

## CONTEXTE NATIONAL [1]

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme. Le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en France au cours de l'année 2005 est estimé à environ 62 000 [2]. Un nouveau cas de cancer masculin sur trois est un cancer de la prostate. Ce cancer masculin atteint surtout des hommes âgés : il est rare avant 50 ans et 44% des nouveaux cas sont diagnostiqués après 75 ans [3].

Le nombre annuel de nouveaux cas de cancers de la prostate est en très forte augmentation, par effet combiné du vieillissement de la population, de l'amélioration des moyens diagnostiques et de la diffusion de la technique de dépistage PSA (antigène spécifique de la prostate). Le taux d'incidence standardisé a augmenté en moyenne de 6,3% par an entre 1980 et 2005 (26 cas pour 100 000 en 1980 contre 121 en 2005). Une stabilisation a été observée à la fin des années 90 mais à partir de 2000, l'incidence a de nouveau commencé à augmenter (+8,5% par an entre 2000 et 2005) [2].

Le cancer de la prostate a été responsable de 9 200 décès en 2005. Il constitue la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et avant le cancer colorectal. La mortalité par cancer de la prostate augmente faiblement jusqu'en 1990 et diminue ensuite, cette diminution étant plus importante entre 2000 et 2005 (-2,5% par an). Cette diminution faible mais constante de la mortalité par cancer de la prostate peut être en lien avec l'amélioration des conditions de prise en charge. Cependant, on observe des variations géographiques importantes de la mortalité par cancer de la prostate, la plus élevée étant observée en Picardie (+27% par rapport à la moyenne nationale en 2003-2005), et la plus faible en Corse (-31%) [4-5].

Dans l'ensemble de l'Union Européenne, on constate un net contraste entre les régions du sud et celles du nord. La mortalité due au cancer de la prostate est relativement élevée dans les régions scandinaves mais également en Autriche, aux Pays-Bas et dans certaines régions françaises. Les régions de la Méditerranée présente invariablement une mortalité en dessous de la moyenne européenne, de même que certaines régions de Bulgarie, de Hongrie et de Roumanie [6-7].

Les personnes atteintes d'un cancer de la prostate sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. En 2004, 50 000 admissions en ALD ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [8]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer de la prostate est estimé à 190 000 en 2004 [9].

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 séance de chimiothérapie et radiothérapie) [10].

L'opportunité du dépistage du cancer de la prostate, notamment au moyen du dosage sanguin du PSA 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 les 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 la santé (HAS), ne recommandent pas le dépistage systématique [11-12].

Pour le dépistage individuel, il n'y a pour l'instant pas de consensus. L'Anaes considère qu'elle ne dispose pas d'éléments suffisants pour recommander cette démarche [12].

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 PSA remboursés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) est ainsi passé de 1,5 millions en 2000 à 3,2 millions en 2004 [15]. Dans ce contexte, des recommandations ont été émises en 2004 par l'Anaes 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].

## SITUATION A LA REUNION

- Deux sources d'information permettent d'approcher l'incidence de ces cancers à la Réunion : le Registre des cancers et les admissions en Affections de Longue Durée.
- Environ 230 nouveaux cas de cancer de la prostate ont été diagnostiqués dans notre région en 2004.
- Le taux d'incidence standardisé était de 106,8 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an en 2004.
- Le taux d'incidence n'a cessé d'augmenter entre 1990 et 2004.
- 232 Réunionnais sont admis en ALD pour cette affection, en moyenne, chaque année, sur la période 2004-2006, par l'un des régimes d'assurance maladie.
- Deux tiers des admis étaient âgés de plus de 65 ans.
- En 2004, le cancer de la prostate a constitué le diagnostic de 227 séjours hospitaliers de courte durée.
- Le cancer de la prostate a été responsable d'environ 60 décès en moyenne chaque année sur la période 2003-2005.
- Il constitue la 2ème cause de mortalité par cancer chez l'homme après les cancers des voies respiratoires et les cancers de l'oesophage et des voies aérodigestives supérieures.
- Entre 2000 et 2002, le taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate a diminué de 14,6%. Puis il ne cesse d'augmenter jusqu'à 2004 (+11,8%).
- On observe une surmortalité pour cette affection dans notre région par rapport à la moyenne métropolitaine.

