

## ÉTUDE

### L'ACTIVITÉ CHIRURGICALE DU CANCER DU SEIN EN FRANCE EN 1997

H-Q. Cong, J-M. Nadal, F. Bourdillon, G. Leblanc

Ministère chargé de la santé, direction des hôpitaux, « pathologies et organisation des soins »

M. Joubert, M-C. Mouquet

Ministère de l'emploi et de la solidarité, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Une première étude nationale, issue de la base de données PMSI<sup>1</sup> public et privé, a été effectuée sur l'année 1997. Elle s'intéresse aux séjours hospitaliers pour chirurgie du cancer du sein chez la femme. L'objectif de ce travail est de connaître le nombre et les caractéristiques des recours ayant pour motif une chirurgie du cancer du sein et de déterminer le statut des établissements concernés et leur localisation régionale.

#### MÉTHODES

##### Sélection des données

Les données utilisées sont celles du PMSI de l'année 1997 qui prennent en compte les données du secteur public et privé. L'extraction des données nationales a sélectionné la catégorie majeure de diagnostic (CMD) concernant le sein, avec précision du cancer du sein en diagnostic principal. Les cancers du sein chez l'homme ont été exclus de la présente étude. Seuls les groupes homogènes de malades (GHM 368 à 371) concernant les mastectomies totales et subtotalas ont été sélectionnés (*Tab. 1*).

**Tableau 1. Catégorie majeure de diagnostic et groupe homogène de patients : cancer du sein**

| CMD                                 | GHM  | Diagnostics principal/secondaires Classification (CIM-10)                 |
|-------------------------------------|--|---|
| 09 peau, tissus ss cutanés et seins | 368 Mastectomies totales > 69 ans et/ou C.M.A.*<br>369 Mastectomies totales < 70 ans sans C.M.A.*<br>370 Mastectomies subtotalas > 69 ans et/ou C.M.A.*<br>371 Mastectomies subtotalas < 70 ans sans C.M.A.* | C50.0 à C50.9 cancer invasif sein<br>D05.0 à D05.9 cancer in situ du sein |

\* C.M.A. : comorbidité ou pathologie associée au diagnostic principal

Les établissements ont été distingués en deux catégories :

- Les établissements participant au service public qui regroupent les centres hospitaliers régionaux (CHR), les centres hospitaliers généraux (CH), les hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH) et les centres de lutte contre le cancer (CLCC).
- Les autres établissements privés à but lucratif ou non.

##### Redressement

Après l'extraction des informations depuis la base nationale du PMSI de 1997, un redressement a été effectué tant sur le nombre d'établissements par région que sur le nombre de recours dans chaque établissement. Ce redressement a été réalisé en confrontant des données de la base PMSI aux données de la base SAE<sup>2</sup>, cette base est mieux renseignée tant sur le plan du nombre d'établissements que sur le nombre des recours hospitaliers.

1. PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

2. SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé effectuée par la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques du ministère de l'emploi et de la solidarité.

Un taux d'attraction a été calculé correspondant au solde des non résidents se faisant hospitaliser dans la région et des résidents se faisant hospitaliser en dehors de la région rapporté à l'activité de la région<sup>3</sup>.

#### RÉSULTATS

En 1997, 45 413 séjours hospitaliers ont eu lieu en France (DOM inclus) pour réaliser une mastectomie partielle ou totale. Dans 94 %, il s'agit de cancers invasifs<sup>4</sup>, dans 6 % de cancers « *in situ* »<sup>5</sup>, c'est-à-dire à développement limité. Les mastectomies totales représentent, en 1997, plus du tiers (37 %) des mastectomies.

##### Caractéristiques des 45 413 séjours pour mastectomies

Les mastectomies totales (n = 16 727) et sub-totales (n = 28 686) représentent 92,5 % de l'activité chirurgicale<sup>6</sup> pour cancer du sein.

