

CONTEXTE NATIONAL

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme, il a été responsable de 9 500 décès en 2003. Il constitue la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et avant le cancer colorectal. Le taux comparatif de mortalité ne suit pas la même évolution que le taux d'incidence. Après avoir légèrement progressé entre 1980 et 1990, il est en baisse depuis le début des années 1990 et est revenu depuis le début des années 2000 à un niveau inférieur à celui observé au début des années 1980 [1]. La mortalité par cancer de la prostate varie de façon importante selon les régions, la plus élevée étant observée en Picardie (+ 17 % par rapport à la moyenne nationale en 2001-2003), et la plus faible en Corse (- 28 %) [3, 4].

Au sein de l'Union européenne, la France occupe une position moyenne pour la mortalité par cancer de la prostate alors qu'elle se situe parmi les pays à forte incidence, avec la Finlande, la Suède et les Pays-Bas [1, 5]. Le taux de survie relative à cinq ans atteint 77 % en France et est l'un des plus élevés d'Europe [6, 7].

Les traitements du cancer localisé de la prostate sont la prostatectomie totale, la radiothérapie externe et la curiethérapie. En 2004, le cancer de la prostate a constitué le diagnostic principal de plus de 66 000 séjours hospitaliers dont environ 34 000 séjours chirurgicaux dans les services de soins de courte durée (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [10]. L'opportunité du dépistage du cancer de la prostate, notamment au moyen du dosage sanguin du PSA (antigène spécifique de la prostate) éventuellement associé au toucher rectal, fait l'objet de nombreuses évaluations. A ce jour, le bénéfice en termes de réduction de la mortalité globale d'un dépistage systématique par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré. Mais un tel programme risque de conduire à la découverte de petites tumeurs qui ne se seraient jamais manifestées, et à leur traitement par des techniques relativement lourdes et souvent à l'origine d'importants effets secondaires. C'est pourquoi l'ensemble des agences d'évaluation qui se sont prononcées sur ce thème, dont l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) devenue Haute autorité de santé (HAS), ne recommandent pas le dépistage systématique [1, 12]. Pour le dépistage individuel, il n'y a pour l'instant pas de consensus. L' HAS considère qu'elle ne dispose pas d'éléments suffisants pour recommander cette démarche [2]. L'association française d'urologie recommande un dépistage individuel par le dosage du PSA et un toucher rectal tous les ans entre 50 et 75 ans et dès 45 ans s'il y a un risque familial ou ethnique [13, 14]. En pratique, le dépistage individuel s'est largement développé ces dernières années en France. Le nombre total de dosages de PSA remboursés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) est ainsi passé de 1,5 million en 2000 à 3,2 millions en 2004 [15]. Dans ce contexte, des recommandations ont été émises en 2004 par l' HAS sur la nécessité d'informer le patient de l'intérêt et des limites potentielles ou avérées de ce dépistage [12]. Deux études importantes sont en cours et apporteront peut être dans les années qui viennent des éléments d'information complémentaires : l'étude ERSPC (European randomized study of screening for prostate cancer) initiée en Europe en 1994, et l'étude PLCO (Prostate, lung, colorectal and ovarian cancer screening) menée aux Etats-Unis par l'institut national du cancer [16, 17].

Source : Observatoire Régional de la santé des Pays de La Loire

SITUATION EN GUADELOUPE : FAITS MARQUANTS

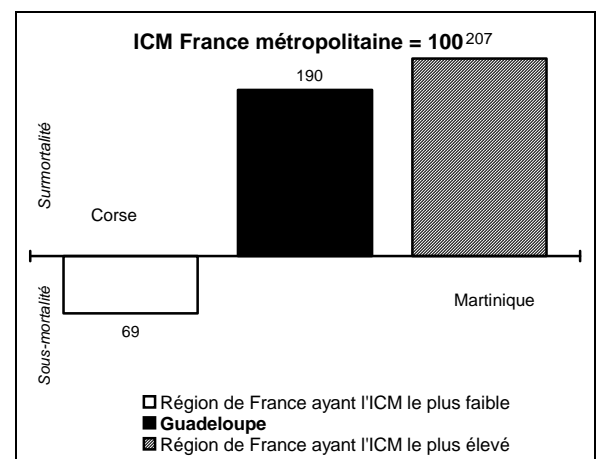
- *Surmortalité régionale très significative*
- *41 % des décès survenus entre 2003-2005 chez les hommes sont dus au cancer de la prostate.*
- *Stabilité des taux de mortalité par cancer de la prostate entre 2000 et 2005*
- *Cancer de la prostate : 1^{ère} cause de décès par pathologie tumorale à partir de 65 ans*
- *En 2004, un tiers des séjours hospitaliers pour le cancer de la prostate concernent les guadeloupéennes âgées de moins de 65 ans*

