

DÉLAI DE PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE DES PATIENTS VENDÉENS ATTEINTS D'UN CANCER DU CÔLON OU DU RECTUM À PARTIR DES DONNÉES DU REGISTRE DES CANCERS DE LOIRE-ATLANTIQUE ET VENDÉE (2009-2019)

// TREATMENT WAITING TIME FOR PATIENTS FROM THE FRENCH DEPARTMENT OF VENDÉE WITH COLON OR RECTAL CANCER BASED ON DATA FROM THE LOIRE-ATLANTIQUE AND VENDÉE CANCER REGISTRY (2009-2019)

Stéphanie Ayrault-Piault^{1,2} (stephanie.ayrault@chu-nantes.fr), Anne Cowppli-Bony^{1,2,3}, Solenne Delacour-Billon^{1,2}, Florence Molinié^{1,2,3}

¹ Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée, Nantes

² Réseau français des registres de cancers – Francim, Toulouse

³ Équipe de recherche Equity, Cerpap, UMR 1295, Toulouse

Soumis le 15.09.2025 // Date of submission: 09.15.2025

Résumé // Abstract

Introduction – Le cancer colorectal est un des trois cancers les plus fréquents en France en 2023. Le délai de prise en charge est un indicateur de la qualité des soins et des inégalités d'accès aux soins. L'objectif était de décrire le délai thérapeutique du cancer colorectal des patients résidant en Vendée.

Matériels et méthode – Un échantillon de 2 143 patients atteints de cancers invasifs du côlon ou du rectum diagnostiqués entre 2009 et 2019 a été inclus. Le délai thérapeutique, défini comme le nombre de jours entre la date de diagnostic et la date du premier traitement, a été étudié sous forme de deux indicateurs : délai médian et pourcentage de délai long (seuils à 6 semaines pour le côlon et à 8 semaines pour le rectum).

Résultats – Pour les 1 187 patients avec un cancer du côlon, la part des délais thérapeutiques longs a augmenté de 15% à 23% entre 2009 et 2019 et le délai médian est passé de 12 à 21 jours. Pour les 956 patients avec un cancer du rectum, la part des délais longs est passée de 17% à 40% et le délai médian de 33 à 50 jours. Il existe des disparités géographiques sur le territoire vendéen en termes de délai thérapeutique pour ces deux localisations cancéreuses.

Conclusion – Une augmentation préoccupante des délais thérapeutiques longs a été observée en particulier pour le cancer du rectum. Il est essentiel d'identifier les facteurs clés liés aux délais de prise en charge pour guider la mise en œuvre d'actions ciblées par les pouvoirs publics.

Introduction – Colorectal cancer is one of the three most common cancers in France in 2023. Treatment waiting time (TWT) is an indicator of quality of care and inequalities in access to care. The objective was to describe TWT for colorectal cancer in patients residing in the French department of Vendée.

Materials and methods – A sample of 2,143 patients with invasive colon or rectal cancers diagnosed between 2009 and 2019 was included. The TWT, defined as the number of days between the date of diagnosis and the date of the first treatment, was described as two indicators: median and percentage of long waiting time (thresholds of 6-weeks for colon and 8-weeks for rectum).

Results – For the 1,187 patients with colon cancers, the proportion of long TWT increased from 15% to 23% between 2009 and 2019 and median from 12 to 21 days. For the 956 patients with rectal cancers, the proportion of long waiting times rose from 17% to 40% and median from 33 to 50 days. There are geographical disparities within the French department of Vendée in terms of TWT for these two types of cancer.

Conclusion – A worrying increase in long TWT was observed, particularly for rectal cancer. It is essential to identify the key factors related to TWT in order to guide the implementation of targeted actions by public authorities.

