

Le cancer de la prostate

Le contexte

*Tous âges confondus, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme après celui du poumon. En s'appuyant sur les résultats des registres de cancers existant en France métropolitaine, des projections permettent d'estimer à environ 30 000 le **nombre de nouveaux cas** de cancer de la prostate apparus en 1995, ce qui représente un taux d'incidence standardisé (sur la population mondiale) de 66 pour 100 000 hommes. Il s'agit d'une hypothèse haute de l'estimation, qui s'appuie sur les incidences observées en 1992 et qui considère que la tendance à cette époque se maintiendra.*

Les variations internationales de l'incidence du cancer de la prostate sont importantes. En 1988-92, le taux d'incidence le plus élevé est observé aux Etats-Unis (101 pour 100 000 chez les blancs et 137 chez les noirs) et le plus faible en Asie (entre 2 et 10 pour 100 000). En Europe, la France est parmi les pays où le taux est le plus fort, l'incidence étant plus élevée dans les pays de l'Ouest (de 20 à 61 pour 100 000 du Nord au Sud) et plus faible dans les pays d'Europe centrale (12 à 24 pour 100 000).

*En France, entre 1985 et 1995, le **taux d'incidence** a augmenté de 29 à 66 pour 100 000 (standardisation sur la population mondiale). Un des éléments expliquant cette évolution est l'utilisation de méthodes diagnostiques plus sensibles.*

Dans l'hypothèse d'un maintien de l'incidence au niveau observé en 1992, le nombre de cancers prostatiques diagnostiqués devrait continuer de croître de façon importante sous la seule pression de l'évolution démographique, car il s'agit d'un cancer du sujet âgé.

L'incidence du cancer de la prostate augmente de façon continue avec l'âge, notamment après 50 ans. Ce cancer présente très souvent un caractère latent : on estime que 40 % des hommes de plus de 50 ans sont porteurs de lésions histologiques cancéreuses mais que seuls 8 % développeront un cancer clinique.

D'autres facteurs de risque, ethniques, environnementaux et héréditaires semblent jouer également un rôle dans l'apparition du cancer de la prostate.

*En termes de **mortalité**, en 1993-95, le cancer de la prostate est la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et avant le cancer colo-rectal.*

Au cours de cette période, il a été responsable de 9 250 décès en moyenne par an, ce qui représente un taux comparatif de mortalité de 47 pour 100 000 hommes (taux standardisé sur la population française au recensement de 1990).

Ce taux est passé de 45 pour 100 000 en 1981-83 à 50 en 1988-90, pour revenir à 47 en 1993-95.

Il est important de souligner que la mortalité prématurée (avant 65 ans) due à ce cancer est relativement faible : 600 décès sur 9 250 en moyenne par an.

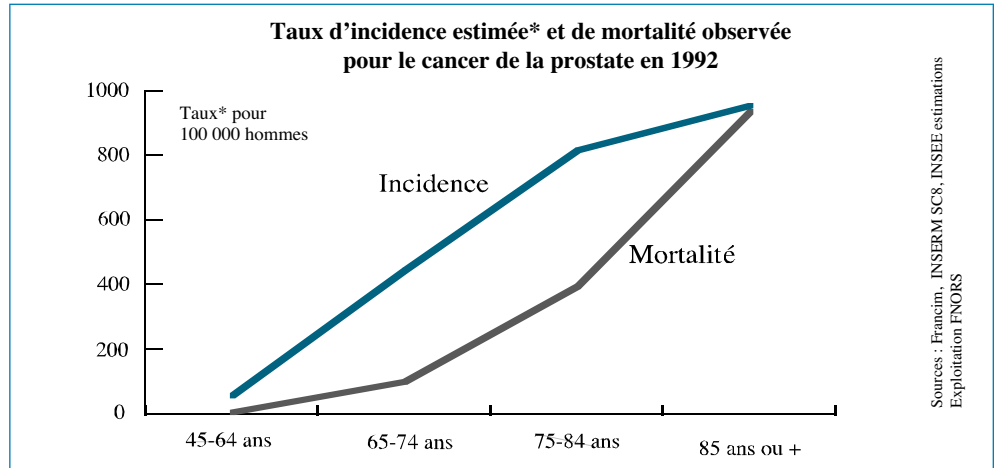
*L'intérêt d'un **dépistage** de masse du cancer de la prostate n'est pas aussi évident que pour d'autres formes de cancer. En effet, l'intérêt d'un traitement précoce n'a jamais pu être démontré dans le cadre d'études prospectives contrôlées.*

Par ailleurs, un dépistage de masse risquerait de mettre en évidence, et donc de conduire à traiter, de petites tumeurs qui ne se seraient jamais manifestées.