• Surmortalité régionale significative

Sur la période 2003-2005, 95 Guadeloupéens sont décédés en moyenne chaque année d'un cancer de la prostate. En éliminant les variations dues aux différences de structure par âge de la population, l'indice comparatif de mortalité affiche une surmortalité par rapport à la moyenne nationale, plaçant la Guadeloupe au 2^{ème} rang des régions françaises ayant la mortalité par cancer de la prostate la plus élevée.

Indice Comparatif de Mortalité (ICM) : cet indice permet de comparer, globalement, ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale. Il s'agit du rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

Indices comparatifs de mortalité par cancer de la prostate en 2003-2005



Sources : INSERM (décès domiciliés), INSEE

LE CANCER DE LA PROSTATE

Mortalité par cancer de la prostate en 2003-2005

| Age | Guadeloupe | | France métrop. Taux* |
|-----------|------------|--------|-------------------------|
| | Nb moyen | Taux* | |
| <35 ans | 0 | 0,00 | 0,01 |
| 35-44 ans | 0 | 0,00 | 0,05 |
| 45-54 ans | 0 | 1,13 | 1,70 |
| 55-64 ans | 5 | 22,74 | 15,50 |
| 65-74 ans | 18 | 120,82 | 67,70 |
| 75-84 ans | 41 | 448,63 | 178,18 |
| ≥ 85 ans | 31 | 806,18 | 330,62 |
| Total | 95 | 40,98 | 29,26 |

Sources : INSERM (décès domiciliés), INSEE

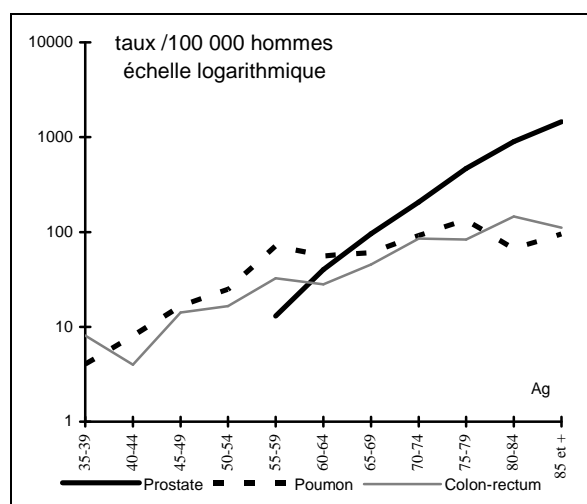
*Taux brut pour 100 000 hommes

- 41 % des décès survenus entre 2003-2005 chez les hommes sont dus au cancer de la prostate.

Sur la période 2003-2005, parmi les 95 décès par cancer de la prostate enregistrés en moyenne chaque année en Guadeloupe, 5% sont survenus après l'âge de 65 ans contre 6% pour la France métropolitaine.

Quelle que soit la tranche d'âge considérée (exceptée la tranche des 45-54 ans), les taux de mortalité par cancers de la prostate sont supérieurs aux taux de la France métropolitaine.

Mortalité par cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum en 2003-2005



- Cancer de la prostate : 1^{ère} cause de décès par pathologie tumorale à partir de 65 ans

La comparaison de l'évolution des taux bruts de mortalité par cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum montre qu'à partir de 65 ans les taux de mortalité par cancer de la prostate sont supérieurs à ceux par cancer du poumon et du côlon-rectum.

Quel que soit l'âge, les taux bruts de mortalité par cancers du poumon et du colon-rectum sont proches. Ceux par cancers de la prostate augmentent considérablement avec l'âge.

Sources : INSERM (décès domiciliés), INSEE

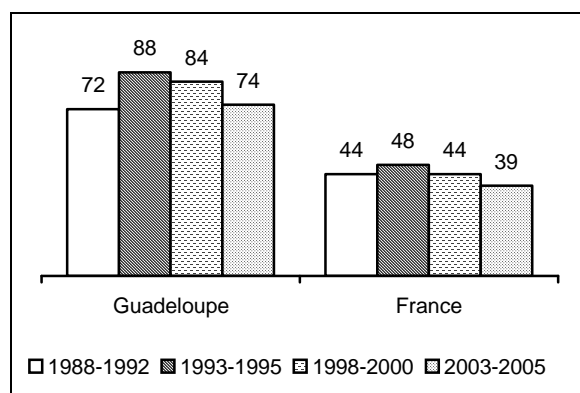
● Stabilité de la mortalité par cancer de la prostate entre 2000 et 2005

En Guadeloupe, entre les périodes 1988-1992 et 2003-2005, la mortalité par cancer de la prostate chez l'homme a augmenté de 3 %.