Mots-clés : Cancer du côlon, Cancer du rectum, Délai thérapeutique, Registre des cancers

// **Keywords** : Colon cancer, Rectal cancer, Treatment waiting time, Cancer registry

Introduction

Avec plus de 47 000 cas incidents par an, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le deuxième chez la femme en France en 2023¹. Les traitements de ces cancers répondent à des recommandations nationales^{2,3,4}. Pour les cancers coliques non métastatiques (stade I-III), la

chirurgie est le traitement de référence, éventuellement suivie d'une chimiothérapie (stade III). Pour les cancers rectaux non métastatiques, la chirurgie est recommandée pour les stades I, mais le traitement de référence à partir des stades II consiste en une radio-chimiothérapie suivie d'une chirurgie. Pour les cancers colorectaux métastatiques, le traitement principal est la chimiothérapie.

Les délais de prise en charge sont des indicateurs importants de la qualité des soins et de la performance du système de santé ainsi que des traceurs des inégalités d'accès aux soins. Ceci a été rappelé par les différents plans Cancer mis en place en France. Avec le Plan Cancer 2009-2013⁵, la mesure 19 « Renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer » a été proposée dans un contexte d'accompagnement de la mise en œuvre du dispositif d'autorisation⁶, avec comme objectif de mieux connaître les délais de prise en charge afin de réduire les inégalités d'accès aux soins. L'action « 19.4 Mener une étude sur les délais de prise en charge dans plusieurs régions » permettant de disposer d'un état des lieux objectif sur les délais de prise en charge, a conduit à la rédaction de plusieurs rapports⁷⁻⁹ et articles^{10,11} sur le sujet, et notamment sur le cancer colorectal. Le Plan Cancer 2014-2019¹², puis la stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021-2030¹³ ont réaffirmé la volonté de réduire les délais de prise en charge et de suivre cette évolution avec la diffusion publique d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS). Un rapport de l'Institut national du cancer (INCa) et de la Haute Autorité de santé (HAS)¹⁴ a permis de fournir un indicateur IQSS concernant la proportion de patients atteints d'un cancer colorectal pour lequel le délai entre la date de la biopsie de diagnostic et la date du début du premier traitement est conforme aux délais attendus, avec une cible à atteindre (>90%) et une cible d'alerte (<75%). Les seuils définis par des experts étaient de moins de six semaines pour les cancers invasifs non métastatiques au diagnostic du côlon et de la jonction recto-sigmoïdienne, et de moins de huit semaines pour les cancers invasifs du rectum, non métastatiques au diagnostic, ainsi que pour les cancers colorectaux métastatiques.

Le comité vendéen de la Ligue contre le cancer a mandaté le Registre des cancers de Loire-Atlantique/Vendée (RCLAV) pour étudier les délais de prise en charge du cancer colorectal des patients vendéens, sur un territoire où seul un établissement (centre hospitalier (CH) de La Roche-sur-Yon) dispose des trois autorisations pour traiter les cancers colorectaux et peut proposer la radiothérapie. Nos objectifs étaient de décrire le délai thérapeutique, son évolution dans le temps et sa répartition géographique sur le territoire vendéen.

Matériel et méthodes

Le RCLAV enregistre de façon continue et exhaustive tous les nouveaux cancers diagnostiqués depuis 1998 chez les personnes résidant dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée au moment du diagnostic grâce à un réseau de partenaires publics et privés. Il recueille annuellement des informations complémentaires sur les traitements, en consultant les dossiers médicaux des patients, pour un échantillon aléatoire d'au moins 100 cancers coliques (incluant la jonction recto-sigmoïdienne) et 70 cancers rectaux. Le tirage au sort se fait a

priori, avant la validation des cancers et le recueil de données, sur une période dépendant du jour et du mois de naissance des patients.

Pour les patients vendéens adultes, sur la période 2009-2019, l'ensemble des 2 395 primo-cancers invasifs colorectaux issus de ces échantillons annuels ont été inclus dans cette étude. En raison de l'impossibilité de calculer le délai thérapeutique, 252 cas ont été exclus, dans la grande majorité des cas parce qu'aucun traitement n'avait été réalisé. Les patients exclus étaient plus souvent âgés de 75 ans et plus et 71% d'entre eux étaient décédés moins d'un an après le diagnostic. Au final, l'étude a porté sur un échantillon de 2 143 patients : 1 187 cancers coliques et 956 cancers rectaux.

Les variables issues de la base de données du RCLAV étaient : le sexe, l'âge, le premier traitement et l'adresse de résidence du patient au moment du diagnostic ainsi que les dates de diagnostic et de premier traitement.