Une incidence qui ne cesse de croître avec l'âge

L'incidence estimée* (nombre de nouveaux cas apparus chaque année) pour le cancer de la prostate est très faible avant 45 ans et augmente très nettement ensuite : en 1992, les taux d'incidence atteignent respectivement 63 pour 100 000 hommes chez les 45-64 ans, 451 chez les 65-74 ans et 821 chez les 75-84 ans. Le taux d'incidence est encore élevé après 85 ans (960 pour 100 000 hommes).

* Les estimations d'incidence utilisées sont celles réalisées par le réseau français des registres des cancers (Francim). Les taux d'incidence sont standardisés sur la population mondiale. Les taux de mortalité sont standardisés sur la population française au recensement de 1990.

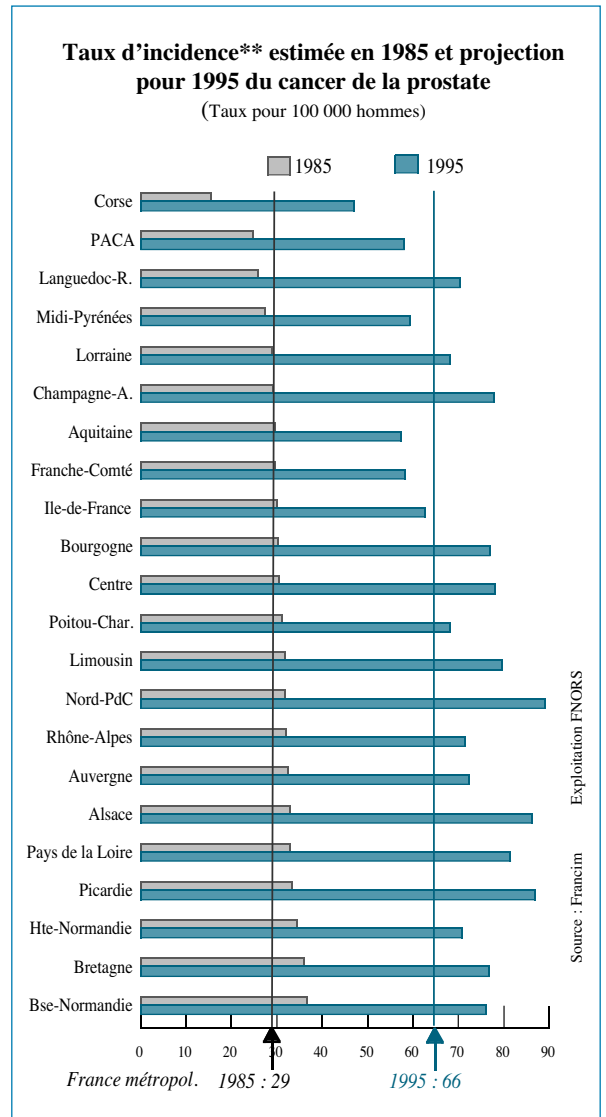


Une incidence qui a doublé en dix ans

En comparant les taux d'incidence estimés en 1985 et les projections pour 1995, on note une augmentation de plus de 100 % des taux d'incidence en France métropolitaine. Toutefois, il est possible que la méthode de projection, basée sur l'incidence de 1992 et la tendance de mortalité jusqu'en 1995 surestiment les chiffres réels.

Selon l'hypothèse présentée, il existe dans toutes les régions au moins un doublement du taux. En 1985, les écarts par rapport à la moyenne étaient peu importants, la plupart des régions ayant un taux autour de 30 pour 100 000. Mais en 1995, les écarts se sont creusés et le classement des régions s'est modifié : Corse et PACA restent les régions avec les taux les plus faibles, mais les taux élevés sont maintenant observés dans le Nord-Pas-de-Calais, en Alsace et en Picardie, avec un taux proche de 90 pour 100 000.

