

Epidémiologie de la prise en charge des cancers de la prostate en

France

∞ Sujet présenté par le Pr Bertrand LUKACS

Le Professeur Olivier CUSSENOT présente le Professeur Bertrand LUKACS, urologue à l'Hôpital TENON, fondateur d'un observatoire (OBERSA PUR) sur les pratiques en urologie en France.

Ce groupe de travail associe le service de statistiques de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) et 3 services de l'hôpital TENON :

- Le service d'urologie
- Le département d'informations médicales (DIM)
- L'unité de recherche clinique de Fernand WIDAL

POURQUOI ?

Le but de cet observatoire est de développer une nouvelle forme de connaissance sur les pratiques en urologie afin d'adapter le processus de soins à la prise en charge des patients. Les premiers points développés dans cette étude sont les deux maladies principales de la prostate : le cancer et l'adénome.

OBSERVA-PUR ET CANCER DE LA PROSTATE

A travers cet observatoire, on va essayer de répondre à plusieurs questions :

- Comment se fait le dépistage ?
- Quel impact du dépistage sur la qualité de vie et la mortalité ?
- Combien d'interventions chirurgicales
 - Quel est l'âge moyen ?
 - Quel est la durée d'hospitalisation ?
- Comment cela évolue dans le temps ?
- Est-ce homogène selon les régions ?
- Quel devenir lorsque l'on est opéré ?
- Etc....

COMMENT ?

Il existe deux bases de données importantes en France qui n'avaient jamais été exploitées de cette manière :

- La base PMSI nationale (Programme de Médicalisation du Système d'Information). Pour tout séjour hospitalier (public ou privé), un résumé sera établi pour chaque patient à la fin de son séjour comprenant la date d'entrée et de sortie, le motif d'entrée et de sortie, le diagnostic principal, les diagnostics associés, les actes réalisés, la durée du séjour. Cette base d'information est disponible depuis 1998 pour tous les établissements hospitaliers.
Exemple de donnée tirée de cette base : 19 532 542 séjours ont été enregistrés en 2004 dont 67,5 % dans le secteur public

- La base SNIIRAM (Système National d'Informations Inter Régions d'Assurance Maladie). Elle collecte par assuré social toutes les prestations remboursées par un régime obligatoire d'assurance maladie. Cette base est très compliquée à mettre en œuvre car les informations proviennent des 3 régimes principaux et des 16 autres régimes qui n'utilisent pas le même mode de codification. D'où un travail très important sur la filtration et sur la vérification des données pour former cette base. Grâce à ces informations, on peut savoir précisément pour chaque assuré quels sont les médicaments achetés et combien de tests de PSA ont été prescrits. Par exemple, en 2004, la base SNIIRAM contenait des informations pour 52 millions de français.

On peut réunir les données de ces deux bases depuis janvier 2004.

RESULTATS :

1^{ère} étape : analyse descriptive des évènements

a) Analyse des dosages de PSA

De 2004 à 2007, le nombre de demandes de dosage PSA a augmenté en France d'environ 20 % alors qu'au même moment la population d'hommes de plus de 50 ans a augmenté de plus de 1,2 %.

Comment différencier un test de PSA dans le cadre d'un dépistage et un test de PSA dans le cadre d'une surveillance après traitement(s) ? Il s'agit d'une question à laquelle le groupe de travail OBSERVA-PUR va essayer de répondre à l'aide des deux bases de données.

b) Analyse des interventions chirurgicales

De 1998 à 2006, l'incidence du nombre de cancers de prostate opérés par vésiculo-prostatectomie a presque été multipliée par 4.