Le délai thérapeutique a été défini comme le nombre de jours entre la date de diagnostic et la date du premier traitement. Deux indicateurs ont été étudiés : le délai médian et le pourcentage de délai long, en utilisant les seuils définis selon les recommandations de l'INCa : ≥6 semaines (42 jours) pour le côlon sans tenir compte du stade et ≥8 semaines (56 jours) pour le rectum¹⁴.

La commune de résidence a permis de définir l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) du lieu de résidence (source Insee), correspondant à une structure administrative permettant à plusieurs communes d'exercer des compétences en commun.

Stata 14® a été utilisé pour le data management des données et R 4.4.1® pour les analyses descriptives et les représentations cartographiques.

Résultats

La population d'étude est décrite dans le tableau 1. Les 2 143 patients inclus étaient majoritairement des hommes, âgés de 50 à 74 ans. Les patients atteints de cancer colique avaient majoritairement reçu une chirurgie en premier traitement (90%) et ceux atteints de cancer rectal une radio-chimiothérapie (37%) ou une chirurgie (31%).

Les délais thérapeutiques étaient significativement plus longs pour les cancers rectaux (médiane à 42 jours, avec 46% de délais d'au moins 45 jours), comparativement aux cancers coliques (médiane à 19 jours, avec 46% de délais de moins de 15 jours) (tableau 2).

Pour les cancers coliques, la part des délais thérapeutiques longs (≥42 jours) a augmenté de 15% à 23% entre 2009 et 2019, et le délai médian est passé de 12 à 21 jours sur cette même période (tableau 2 et figure 1a).

Pour les cancers rectaux, la part des délais thérapeutiques longs (≥56 jours) est passé de 17% à 40% et le délai médian de 33 à 50 jours au cours de la même période (tableau 2 et figure 1b).

Il existe des disparités géographiques sur le territoire vendéen (figure 2) en termes de pourcentage de délais longs pour ces deux localisations cancéreuses ($p=0,03$ pour les cancers coliques comme pour les cancers rectaux). Sur les 20 EPCI de Vendée, la proportion de délais supérieurs au seuil recommandé était supérieure ou égale à 20% pour les patients résidant

Tableau 1

Description de la population d'analyse en fonction de la localisation cancéreuse

Caractéristiques	Vendée			
	Côlon		Rectum	
	N	(%)	N	(%)
Population d'analyse (N=2 143)	1 187	100,0	956	100,0
Année de diagnostic				
2009-2011	289	24,3	198	20,7
2012-2014	323	27,2	248	25,9
2015-2017	364	30,7	337	35,3
2018-2019	211	17,8	173	18,1
Sexe				
Homme	681	57,4	626	65,5
Femme	506	42,6	330	34,5
Âge (ans)				
<50	50	4,2	52	5,4
50-74	630	53,1	583	61,0
75 et plus	507	42,7	321	33,6
EPCI				
CC du Pays de Saint-Gilles-Croix-de-Vie	106	8,9	103	10,8
CC Terres-de-Montaigu	62	5,2	38	4,0
CA Les Sables d'Olonne Agglomération	143	12,0	105	11,0
CC Challans-Gois Communauté	90	7,6	68	7,1
CC Vendée Grand Littoral	68	5,7	65	6,8
CC du Pays de Saint-Fulgent – Les Essarts	44	3,7	33	3,5
CC Pays de Fontenay-Vendée	70	5,9	36	3,8
CC de Vie et Boulogne	46	3,9	51	5,3
CC Sud Vendée Littoral	108	9,1	89	9,3
CC de l'Île de Noirmoutier	38	3,2	21	2,2
CC Océan Marais de Monts	43	3,6	40	4,2
CC Pays de Chantonnay	38	3,2	20	2,1
CC du Pays de la Châtaigneraie	39	3,3	27	2,8
CC du Pays de Pouzauges	35	2,9	26	2,7
CC du Pays des Achards	22	1,9	25	2,6
CC Vendée, Sèvre, Autise	30	2,5	27	2,8
CA La Roche-sur-Yon Agglomération	119	10,0	96	10,0
CC du Pays des Herbiers	41	3,5	37	3,9
CC du Pays de Mortagne	36	3,0	36	3,8
Île d'Yeu	9	0,8	13	1,4

