

CONTEXTE NATIONAL

Actuellement, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme en France. D'après les estimations du Réseau français des registres de cancer (francim), le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate diagnostiqués en France est de l'ordre de 40 000 au cours de l'année 2000. Le cancer de la prostate est un cancer du sujet âgé, près de la moitié des nouveaux cas est apparue chez des hommes âgés de 75 ans ou plus. L'augmentation générale de l'espérance de vie tend donc également à accroître le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate. L'incidence du cancer de la prostate augmente considérablement depuis vingt ans. Le vieillissement de la population, l'amélioration des méthodes diagnostiques et l'augmentation effective de la pathologie expliquent cette évolution saisissante.

En termes de mortalité, le cancer de la prostate est la 3^e cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et des voies aéro-digestives supérieures (VADS). En 2000, il a entraîné 10 % des décès masculins par cancer, soit un peu plus de 9 000 décès. Depuis le début des années quatre-vingt, le taux comparatif de mortalité est resté stable. Quant à la mortalité prématurée (avant 65 ans), elle est relativement faible.

Le cancer de la prostate a motivé environ 39 800 admissions en affection de longue durée (ALD) parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'Assurance maladie en 2002. Ainsi, ces personnes ont pu bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Cette même année, il a constitué le diagnostic principal de 55 000 séjours en établissements de soins de courte durée, dont 29 000 séjours chirurgicaux selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI). S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas de dénombrement.

Les stratégies thérapeutiques tiennent compte du stade de développement du cancer et de son extension, de l'âge et de l'état général du patient.

L'intérêt d'un dépistage de masse du cancer de la prostate n'est pas aussi évident que pour d'autres formes de cancer, son efficacité reste à évaluer. En effet, l'efficacité d'un traitement précoce n'a jamais pu être démontrée dans le cadre d'études prospectives contrôlées. Un dépistage de masse risquerait de mettre en évidence et de traiter des petites lésions tumorales qui auraient pu rester asymptomatiques. En 1998, l'ANAES a réalisé un travail sur l'opportunité du dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA (antigène spécifique de la prostate). Cette étude a conclu que «les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage de masse du cancer de la prostate». En juillet 2001, un groupe d'experts réunis à la demande du ministère chargé de la Santé a conclu à l'absence d'argument récent en faveur d'un dépistage organisé : le dépistage doit être proposé dans un cadre individuel selon la volonté de la personne, après information sur les conséquences du dépistage et en fonction de ses propres facteurs de risque.

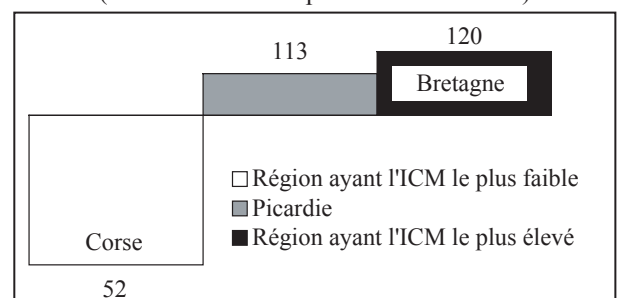
SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Une surmortalité par cancer de la prostate significative en Picardie par rapport à la moyenne nationale.
- Près de 1 300 nouveaux cas de cancer de la prostate en 2000.
- Une incidence en très forte progression depuis 1980, une mortalité en baisse depuis 1992.
- Plus de 1 100 bénéficiaires d'exonération de ticket modérateur au titre d'une ALD pour cancer de la prostate.

● Une surmortalité par cancer de la prostate significative en Picardie

Sur la période 1998-2000, la Picardie enregistre une surmortalité (+13 %) par cancer de la prostate significative par rapport à la moyenne nationale. Cette dernière se place 6^e au classement des régions métropolitaines les plus concernées, devancée par d'autres régions situées au nord de l'Hexagone : Nord - Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, et Bretagne. La mortalité par cancer de la prostate y est en effet plus élevée que dans les régions méridionales.

Indice comparatif de mortalité par cancer de la prostate en 1998-2000
(ICM France métropolitaine = base 100)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

LE CANCER DE LA PROSTATE

Incidence estimée (2000) et mortalité (1998-2000) par cancer de la prostate en Picardie

	25-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans ou plus	Ensemble
Incidence	1	30	184	541	437	112	1305
<i>Taux brut*</i>	0,4	22,1	234,9	814,4	1322,8	1289,1	142,4
Mortalité	0	2	20	67	108	89	286
<i>Taux brut*</i>	0,0	1,3	25,6	100,9	341,2	1045,3	31,3

Sources : Francim, Inserm CépiDC, INSEE

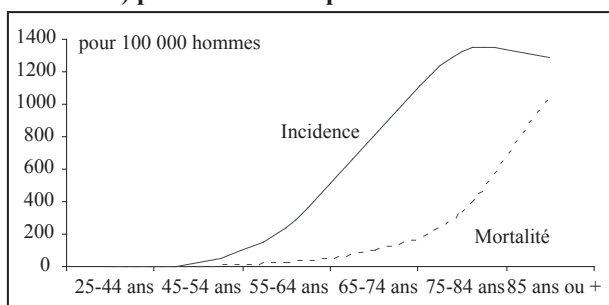
* pour 100 000

● 1 305 nouveaux cas de cancer de la prostate en 2000

Francim estime à 1 305 le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate en Picardie pour l'année 2000. Il constitue la première localisation cancéreuse en termes d'incidence chez les hommes (1 nouveau cas de cancer masculin sur 4 est un cancer de la prostate).