# CANCER DE LA PROSTATE

**Taux d'incidence estimé de cancer de la prostate**  
La Réunion (1990-2004)

	Nombre de nouveaux cas	Taux d'incidence standardisé*
<b>1990</b>	60	52,7
<b>1995</b>	99	63,2
<b>2000</b>	159	81,7
<b>2004</b>	228	106,8

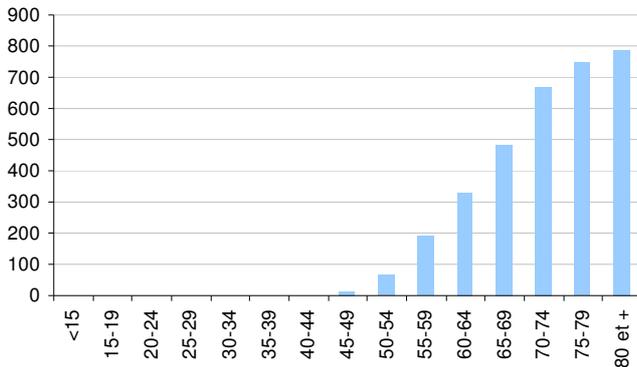
Source : Registre des cancers (Département) Exploitation ORS  
\* standardisation sur la population européenne – unité : pour 100 000

**Nombre d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) pour cancer de la prostate chez les hommes selon l'âge**  
La Réunion (moyenne 2004-2006)

	Hommes	
	n	%
< 65 ans	82	35,3
65 ans et +	150	64,7
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>100,0</b>

Sources : CNAMTS, RSI, FNORS Exploitation ORS

**Taux d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) pour cancer de la prostate chez les hommes selon l'âge**  
La Réunion (moyenne 2004-2006)



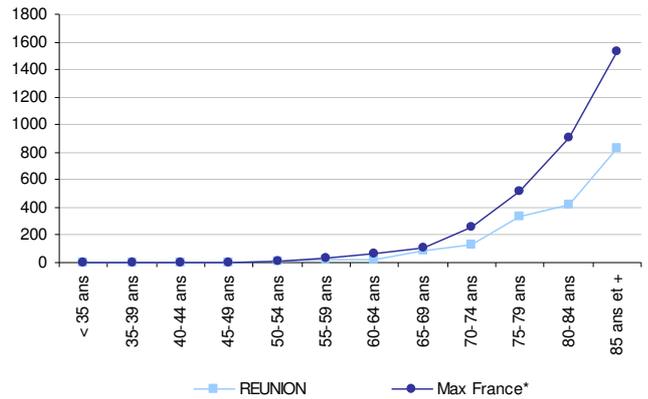
Sources : CNAMTS, RSI, FNORS, INSEE Exploitation ORS  
Unité : pour 100 000 habitants

**Décès par cancer de la prostate chez les hommes selon l'âge**  
La Réunion (moyenne 2003-2005)

	Hommes	
	n	%
< 65 ans	7	11,9
65 ans et +	52	88,1
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

Source : INSERM-CépiDc Exploitation ORS

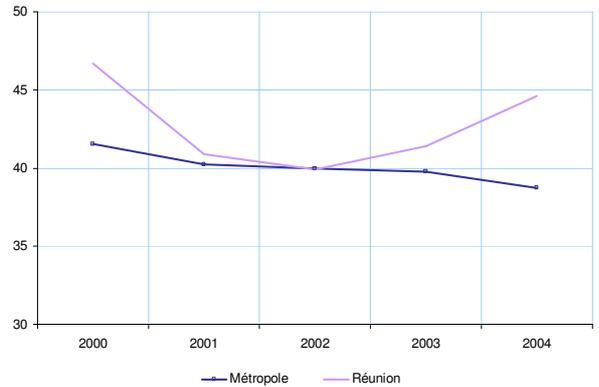
**Taux bruts de mortalité par cancer de la prostate selon l'âge**  
La Réunion et France métropolitaine (moyenne 2003-2005)



Sources : INSERM-CépiDc, FNORS Exploitation ORS  
Unité : pour 100 000 habitants  
\* Valeur régionale maximale (France entière)

**Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate**

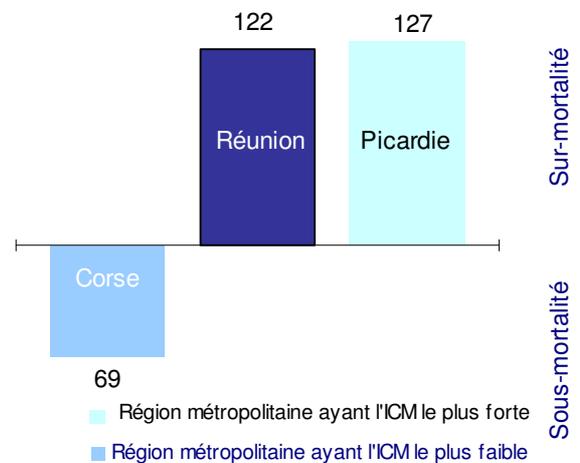
La Réunion - France métropolitaine (moyenne\* 2000-2004)



Sources : INSERM-CépiDc, INSEE, FNORS Exploitation ORS  
Unité : pour 100 000 habitants  
\* Moyenne lissée sur trois années

**Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) par cancer de la prostate**

La réunion (moyenne 2003-2005)



Sources : INSERM-CépiDc, INSEE, FNORS Exploitation ORS

# CANCER DE LA PROSTATE

## DEFINITIONS

**Cancer de la prostate** : codes CIM9 185 ; codes CIM10 C61.

**Incidence** : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

**Indice comparatif de mortalité (ICM) appelé aussi standardized mortality ratio (SMR)** : 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 entre le nombre de décès observés dans la région et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un ICM de 61 signifie une mortalité inférieure de 39% à la moyenne métropolitaine. A l'inverse, un ICM de 164 signifie une mortalité supérieure de 64% à la moyenne métropolitaine.

**Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge)** : taux permettant de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

**Taux comparatif de mortalité (TCM)** : Le taux comparatif (ou taux standardisé direct) est le taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au recensement de 1990 généralement).

**Taux d'incidence standardisé (taux par personne et par an)** : C'est l'incidence que l'on observerait dans la population d'étude si elle avait la même structure par âge que la population standard (ici la standardisation est effectuée sur la population européenne).

## CONTEXTE NATIONAL

Pour la rédaction de ce tableau de bord, nous nous sommes inspirés du travail de l'ORS Pays de la Loire qui a permis d'actualiser le contexte national. La source est citée dans l'encart « Références bibliographiques et sources ».

## AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Les affections de longue durée (ALD) sont des maladies graves, nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Ces affections, dont la liste est définie par un décret, sont actuellement au nombre de 30. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier, à leur demande ou à celle de leur médecin, d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette affection.

Le caractère médico-administratif des motifs d'admission en ALD limite leur utilisation directe dans un objectif épidémiologique. Mais l'intérêt de ces données est de mieux en mieux perçu aujourd'hui, notamment pour certaines pathologies et/ou certains groupes d'âge, en complémentarité d'autres sources de données ou dans une perspective de suivi temporel.

La liste des 30 maladies ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur (ALD 30) est présentée dans l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004, publié au Journal officiel du 5 octobre.

### Pour en savoir plus :

Consulter le tableau de bord sur les Affections de longue durée (édition 2004) sur le site de l'ORS : [www.orsrun.net](http://www.orsrun.net)

## REGISTRE DES CANCERS DE LA REUNION

Le registre des cancers de la Réunion fonctionne de façon continue depuis 1988. Il est géré, depuis sa création, par le Département de la Réunion au sein de la Direction de la Santé Publique. Il consiste en l'enregistrement de tous les cas incidents de cancers pour les patients domiciliés dans le Département.

Il permet la surveillance de l'évolution de la morbidité cancéreuse, l'évaluation des actions de prévention et des effets thérapeutiques.

En prenant en compte les spécificités de l'île, diversité ethnique, mode de vie, climat, environnement, les données du registre sont précieuses, et ce, d'autant que le plateau technique (moyens diagnostics et thérapeutiques) proposé aux Réunionnais est maintenant proche de celui de la Métropole.

Il est une source utile pour la recherche épidémiologique en étant le point de départ d'investigations étiologiques, grâce à la comparaison des incidences avec les autres registres.