EPCI : établissement public de coopération intercommunale ;
CC : communauté de communes ; CA : communauté d'agglomération.

dans 7 EPCI pour les cancers coliques et était supérieure ou égale à 30% dans 14 EPCI pour les cancers rectaux. Certains EPCI présentaient une proportion particulièrement élevée de délais supérieurs au seuil recommandé : supérieure ou égale à 30% dans un EPCI (Communauté de communes (CC) de l'île de Noirmoutier) pour le cancer colique et supérieure ou égale à 40% dans 3 EPCI du sud de la Vendée pour le cancer rectal (CC Vendée Grand Littoral, CC Sud Vendée Littoral et CC du Pays de Fontenay Vendée). Deux EPCI avaient un pourcentage de délai long inférieur à 20% pour le cancer rectal (CC Challans-Gois Communauté et CC du Pays des Herbiers). Une hétérogénéité similaire existe lorsqu'on analyse les délais médians (données non montrées).

Discussion

Cette étude réalisée à partir d'un échantillon aléatoire de cancers colorectaux invasifs a permis de décrire les délais thérapeutiques sur une période récente. Comme attendu, les délais thérapeutiques sont plus longs pour le cancer rectal. Les différences de prise en charge, en particulier une chirurgie initiale

Figure 1

Évolution du délai médian et du pourcentage de délai long sur la période 2009-2019