Le cancer de la prostate est rare avant 65 ans (16 % des nouveaux cas de cancer). Les décès attribués à ce cancer s'élèvent à 286 sur la période 1998-2000.

Taux d'incidence (2000) et taux de mortalité (1998-2000) par cancer de la prostate en Picardie



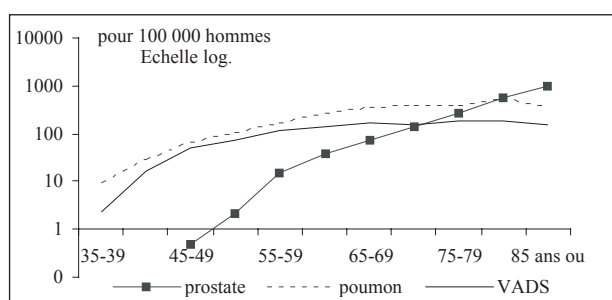
Sources : Francim, Inserm, CépiDC, INSEE

● Une incidence et une mortalité maximales aux âges élevés

Le taux d'incidence du cancer de la prostate augmente avec l'âge jusqu'au groupe d'âge 75-84 ans. L'augmentation est particulièrement forte à partir de 65 ans. Pour le dernier groupe d'âge, le taux décroît faiblement. L'incidence maximale du cancer de la prostate s'observe pour le groupe d'âge 75-84 ans.

Les taux de mortalité par cancer de la prostate sont croissants et plus rapidement à partir de 75 ans. La mortalité maximale est atteinte au dernier groupe d'âge (85 ans et plus).

Mortalité masculine par cancer de la prostate, du poumon et des VADS en 1998-2000 en Picardie



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

● Première cause de mortalité par cancer chez les hommes âgés de 80 ans ou plus

Les trois principales localisations cancéreuses en termes de mortalité sont le poumon, la prostate et les voies aéro-digestives supérieures (VADS) chez les hommes. La hiérarchie des trois localisations varie cependant avec l'âge :

- jusque l'âge de 80 ans, les taux de mortalité les plus élevés sont ceux du cancer du poumon.

- après 80 ans, le cancer de la prostate prédomine.

Avec l'âge, les décès par cancer de la prostate sont cependant de plus en plus représentés.

Incidence Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte-d'or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport incidence/mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps. Les estimations ont été réalisées sur 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

LE CANCER DE LA PROSTATE

● Une forte progression de l'incidence du cancer de la prostate depuis 1980

La Picardie connaît, comme la France, une très forte progression de l'incidence du cancer de la prostate depuis 1980. Le taux standardisé d'incidence a progressé de 171 % en Picardie et de 169 % en France entre 1980 et 2000. Le vieillissement de la population explique en partie cette évolution frappante mais pas seulement. Enfin, il faut noter que les taux standardisés observés en Picardie sont supérieurs à la moyenne nationale.

Incidence estimée du cancer de la prostate entre 1980 et 2000 en Picardie

	1980	1985	1990	1995	2000
Nombre de nouveaux cas	363	455	618	875	1305
(dont prématuré)	41	72	104	146	215
Taux d'incidence*	71,8	88,1	113,6	144,5	194,9
France	64,3	79,0	101,7	130,7	173,3

Sources : Francim, INSEE

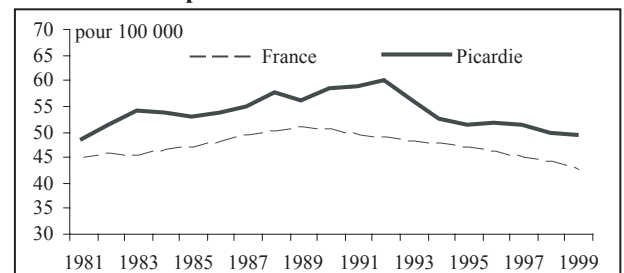
* taux standardisé sur la population française de 2001, taux pour 100 000

● Une baisse de la mortalité par cancer de la prostate depuis 1992 en Picardie

Deux phases se distinguent quant à l'évolution de la mortalité par cancer de la prostate. Durant les années quatre-vingt, la mortalité par cancer de la prostate progresse, puis, durant les années quatre-vingt-dix, elle régresse. Cependant, on note un décalage entre l'évolution observée en Picardie et l'évolution française. Ainsi, la diminution s'est déclenchée plus tardivement en Picardie (en 1992) qu'en France (en 1990). Ainsi, la surmortalité picarde est maximale en 1992 (+22 %).