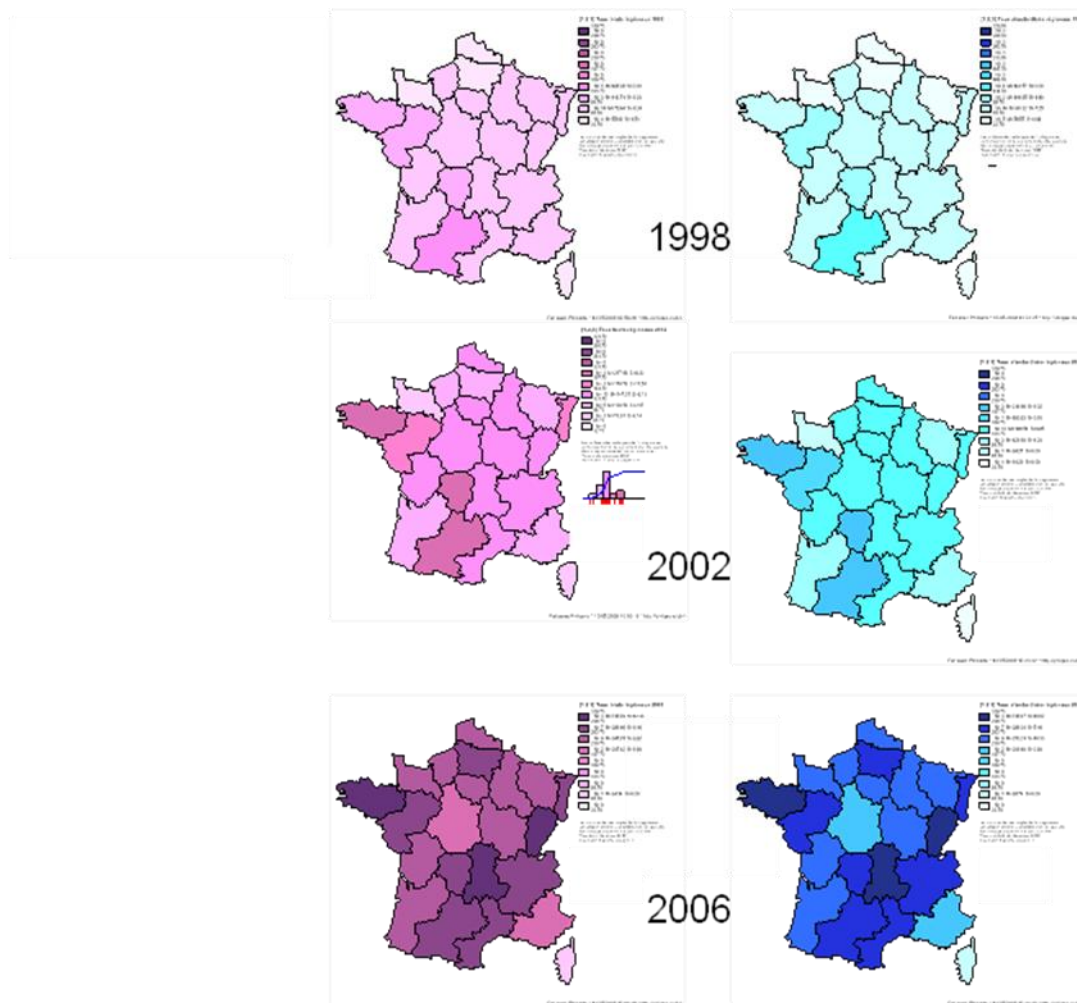
Ainsi pour 100 000 hommes de plus de 50 ans, 83,4 ont subi une vésiculo-prostatectomie pour cancer de la prostate en 1998 contre 261,4 en 2006.

La progression des cas traités est identique dans les établissements publics et privés, ces derniers réalisant un peu plus des deux tiers de cette activité (probablement car les deux tiers environ des urologues pratiquent leur activité en établissement privé).

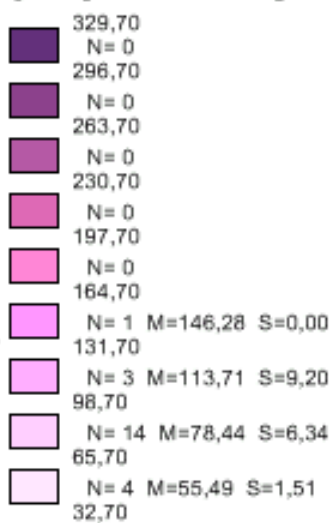
Quel est le bénéfice réel de cette augmentation ?

Quel est l'impact sur la mortalité de cette augmentation d'incidence de prostatectomie ?