L'âge moyen des patientes est de 58,5 ans ± 13,3 ans ; près d'un tiers des séjours concernent néanmoins des femmes de moins de 50 ans (*cf. Graph. 1*). L'âge moyen des patientes qui subissent une mastectomie totale est un peu plus élevé que dans le cas des mastectomies subtotalas : 61 ans au lieu de 57.

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 7,5 ± 5,2 jours ; 50 % des séjours ont une DMS inférieure à 7 jours. Cette durée augmente en fonction de l'importance du geste opératoire – les séjours pour mastectomies partielles sont plus courts (6 jours) que pour les mastectomies totales (9 jours) – et de l'âge des patientes.

L'analyse des modes d'entrée montre que 99 % des hospitalisations concernent des femmes venant de leur domicile. L'analyse des modes de sortie montre que 97 % des hospitalisations se sont terminées par un retour à domicile ; 3 % par un transfert dans un autre établissement ou une mutation ; enfin, moins de 0,1 % se sont terminées par un décès.

##### 1 131 établissements sont concernés

Parmi les 1 310 établissements publics et privés autorisés à disposer de lits de chirurgie en hospitalisation complète, la quasi-totalité a une activité chirurgicale liée au cancer du sein. En effet, 1 131 établissements ont réalisé au moins une intervention chirurgicale en 1997 : 654 établissements privés et 477 établissements publics.

La moyenne d'activité pour mastectomies totales et sub-totales de l'ensemble des établissements est de 38 hospitalisations par an avec une très grande variabilité entre établissements. Leur niveau d'activité est très variable : 50 %

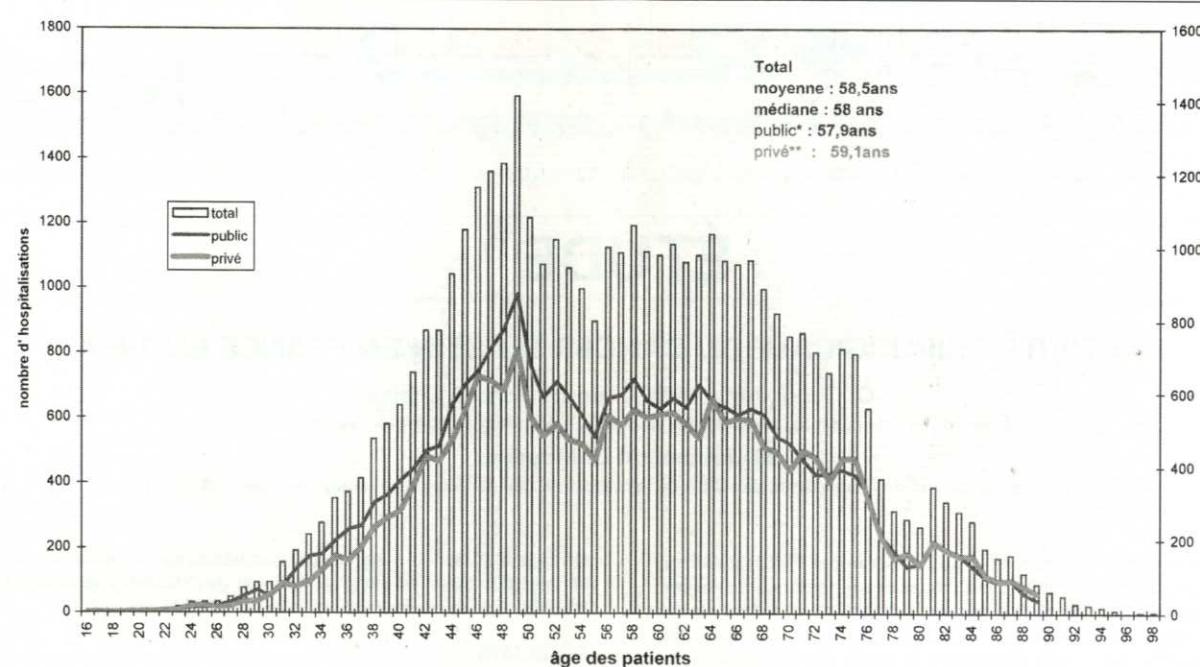
3. Ce taux peut s'exprimer selon la formule suivante taux = solde (import-export) / activité régionale.