De 1982 à 1999, le taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate est significativement supérieur à la moyenne nationale.

Taux comparatifs de mortalité par cancer de la prostate entre 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

* données lissées sur trois ans

● En 2002, près de 1 100 bénéficiaires d'une ALD

En 2002, près de 1 100 cas de cancer de la prostate ont été reconnus au titre d'une affection de longue durée pour les trois principaux régimes d'Assurance maladie.

22 % des admissions en ALD pour cancer de la prostate concernaient des hommes âgés de moins de 65 ans.

Admissions en affections de longue durée pour cancer de la prostate en Picardie en 2002

	Effectif	%
Moins de 65 ans	242	21,8
65-84 ans	798	71,8
85 ans et plus	72	6,5
Ensemble	1 112	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

LE CANCER DE LA PROSTATE

Les séjours en établissements de santé pour cancer de la prostate

Au cours de l'année 2002, les Picards ont effectué près de 505 400 séjours en services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) dans les établissements de santé publics et privés. Plus de 1 900 séjours avaient pour diagnostic principal un cancer de la prostate.

● Progression du nombre de séjours pour cancer de la prostate entre 1998 et 2002

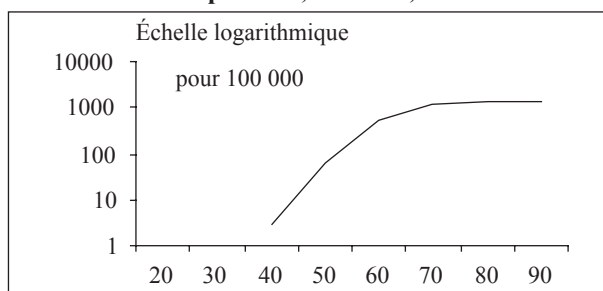
En 2002, 1 919 séjours en établissements de santé effectués par des Picards avaient pour diagnostic principal un cancer de la prostate. Près de trois de ces séjours sur quatre concernaient des hommes âgés de 65 ans ou plus. Le taux de séjour est croissant avec l'âge, atteignant 1 442 séjours pour 100 000 hommes pour le dernier groupe d'âge. Un peu moins de la moitié (44 %) des séjours pour cancer de la prostate concernait un service de chirurgie. Les séjours en services de chirurgie sont plus longs en moyenne que les séjours en services non chirurgicaux (8,8 jours en moyenne contre 4,7 jours). Les séjours sont de même plus longs quand ils sont effectués par les hommes les plus âgés. Enfin, le taux de fuite (proportion de séjours effectués par des Picards hors de la région Picardie) pour cette pathologie s'élève à 15 % des séjours, la région Île-de-France rassemblant près de 40 % de séjours effectués hors de la Picardie. Le nombre de séjours pour cancer de la prostate progresse, passant de 1 312 en 1998 à 1 919 en 2002 (soit + 46 % sur la période). Les projections chiffrent l'évolution du nombre de séjours à +21 % entre 2001 et 2010.

Répartition des séjours par âge pour cancer de la prostate, Picardie, 2002

	Nb	%
Moins de 25 ans	0	0,0%
25-44 ans	4	0,2%
45-64 ans	508	26,5%
65-84 ans	1 299	67,7%
85 ans ou plus	108	5,7%
Ensemble	1 919	100,0%

Sources : DHOS, INSEE

Taux brut de séjour par âge pour cancer de la prostate, Picardie, 2002

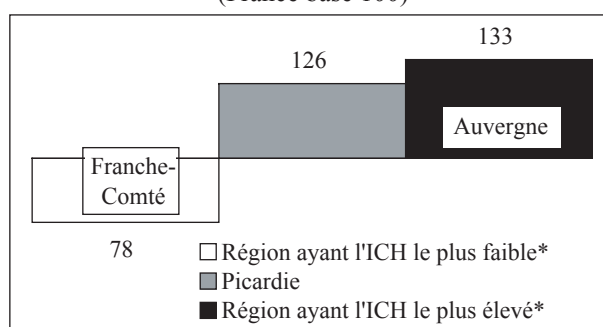


Source : DHOS

● Un recours aux établissements de santé significativement plus élevé qu'en métropole

La région présente le 2^e ICH pour cancer de la prostate le plus élevé de métropole. Le recours aux établissements de santé est significativement plus élevé en Picardie qu'en France, et ceci de 26 %. Sur l'ensemble de la période 1998-2002, les séjours sont significativement plus nombreux en Picardie que sur l'ensemble du territoire. Les différences observées dans le cadre de ces données sur les séjours hospitaliers sont complexes à interpréter puisqu'elles peuvent résulter de plusieurs paramètres : différence de morbidité dans la population, différences de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...) ou encore différences d'habitudes de codage dans le cadre du PMSI.

Indice comparatif d'hospitalisation pour cancer de la prostate en 2002 (France base 100)



Source : DHOS

* Hors Corse

Les données sur les établissements de santé proviennent de l'exploitation de la base PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH) est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.