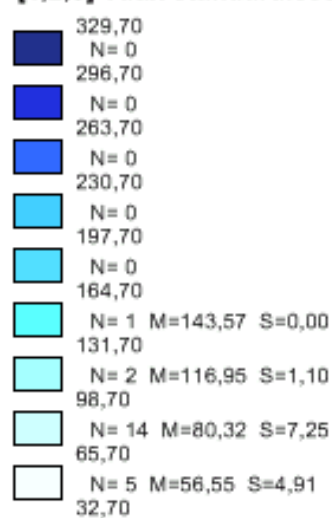
Taux bruts et standardisés de cancers de prostate opérés par vésiculo-prostatectomie pour 100 000 habitants :



[1,2,3] Taux bruts régionaux 1998



[1,2,3] Taux standardisés régionaux 1998



Cartes de France représentant le nombre d'intervention pour des cancers de la prostate par lieu d'habitation des patients.

Les taux bruts (= nombre d'interventions – cartes de gauche) ainsi que **les taux standardisés** (= nombre d'interventions par nombre d'hommes vivant de plus de 50 ans établi au travers des cartes de l'Insee – cartes de droites) y sont rapportés.

Il ressort de ces cartes des observations très intéressantes. On note des variations très importantes d'une région à une autre. Exemple : la carte de 2006 représente un taux standardisé de prostatectomie de 329 pour 1000 en Bretagne contre 143 pour 1000 dans le Limousin.

Comment l'expliquer ? Il peut exister différents paramètres :

- Variation par l'alimentation ?
- Variation de la politique de dépistage ?
- Variation de pratiques ?

Age et interventions

De 1998 à 2006, l'âge moyen des hommes opérés a diminué de 1,7 ans sur la période étudiée. Il y a eu un déplacement significatif de l'âge des opérés probablement dû au dépistage. La tranche d'âge des 50/59 ans a augmenté de + 12 points au détriment de la tranche d'âge des 65/74 ans (- 12 points).

L'âge moyen a diminué plus fortement dans les établissements privés (- 2 ans, passant de 65,6 ans à 63,6 ans) que dans les établissements publics (- 1,2 ans passant de 65,0 ans à 63,8 ans).

Quelle signification ces chiffres peuvent-ils avoir ? Il n'est pas certain qu'il y est une signification.

Evolution du type de chirurgie de 1998 à 2006

- Coelioscopie : En 1998, cette technique était quasiment inexistante. Puis elle a connu un développement extrêmement rapide pour atteindre près de 65 % des interventions en 2006 (67,7 % dans le privé contre 59,6 % dans le public).
- Voie abdominale : En 1998, il n'y avait que cette technique qui était réalisée. En 2006, elle représente 31,6 % des interventions (32,0 % dans le privé contre 30,7 % dans le public).
- Voie trans-rectale (= Ablatherm) : Cette technique est quasi-exclusivement réalisée dans les établissements public et représente 9,2 % des cas traités en 2006.
- Voie périnéale : Cette intervention n'a jamais vraiment été utilisée.

Evolution de la durée de séjour de 1998 à 2006

La durée moyenne de séjour a diminué de 4,6 jours entre 1998 et 2006, passant de 13,5 à 8,9 jours avec une diminution de 4,3 jours pour les établissements publics (de 12,8 à 8,5 jours) et de 4,7 jours pour les établissements privés (de 13,9 à 9,2 jours).

Entre 2002 et 2006, la proportion de séjours avec comorbidité associée (sévère ou non) augmentait globalement de 0,1 point (passant de 1,8 à 1,9 %) essentiellement dans les établissements publics (passant de 2,9 à 3,0 %) alors que cette proportion restait stable à 1,3 % dans les établissements privés.

Evolution de la mortalité post opératoire de 1998 à 2006

Les décès post opératoires hospitaliers sont passés de 0,2 % en 1998 à 0,1 % en 2006.

Les établissements publics sont passés de 18 décès pour 10.000 patients à 2 décès pour 10.000 patients.

Les établissements privés sont passés de 17 décès pour 10.000 patients à 9 décès pour 10.000 patients.

Distribution du nombre d'interventions par établissement en 2006

En 2006, 607 établissements au total ont pratiqué une intervention : 386 établissements privés contre 221 établissements publics.