4. Un cancer invasif ou infiltrant, est un cancer ayant envahi le tissu conjonctif autour du foyer initial.

5. On appelle cancer *in situ* un cancer dont le développement reste très limité, et qui n'enfante pas le tissu conjonctif voisin (on distingue essentiellement deux sous-groupes selon le point de départ de la tumeur : le cancer canalaire *in situ*, et le cancer lobulaire *in situ*).

6. Les greffes de peau et les autres interventions chirurgicales ont été exclues de la présente étude.

**Graphique 1. Distribution des mastectomies pour cancer du sein en fonction de l'âge des patientes (45 413 mastectomies)**



des établissements ont réalisé moins de 15 interventions chirurgicales par an (49 établissements n'ont réalisé qu'une seule intervention). À l'inverse, 10 % des établissements assurent, à eux seuls, 55 % de l'activité totale (69 ont une activité supérieure à 100 interventions par an).

#### 46 % de l'activité de chirurgie du sein est assurée par le secteur privé

Les 654 (58 %) établissements privés à but lucratif assurent 46 % de l'activité totale de mastectomie et les 477 (42 %) établissements du service public en assurent 54 %. L'analyse par catégorie d'établissement montre une forte activité des centres de lutte contre le cancer ; les 20 CLCC (2 % des établissements) réalisent 22 % des recours chirurgicaux et les CHU/CHR (3 % des établissements) réalisent 12 % de l'activité. L'activité est plus faible pour les autres centres hospitaliers publics et les autres PSPH (38 % des établissements pour 20 % de l'activité).

#### Trois régions assurent plus du tiers de l'activité

Trois régions assurent plus du tiers de l'activité : la région Île-de-France représente 19,7 % de l'activité nationale. Viennent ensuite les régions Rhône-Alpes (9,3 %) et Provence-Alpes-Côte-d'Azur (8,2 %).

#### Prépondérance du privé dans 4 régions

La répartition privé/public est variable en fonction des régions. Dans certaines régions l'activité privée est prépondérante : en particulier en Champagne-Ardenne (66,3 %), en Limousin (64,8 %), en Poitou-Charentes (62,5 %) et en Pays de la Loire (62,3 %). À l'inverse, quelques régions ont une activité privée moins forte : l'Auvergne (26,8 %), la Basse-Normandie (30,5 %) et la Lorraine (32,8 %).

#### Quatre régions fortement attractives

La plupart des séjours ont lieu dans la région d'origine des patientes ; seuls 7 % des séjours ont lieu dans une région différente.

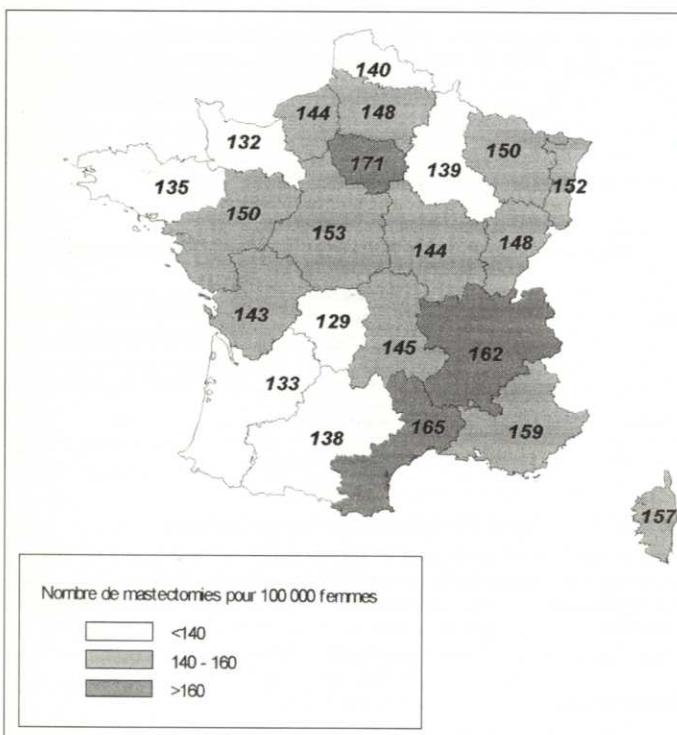
Quatre régions ont des taux d'attraction réelle importants : Alsace (13,4 %), Île-de-France (9,4 %), Champagne-Ardenne (9,0 %) et Aquitaine (8,3 %). D'autres ont des taux de fuite importants : Picardie (-57,8 %), Poitou-Charentes (-27,4 %), Centre (-16,8 %), Bourgogne (-9,9 %), Franche-Comté (-11,0 %) et Lorraine (-9,6 %). La région Corse a une activité marginale, les soins étant réalisés sur le continent.