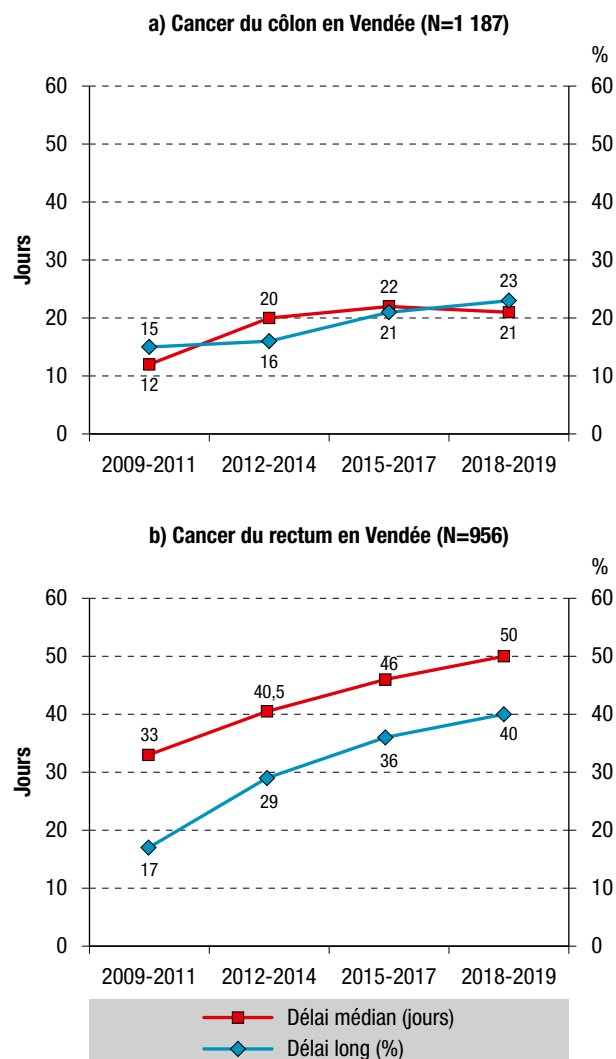


Tableau 2

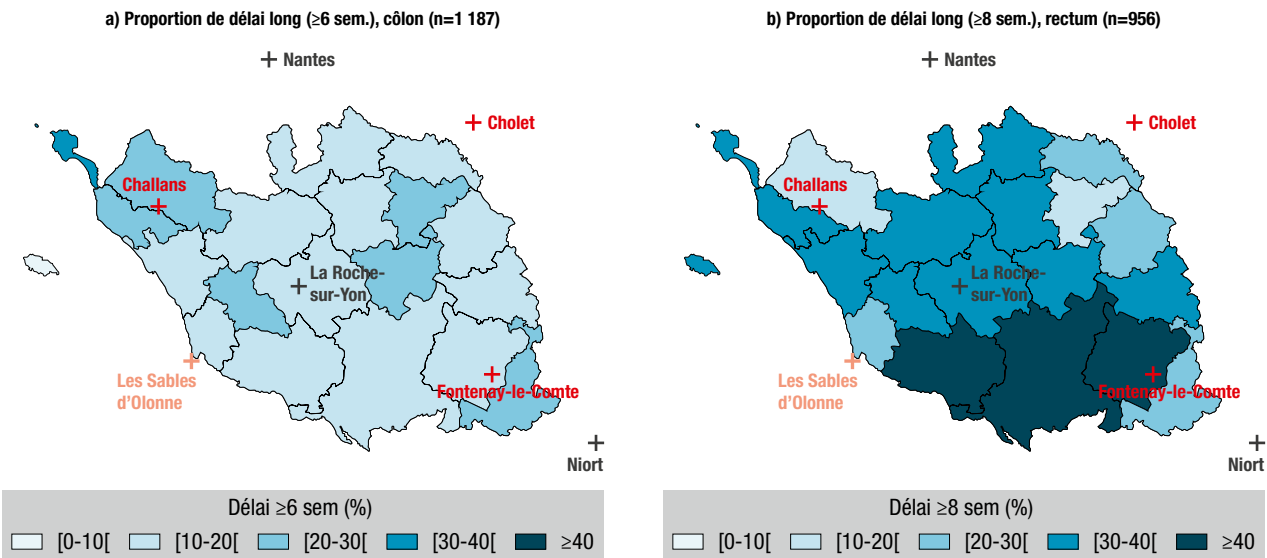
Description des délais thérapeutiques (N=2 143) en fonction de la localisation cancéreuse

Caractéristiques	Vendée							
	Côlon				Rectum			
	N	%	médiane	[Q1-Q3] [§]	N	%	médiane	[Q1-Q3] [§]
Délai médian (en jours)	1 187		19	[0-35]	956		42	[23-61]
Délai en classe (en jours)								
<15	544	45,8			182	19,0		
15-29	247	20,8			126	13,2		
30-44	209	17,6			207	21,7		
45-59	114	9,6			180	18,8		
≥60	73	6,1			261	27,3		
Délai selon seuil*								
Délai court	966	81,4			660	69,0		
Délai long	221	18,6			296	31,0		

§ [Q1-Q3] : intervalle interquartile (Q1 : valeur pour laquelle 25% des patients ont un délai inférieur et Q3 : valeur pour laquelle 25% ont un délai supérieur).
* Délai long défini en fonction de la localisation (pour cancer du côlon : ≥6 semaines ; pour cancer du rectum : ≥8 semaines).

Figure 2

Cartographie par EPCI de la proportion de délai long chez les patients vendéens atteints de cancers invasifs colorectaux en 2009-2019



+ Commune avec au moins un établissement ayant les 3 autorisations (chirurgie digestive, chimiothérapie et radiothérapie)
+ Commune avec un établissement autorisé pour la chirurgie digestive et 1 établissement autorisé pour la chimiothérapie
+ Commune avec un ou plusieurs établissement(s) autorisé(s) uniquement pour la chirurgie digestive
EPCI : établissement public de coopération intercommunale.