A l'inverse, en France métropolitaine, on observe une baisse de la mortalité par cancer de la prostate de 11,4 %.

Taux comparatif de mortalité : 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 la France métropolitaine au recensement de 1990). Un taux comparatif permet de comparer la situation de deux territoires ou de deux périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer de la prostate en Guadeloupe et en France



Sources : INSERM, INSEE

● En 2004, 34 % des séjours hospitaliers pour le cancer de la prostate concernent les Guadeloupéennes âgées de moins de 65 ans

En 2004, selon les statistiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), les Guadeloupéens ont effectué 837 séjours hospitaliers dans un établissement de santé dans le cadre de la prise en charge d'un cancer de la prostate. Environ un tiers de ces séjours concernent les hommes âgés de moins de 65 ans.

MCO : Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique.

Séjours : Les séjours dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) des établissements de santé sont affectés au lieu de résidence du patient.

Répartition des séjours dans les établissements de soins de courte durée MCO selon le sexe, l'âge des patients et la pathologie traitée en 2004

| Age | Nombre | Taux (%) |
|-----------------|--------|----------|
| <35 ans | 0 | 0,00 |
| 35-44 ans | 3 | 0,36 |
| 45-54 ans | 39 | 4,66 |
| 55-64 ans | 243 | 29,03 |
| 65-74 ans | 341 | 40,74 |
| 75-84 ans | 158 | 18,88 |
| ≥ 85 ans | 53 | 6,33 |
| Total | 837 | 100,00 |
| Moins de 65 ans | 285 | 34,05 |

Source: Ministère de la santé et des solidarités
DREES, Base nationale PMSI

Références du contexte national

1. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. L. Remontet, A. Buemi, M. Velten et al. InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217 p.
2. Recommandations pour le dépistage du cancer dans l'Union européenne. Groupe des experts pour la prévention des cancers dans l'Union européenne, InVS, 1999, 9 p.
3. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors - ORS
4. Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations. Fnors, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de la Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76 p. (Coll. Les Etudes du Réseau des ORS)
5. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes www.europa.eu.int/comm/eurostat
6. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. N. Bossard, M. Velten, L. Remontet et al. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 66-69
7. Eurocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary. M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino et al. *Annals of Oncology*, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118
8. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors – ORS
9. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004. A. Weill, N. Vallier, B. Salanave et al. *Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, vol. 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
10. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
11. Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate. Anaes, 1998, 115 p.
12. Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Document à l'usage des professionnels de santé. Recommandations. Anaes, Association française d'urologie, 2004, 25 p.
13. Dépistage du cancer de la prostate. Recommandations de l'Association française d'urologie. A. Villers, X. Rébillard, M. Soulié et al. *Progrès en Urologie*, vol. 32, n° 2, avril 2003, pp. 209-214
14. Rapport sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) dans le plasma. M. Bourel, R. Ardaillou. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 187, n° 5, mai 2003, pp. 985-995
15. Les actes de biologie remboursés en 2003 et 2004 par le régime général de l'Assurance Maladie. Biolam. Cnamts, 2006, 107 p.
16. Site internet de l'European randomized study of screening for prostate cancer. www.erspc.org
17. Site internet du National cancer institute www.cancer.gov/prevention/plco
18. Estimations d'incidence des cancers 1980-2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors – ORS
19. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS **Pour en savoir plus** Variations géographiques des décès par cancers accessibles au dépistage dans les régions métropolitaines, France, 1998-2002. L. Charié-Challine, M. Boussac-Zaresbska. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 9-10, mars 2007, pp. 70-73 Cancer de la prostate. Etat des pratiques en 2003 et 2004. Cnamts, Régime social des indépendants, 2006, 66 p. Etude des prescriptions des dosages d'antigène prostatique spécifique (PSA).
L. Cros, J. Germanud, R. Charlon. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, Cnamts, vol. 36, n° 3, juillet-septembre 2005, pp. 199-206 Epidémiologie des cancers dans la région et les départements des Pays de la Loire. Incidence et mortalité 1980-2000. ORS des Pays de la Loire, Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée, 2005. 118 p.

Rédaction du tableau de bord : Christine RAMBHOJAN