#### L'activité régionale par type de mastectomie

Le taux national de mastectomies est de 156 pour 100 000 femmes, mais, selon la région d'origine des patientes, il varie entre 132 et 171. C'est en région Basse-Normandie que le taux régional est le plus faible à 132/100 000 et en région Île-de-France qu'il est le plus élevé à 171/100 000<sup>7</sup> (cf. Carte 1).

7. Taux calculés après standardisation sur l'âge.

**Carte 1. Taux par région des mastectomies pour cancer du sein pour 100 000 femmes en 1997**



Ces variations sont probablement liées à des variations d'incidence dont les registres de cancer ont montré la réalité.

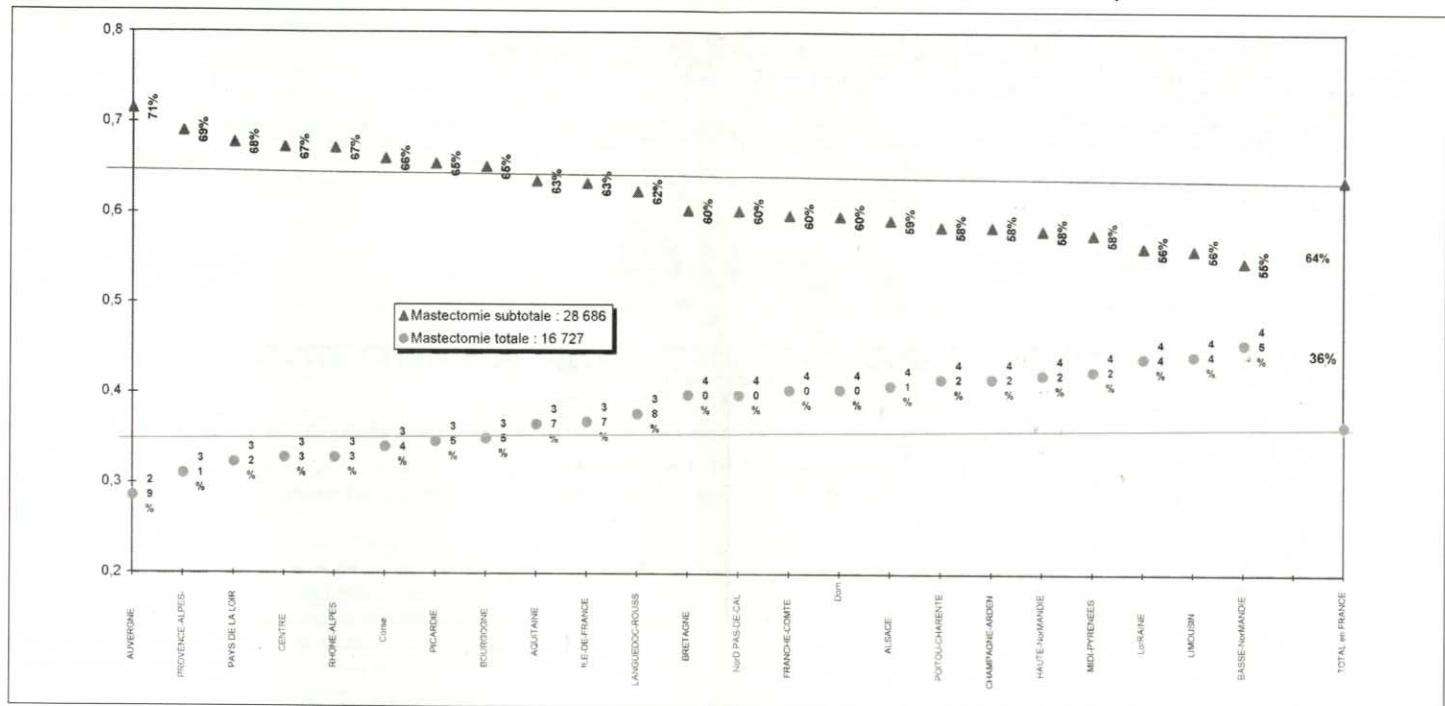
Les mastectomies totales représentent 37 % du total des mastectomies en France : 29 % en région Auvergne et 45 % en région Basse-Normandie (cf. Graph. 2).