plus fréquente pour les cancers coliques que pour les cancers rectaux, pourrait expliquer en partie cette différence de délai long⁸. Pour ces derniers, une radiothérapie ou une radio-chimiothérapie est souvent réalisée avant la chirurgie, en fonction du bilan d'extension pré-thérapeutique réalisé²⁻⁴.
Notre étude a également montré une augmentation du délai thérapeutique médian entre 2009 et 2019 qui est passé de 12 à 21 jours pour les cancers coliques et de 33 à 50 jours pour les cancers rectaux.
En France, depuis la mise en place des différents plans Cancer, des informations sur les délais de prise en charge du cancer colorectal et leur évolution dans

le temps ont été produites¹⁵. Dans une étude à partir de données issues de registres spécialisés sur la période 1999-2008, le délai médian entre le diagnostic et le premier traitement variait de 9 à 14 jours pour les cancers coliques et de 23 à 34 jours pour les cancers rectaux, selon le département du registre^{7,10}, ce qui reste cohérent avec les valeurs observées dans notre étude en début de période (2009-2011). De plus, dans cette étude en population, les délais de prise en charge ont augmenté entre les périodes 1999-2003 et 2004-2008 pour les cancers colorectaux. Selon les auteurs, cet allongement du délai serait en partie lié à un accès plus long aux examens requis lors du bilan pré-opératoire ou à une réalisation plus longue d'un

bilan plus complet, ou encore à un accès plus long à la chirurgie. Dans une autre étude française, réalisée cette fois par échantillonnage à partir des fiches de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et des dossiers médicaux en 2011, le délai médian entre diagnostic et intervention chirurgicale (non urgente) pour le cancer colique était de 15 jours^{8,9,11}.

L'allongement du délai entre 2009 et 2019 peut également être attribué en partie aux évolutions des recommandations de bonnes pratiques, notamment avec la mise en œuvre des RCP permettant de discuter des traitements les plus adaptés au patient et à sa tumeur et avec le renforcement du bilan pré-thérapeutique²⁻⁴. Les examens d'imagerie complémentaires ont été enrichis, en particulier pour le cancer rectal (IRM pelvienne, écho-endoscopie rectale) permettant d'apprécier l'importance de la tumeur et son extension locale et de choisir le traitement (radiothérapie et/ou chimiothérapie pré-opératoire, traitement chirurgical d'emblée). Toutefois, on ne peut pas écarter également un effet de saturation des établissements de santé prenant en charge les patients atteints de ces cancers, avec un allongement de la file d'attente et des délais d'accès à la radiothérapie, d'autant qu'un seul établissement propose la radiothérapie en Vendée (CH de La Roche-sur-Yon).

L'allongement du délai est particulièrement préoccupant car il peut entraîner un impact psychologique important sur le patient, mais également influencer le pronostic vital, même si les résultats des études analysant délai et survie ne sont pas concluants¹⁶. Une étude a cependant montré que la mortalité augmentait pour un délai du diagnostic jusqu'à la chirurgie supérieur à 12 semaines pour les cancers colorectaux¹⁷.

La répartition des EPCI avec une proportion élevée de délai long est différente pour les cancers coliques et rectaux probablement en raison des différences de prises en charge mentionnées plus haut.

Pour expliquer les disparités géographiques du délai thérapeutique en Vendée, plusieurs hypothèses non exclusives sont possibles. La première pourrait être la proximité géographique d'un établissement de soins proposant le traitement préconisé. La Vendée dispose d'un CH qui a toutes les autorisations en oncologie digestive (chirurgie digestive, chimiothérapie et radiothérapie), mais qu'il n'y a ni centre hospitalier universitaire, ni centre de lutte contre le cancer sur le territoire vendéen. Les autres établissements, limitrophes à la Vendée et ayant les trois autorisations se trouvent en Loire-Atlantique, dans le Maine-et-Loire et en Nouvelle-Aquitaine. Une étude française récente a montré que la survie après cancer colorectal ou cancer anal chez les hommes était meilleure pour les patients résidant à proximité ou très loin d'un centre de référence¹⁸.

Pour le cancer colique, la CC de l'île de Noirmoutier présente des délais thérapeutiques plus longs que dans les autres EPCI de Vendée. La presqu'île de Noirmoutier connaît une situation d'offre médicale faible avec un établissement proposant la chirurgie à proximité (les

établissements détenant les trois autorisations les plus proches étant à Nantes ou à La Roche-sur-Yon).