## ADRESSES UTILES SUR L'ILE

- **Ligue Nationale Contre le Cancer**
  - 19 all Thuyas - 97400 SAINT DENIS - tel : 0262 30 06 00 - tel : 0262 20 12 11 - fax : 0262 20 93 88
  - 13 Bis r Antoine Roussin - 97460 SAINT PAUL - tel-fax : 0262 26 61 03
- **ONCORUN**
  - Imm Europa 2 allée Bonnier - 97400 SAINT DENIS - tel : 0262 46 57 79

## SITES UTILES

- **Institut National du cancer** : <http://www.e-cancer.fr/>
- **La ligue contre le cancer** : <http://www.ligue-cancer.asso.fr/>
- **Association pour la recherche sur le cancer** : <http://www.arc.asso.fr/>
- **Institut Curie** : <http://www.curie.fr/>
- **INVS - Institut de Veille sanitaire** : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/default.htm>
- **INSERM – Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale** : <http://www.inserm.fr/questionsdesante/dossiers/cancer/index.html>
- **Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC)** : <http://www.iarc.fr/indexfr.html>
- **OMS – Organisation Mondiale de la Santé** : <http://www.who.int/topics/cancer/fr/>

# CANCER DE LA PROSTATE

## Repères bibliographiques et sources

[1] **La santé observée dans les Pays de la Loire, Tableau de bord régional de santé**

Observatoire régional de la Santé des Pays de la Loire, 2<sup>ème</sup> édition, juin 2007, 217p.

[2] **Cancer de la prostate : incidence et mortalité en France en 2005**

L. Daubisse-Marliac, P. Grosclaude. INVS, 2p.

[3] **Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000**

L. Remontet, A. Buemi, M. Venten *et al.* INVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217p.

[4] **Base nationale des causes médicales de décès 1980-2005, Inserm CépiDC, exploitation Fnors - ORS**

[5] **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, 76p. (Coll. Les études du Réseau des ORS).

[6] **Statistiques de la santé - Atlas de la mortalité dans l'Union européenne. Les cancers de la prostate. Données 1994-1996**

Commission Européenne, Inserm, Université Paris X Nanterre, 2002, pp. 83-74.

[7] **Statistiques de la santé – Chiffres clés sur la santé 2002. Données 1970-2001**

Commission Européenne, 2002, pp. 181-184.

[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, 115p.

[12] **Eléments d'informations 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, 25p.

[13] **Dépistage du cancer de la prostate. Recommandations de l'Association française d'urologie**

A. Villiers, 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 biologies remboursés en 2003-2004 par le régime général de l'Assurance Maladie. Biolam**

Cnamts, 2006, 107p.

[16] **Site internet de l'European randomized study of screening for prostate cancer**

[www.erspc.org](http://www.erspc.org)

[17] **Site internet du National cancer institute**

[www.cancer.gov/prevention/plco](http://www.cancer.gov/prevention/plco)

## Pour en savoir plus

**Étude des traitements à visée curative du cancer de la prostate**

L. Cros, J. Germanaud, J. Rigaud, R. Charlon. *Pratiques et organisations des soins*, 2007, n°1, janvier-mars, pp. 31-41.

**Variations géographique des décès par cancers accessibles au dépistage dans les régions métropolitaines, France, 1998-2002**

L. Charié-Challine, M. Boussac-Zaresbska  
**Les causes médicales de décès en Fran.** *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n°9-10, mars 2007, pp.70-73.

**ce et leur évolution 1980-2004**

A. Aouba, F. Péquignot, A. Le Toullec, E. Jouglu. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm CépiDC, Le Vésinet, France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)* du 18 septembre 2007 / n°35-36.

**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 Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n°9-10, mars 2007, pp 66-69.

**La situation du cancer en France en 2007**

Institut National du Cancer ; juillet 2007 ; 154p. <http://www.e-cancer.fr/>

**Cancer de la prostate. Etat des pratiques en 2003 et 2004**

Cnamts, Régime social des indépendants, 2006, 66p.

**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.

**Le cancer dans le monde**

OMS, CIRC, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Institut National du cancer ; sous la direction de B.W. Stewart, P. Kleihues ; IARC Press ; Lyon ; 2005 ; 364p.

## Remerciements

Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires et producteurs de données. Nous tenons en particulier à remercier : la DRASS, la FNORS, l'INSEE, l'INSERM, l'ORS Pays de la Loire, le Registre des cancers (Département).

**Contributions** : Dr C. Deloffre (Département), Dr J-Y. Vaillant (Département)



Observatoire Régional de la Santé