## DISCUSSION

### Les données du PMSI

Le PMSI est un système de mesure de l'activité hospitalière à partir d'un recueil d'information minimum, systématique et standardisé. Il tient compte

**Graphique 2. Répartition régionale selon le type des mastectomies (mastectomies totales ou subtotalles) pour cancer du sein**



des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts. Il cherche à favoriser l'optimisation de l'offre de soins. Les enregistrements du PMSI correspondent à des recours hospitaliers et non à des patients. Les analyses présentées n'ont donc aucun caractère épidémiologique.

Certains recours ayant trait à un cancer du sein ont pu être classés dans un autre GHM, soit qu'un autre motif ait abouti au classement dans un autre GHM, soit que le cancer du sein n'ait pas été mentionné comme motif principal du recours au soin. Les données présentées peuvent donc être sous estimées.

### Les séjours hospitaliers

Plus de 45 000 séjours hospitaliers en 1997 ont été répertoriés dans le PMSI, pour une intervention chirurgicale liée au cancer de sein. Ce chiffre est supérieur au nombre estimé de nouveaux cas annuels [1] de cancer du sein (33 800 selon le réseau Francim) en raison des interventions liées aux récidives ; en effet, les données recueillies ne permettent pas de distinguer, en l'état actuel, les ré-interventions des autres.

L'analyse met en évidence une pratique importante de la mastectomie totale : 37 % des interventions avec acte chirurgical. Il n'est pas possible de rapprocher cette pratique de la gravité du cancer ni du protocole de traitement adopté (séances de radiothérapie et de chimiothérapie).

L'activité de chirurgie est caractérisée par une grande hétérogénéité. Un petit nombre d'établissements sont très spécialisés avec une activité chirurgicale forte. À l'inverse, un grand nombre d'établissements ont une très faible activité : 50 % des établissements ont réalisé moins de 15 interventions par an. Toutefois, il faut savoir que les données renseignées dans le PMSI concernent des recours payés par les établissements. Il est possible que certains établissements à très faible activité aient en fait « sous-traités » l'intervention pour chirurgie du cancer du sein à un autre hôpital.

### Les flux inter-régionaux

La carte des déplacements s'explique, en partie, par l'attractivité traditionnelle de certaines régions, l'inégale répartition des centres de lutte contre le cancer (la Corse, la Picardie, la région Poitou-Charentes n'en ont pas – le Limousin non plus mais cette région a une activité équilibrée). Enfin, les données des flux entre les régions ne peuvent pas être analysées sans tenir compte de la proximité géographique et des zones d'influence des établissements de santé qui peuvent être différentes des découpages administratifs.