Autour de La Roche-sur-Yon, où se situe le seul établissement de Vendée détenant les trois autorisations pour la prise en charge des cancers colorectaux, les EPCI concernés semblent avoir des proportions de délai long plus faible (autour de 10-20%). Cependant, deux EPCI proches de La Roche-sur-Yon (CC du Pays des Achards et CC Pays de Chantonay) ont quant à eux des proportions de délai long autour de 20-30%. Il en est de même du CC Vendée, Sèvre, Autise, au sud-est de la Vendée, qui est proche de Niort (commune également avec un établissement détenant les trois autorisations en oncologie digestive).

Pour le cancer rectal, la plupart des EPCI sont concernés par une proportion élevée de délai long. Résider dans l'EPCI de La Roche-sur-Yon avec le CH (détenant les trois autorisations), ou les EPCI voisins, ne semble pas lié à des délais plus courts de prise en charge. Les EPCI avec une proportion plus faible de délai long sont situés plutôt au Nord et à l'Est du département suggérant une prise en charge hors de la Vendée. La proportion plus forte de délai long dans les trois EPCI du sud de la Vendée suggère un défaut d'offre de soin ou de coordination du parcours ou une saturation des établissements concernés. D'autres critères tels que la renommée de l'établissement (en lien ou non avec les autorisations en oncologie), la réalisation de l'ensemble de la prise en charge dans un seul établissement et l'existence de filières de soins « historiques » peuvent également influencer le choix par le patient du lieu de prise en charge. Les caractéristiques des patients (âge, niveau socio-économique) et de leurs tumeurs (notamment le stade) peuvent influencer le choix du lieu de prise en charge.

Nous ne pouvons exclure que le manque de puissance et l'échantillonnage entraîne des imprécisions sur les disparités géographiques de délai. Une autre limite de notre étude est d'avoir adapté les seuils des délais longs proposés par l'INCa pour s'affranchir du caractère métastatique ou non de la tumeur. La force de l'étude réside dans les données représentatives de la population vendéenne avec des données standardisées sur le diagnostic et précises sur la commune de résidence des patients sur une longue période.

Conclusion

Une augmentation préoccupante des délais thérapeutiques longs a été observée en particulier pour le cancer du rectum en Vendée sur la période 2009-2019. Elle pourrait être le reflet d'une amélioration de la prise en charge comme de la saturation du système de soins. Les disparités géographiques observées peuvent entraîner une perte de chance pour certains patients. Il est essentiel d'identifier les facteurs clés liés aux délais de prise en charge pour guider la mise en œuvre d'actions ciblées par les pouvoirs publics, afin d'éviter les pertes de chance liées à l'allongement des délais de prise en charge globalement et de réduire les inégalités géographiques. Les registres de cancers sont des outils précieux pour évaluer régulièrement ces délais thérapeutiques. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Financements

Comité vendéen de la Ligue contre le cancer.

Remerciements

Nous remercions le Dr Marc-Henri Jean (CHD Vendée - La Roche-Sur-Yon) pour ses précieux conseils et son aide dans l'interprétation des résultats.

Nous remercions l'ensemble des partenaires publics et privés, notamment les laboratoires d'anatomie pathologique, de cyto-hématologie, de cytogénétique, les établissements de soins, l'Assurance Maladie, le dispositif régional du cancer ONCOPL et les médecins qui contribuent au fonctionnement en routine du registre. Nous remercions également l'ensemble des partenaires institutionnels ou privés qui nous soutiennent financièrement (Comités de Vendée et de Loire-Atlantique de la Ligue contre le cancer, ARS des Pays de la Loire, CHU de Nantes, CHD Vendée, Institut de Cancérologie de l'Ouest, INCa, Santé publique France, DGOS).

