al (2016) Time to diagnostic evaluation after mammographic screening in an urban setting. *J Womens Health* 00:00
27. Berman A, Teig B, Duracinsky M, et al (2016) Diagnostic en un jour des lésions du sein : évaluation médicale et psychologique de la prise en charge — étude EVADIASEIN. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 45:21–8
28. Lesur A, Ameloot S, Troufleau P, et al (2016) Suspicion ou diagnostic de cancer du sein : optimisation du temps diagnostique pour un meilleur « après » *Oncologie* (doi 10.1007/s10269-016-2586-8)
29. Delalogue S, Bonastre J, Borget I, et al (2016) The challenge of rapid diagnostic in oncology: diagnostic accuracy and cost analysis of a large-scale one-stop breast clinic. *Eur J Cancer* 66:131–7
30. Plan Cancer 2014–2019 INCa collection. Documents institutionnels, février 2015
31. Wilson ARM, Marotti L, Bianchi S, et al (2013) The requirement of a specialist breast centre. *Eur J Cancer* 49:3579–87
32. Conseil québécois de lutte contre le cancer. Avis sur les délais dans le traitement chirurgical du cancer. Bibliothèque nationale du Québec, 2001 ISBN 2-550-37985-3
33. Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) www.depistagesein.ca
34. Stades au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum/ étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM. France, 2018