Sur ces 607 établissements, 269 équipes réalisent plus de 30 interventions par an (199 établissements privés contre 70 établissements publics). On observe une durée moyenne de séjour plus courte pour les établissements qui pratiquent plus de 30 interventions par an.

2ème étape : analyse du processus de soins

Où en sommes-nous ?

Les données de l'année 2004 ont été exploitées (1 année n'est pas suffisante pour faire ressortir des observations intéressantes), les données de l'année 2005 viennent d'être réceptionnées. Leur traitement va débuter. Les données 2006 pourront être exploitées à partir de décembre 2008.

Les résultats et observations seront alors très intéressants car il y aura déjà 3 années de suivi.

Les données concernant la radiothérapie posent un petit problème. Pour les établissements publics, la base PSMI indique très clairement les patients qui ont subi une radiothérapie pour le traitement d'un cancer de la prostate alors que pour le secteur privé, ce traitement est facturé à l'acte sans forcément préciser s'il s'agit d'un traitement pour cancer de la prostate ou autre. Un travail de croisement de données est nécessaire afin de faire ressortir cette information.

Les questions principales auxquelles nous espérons trouver réponse :

- Quel est le nombre de PSA réalisé dans le cadre du dépistage et quel est le nombre de PSA réalisé dans le cadre d'un traitement ?
- Quel est l'impact du dépistage sur l'incidence du traitement chirurgical ?
- Quel est le nombre d'échappement après traitement chirurgical ?
- Quel est l'impact du traitement chirurgical sur la mortalité ?

Le suivi de cette population croissante en nombre d'interventions chirurgicales permettra de répondre aux points suivants :

- Quels sont les patients pour qui tout va bien
- Quels sont les patients qui connaissent une récurrence
- Quels sont les patients ayant des complications chirurgicales (point très mal exploré dans la littérature).

Le Pr Bertrand Lukacs donne rendez-vous à l'assemblée l'année prochaine pour la présentation de ces 3 années de suivi.

👉 **Question** : Savez-vous si d'autres pays que la France (ex. : les Etats-Unis) font le même type d'étude afin que l'on puisse comparer la situation en France ?

✍️ **Réponse Pr LUKACS** : A priori, il n'y a pas d'équivalent dans les autres pays. Nous avons montré cette étude à des collègues américains, allemands et anglais qui sont tous « bluffés » car ils ne pourraient jamais avoir ce type de données (base PSMI et SNIIRAM) dans leur pays.

✍️ **Réponse Pr CUSSENOT** : la vraie pertinence de cette étude est qu'elle se base sur des faits réels. Observaparc concerne tous les patients et pas seulement les patients qui souhaitent participer à une étude où toute la population n'est pas représentée. Les résultats sont réels par rapport à une étude épidémiologique.

👉 **Question** : Parmi tous les croisements de critères, vous avez privilégié les différences régionales. Envisagez-vous aussi des affinements par classe d'âge, par degré de morbidité et de comorbidité ?

✍️ **Réponse Pr L** : Oui afin d'obtenir des classes de patients par âge mais stratifiées par type de maladies actives.

👉 **Question** : Dans vos bases, vous ne pouvez pas voir les résultats de PSA. Quel autre indicateur possédez-vous pour connaître le degré d'avancement de la maladie ?

✍️ **Réponse Pr L** : Nous avons le renseignement de manière très macroscopique par déduction du 1^{er} évènement et du traitement. Par exemple, pour un patient, si le 1^{er} évènement relevé est un traitement par hormonothérapie, on peut alors penser qu'il n'est pas opérable. Il n'y a pas d'autre moyen d'obtenir cette information.

👉 **Question** : Pouvez-vous intégrer dans vos données les patients qui choisissent la surveillance active ?

✍️ **Réponse Pr L** : On y travaille. On va essayer de faire ressortir cet élément à travers les biopsies prostatiques mais il y a un problème méthodologique compliqué à résoudre par rapport aux biopsies. Certaines d'entre-elles sont faciles à repérer car elles sont faites dans le cadre d'un séjour hospitalier et donc codifiées dans la base PSMI, les autres sont faites en externe et sont répertoriées dans un autre système d'information que les bases PSMI et SNIIRAM.