Références

- [1] Lapôtre-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, *et al.* Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(12-13):188-204. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html
- [2] Institut national du cancer. Cancers colorectaux / Du diagnostic au suivi. Boulogne-Billancourt: INCa; 2018. 28 p. <https://www.cancer.fr/professionnels-de-sante/recommandations-et-aide-a-la-pratique/outils-pour-la-pratique-des-medecins-generalistes/outils-par-localisation-de-cancer/du-diagnostic-au-suivi/cancers-colorectaux>
- [3] Lecomte T, Tougeron D, Chautard R, Bressand D, Bibeau F, Blanc B, *et al.* Non-metastatic colon cancer: French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatments, and follow-up (TNCD, SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, ACHBT, SFP, AFEF, and SFR). *Dig Liver Dis.* 2024;56(5):756-69.
- [4] Cotte E, Arquilliere J, Artru P, Bachet JB, Benhaim L, Bibeau F, *et al.* Rectal cancer – French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up (TNCD, SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, ACHBT, SFP, Renape, SNFCP, AFEF, SFR, and GRECCAR). *Dig Liver Dis.* 2025;57(3):669-79.
- [5] Institut national du cancer. Plan cancer 2009-2013 : personnalisation et innovation. Boulogne-Billancourt: INCa; 2009. 140 p. <https://www.cancer.fr/l-institut-national-du-cancer/la-strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-france/les-plans-cancer>
- [6] République française. Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer. *JORF*; 2022. 2 p. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000045668852
- [7] InVS ; Hospices civils de Lyon ; Réseau Francim ; INCa. Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008. Boulogne-Billancourt: INCa; 2012. 42 p. <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/du-diagnostic-au-premier-traitement-delaix-de-prise-en-charge-des-cancers-enregistres-par-les-registres-specialises-du-reseau-francim-1999-2008>
- [8] Institut national du cancer. Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate. Boulogne-Billancourt: INCa; 2013. 42 p.
- [9]. Institut national du cancer. Étude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate. Boulogne-Billancourt: INCa; 2013. 116 p. <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/etude-sur-les-delaix-de-prise-en-charge-des-cancers-du-colon-et-de-la-prostate-2012>
- [10] Bouvier AM, Arveux P, Baldi I, Bouvier V, Dabakuyo S, Daoulas M, *et al.* Quels sont les délais de prise en charge des cancers en France ? Étude menée à partir des registres de cancers. *Bull Epidemiol Hebd.* 2013;(43-44-45):581-9. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2013/43-44-45/2013_43-44-45_5.html
- [11] Pourcel G, Ledesert B, Bousquet PJ, Ferrari C, Viguier J, Buzyn A. Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012. *Bull Cancer.* 2013;100(12):1237-50.
- [12] Institut national du cancer. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Boulogne-Billancourt: INCa; 2014. 210 p. <https://www.cancer.fr/l-institut-national-du-cancer/la-strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-france/les-plans-cancer>
- [13] Institut national du cancer. Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : des progrès pour tous, de l'espoir pour demain. Boulogne-Billancourt: INCa; 2021. 253 p. <https://www.cancer.fr/l-institut-national-du-cancer/la-strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-france/strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
- [14] Institut national du cancer. Cancer colorectal : indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Boulogne-Billancourt: INCa; 2022. 68 p. <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/cancer-colorectal-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins>
- [15] Institut national du cancer. Évaluation comparative des études réalisées sur les délais en cancérologie. Boulogne-Billancourt: INCa; 2015. 54 p. <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/evaluation-comparative-des-etudes-realisees-sur-les-delaix-en-cancerologie-octobre-2014>
- [16] Ramos M, Esteva M, Cabeza E, Campillo C, Llobera J, Aguiló A. Relationship of diagnostic and therapeutic delay with survival in colorectal cancer: A review. *Eur J Cancer.* 2007;43(17):2467-78.
- [17] Shin DW, Cho J, Kim SY, Guallar E, Hwang SS, Cho B, *et al.* Delay to curative surgery greater than 12 weeks is associated with increased mortality in patients with colorectal and breast cancer but not lung or thyroid cancer. *Ann Surg Oncol.* 2013;20(8):2468-76.
- [18] Gardy J, Wilson S, Guizard AV, Bouvier V, Tron L, Launay L, *et al.* Cancer survival and travel time to nearest reference care center for 10 cancer sites: An analysis of 21 French cancer registries. *Cancers* 2023;15(5):1516.

Citer cet article

Ayrault-Piault S, Cowppli-Bony A, Delacour-Billon S, Molinié F. Délai de prise en charge thérapeutique des patients vendéens atteints d'un cancer du côlon ou du rectum à partir des données du Registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée (2009-2019). *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(3-4):52-7. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/3-4/2026_3-4_4.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0*. qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