La plupart des séjours ont lieu dans la région d'origine des patientes ; seuls 7 % des séjours ont lieu dans une région différente. Cette géographie en matière de chirurgie du cancer contraste avec ce qui est observé,

par exemple, en chirurgie cardiaque, où les flux sont de l'ordre de 20 % [2].

Les variations régionales de la pratique des mastectomies totales du sein sont probablement liées à des différences de gravité lors du diagnostic initial (découvertes tardives imposant une intervention radicale) et à des différences de pratique.

Si, à l'échelle nationale, la place que prend le secteur privé correspond à sa part relative de lits de chirurgie, cela ne se vérifie pas toujours dans chacune des régions. Dans certains cas (Île-de-France, Midi-Pyrénées, Languedoc Roussillon, Basse Normandie, Auvergne, Provence-Alpes-Côte-d'Azur), le privé assure une proportion moins grande d'activité que sa part de lits de chirurgie ; dans d'autres, la situation est inverse, en particulier en Limousin, Champagne-Ardenne, Picardie, Nord-Pas de Calais, Pays de Loire.

### CONCLUSION

Ces résultats permettent d'apprécier l'activité chirurgicale hospitalière en matière de mastectomies totales ou subtotalles pour le cancer du sein. Ils incitent à des recommandations sur le codage et la qualité des données et sont susceptibles d'aider à une meilleure organisation des soins. En effet, ces données permettent d'identifier le volume d'activité des établissements, le type d'établissements concernés et les zones d'attractivité régionale. Elles permettent d'engager une réflexion sur :

- Les structures impliquées dans la prise en charge du cancer du sein au regard du volume de leur activité ;
- L'articulation des services de chirurgie dans le cadre des schémas de prise en charge pluridisciplinaire (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, acteurs extra hospitaliers) ;
- L'équilibre territorial pour une bonne planification de la chirurgie carcinologique dans une logique de structures des soins adaptées et graduées.

### BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ménégoz F., Chérié-Challine L. — Le cancer en France : incidence et mortalité - Situation en 1995.
- [2] Etude DH-CNAMTS - groupe « Image ». — Activité des unités de chirurgie cardiaque françaises en 1994, août 1996, 83 pages.

Du fait de mouvements de protestation des médecins inspecteurs de santé publique et d'autres catégories de personnel du Ministère chargé de la santé, les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies ne sont pas transmises par la plupart des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est momentanément suspendue.

**Directeur de la publication :** P<sup>r</sup> J. DRUCKER – **Rédactrice en chef :** D<sup>r</sup> Corinne LE GOASTER – **Présidente du comité de lecture :** P<sup>r</sup> Elisabeth BOUVET – **Rédaction :** D<sup>r</sup> Rosemary ANCELLE-PARK, Ellen IMBERNON, Martine LE QUELLEC-NATHAN, Daniel LEVY-BRULH, Florence LOT, Véronique VAILLANT.

**Secrétariat de rédaction :** Sonia ORTIZ – Institut de Veille Sanitaire 12, rue de Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex Tél.: 01 41 79 67 18 – Fax.: 01 41 79 68 40 – e-mail : s.ortiz@invs.sante.fr – N° CPP : 2015 AD – N° INPI : 1 732 278 – ISSN 0245-7466

**Diffusion :** LA DOCUMENTATION FRANÇAISE – Service abonnements  
124, rue Henri-Barbusse, 93308 AUBERVILLIERS CEDEX (France)

Tél. : 01 40 15 70 00 – Télécopie : 01 40 15 68 00

Tarif 1999 – France : 46,00 € – 301,74 FF TTC, Europe : 51,50 € – 337,82 FF TTC  
DOM/TOM et Pays R.P. (Régime Particulier : Pays de la Zone francophone de l'Afrique

[hors Maghreb] et de l'Océan Indien), avion économique : 50,00 € – 327,98 FF HT  
Autres pays, avion économique : 53,00 € – 347,66 FF HT ; suppl. par avion rapide : 3,80 € – 24,93 FF HT.