** Les taux d'incidence sont standardisés sur la population mondiale.



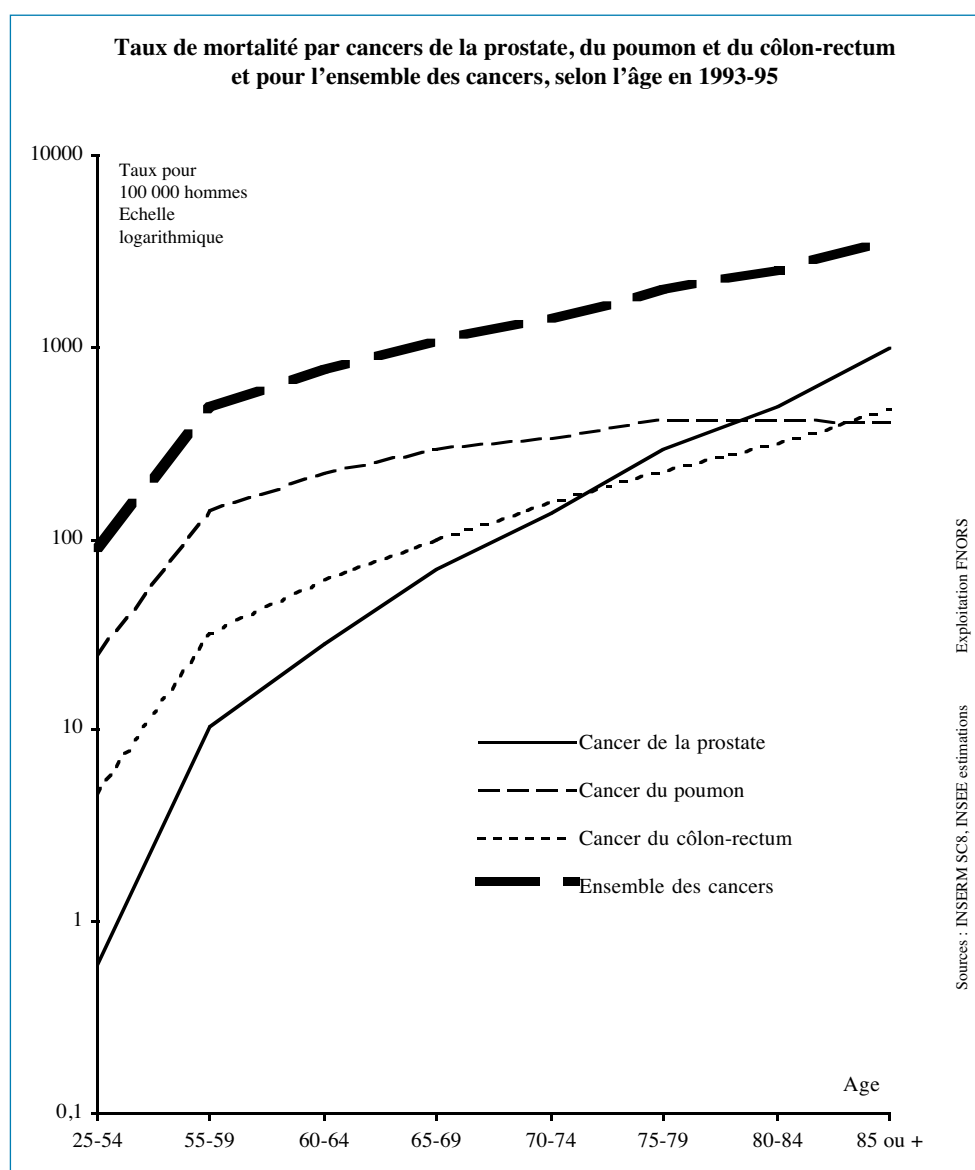
En 1993-95, le cancer de la prostate est la première cause de décès par tumeur en France, chez les hommes âgés de 75 ans ou plus. Par contre, avant 75 ans, le cancer du poumon représente la première cause de décès par tumeur, suivi du cancer du côlon-rectum puis de celui de la prostate.

Comme pour l'ensemble des cancers, la mortalité par cancer de la prostate augmente avec l'âge, mais de façon plus marquée pour les âges élevés. Parmi les 9 250 décès annuels par cancer de la prostate, près de 25 % surviennent entre 65 et 74 ans, et près de 70 % à partir de 75 ans.

Le taux de mortalité, pratiquement nul avant 55 ans, progresse de façon exponentielle, passant de 10 pour 100 000 hommes chez les 55-59 ans à 985 pour 100 000 après 85 ans.

Pour le cancer de la prostate, on n'observe pas de ralentissement de l'augmentation de la mortalité après 65 ans comme cela existe pour les autres cancers.

**Première cause
de décès
par tumeur
après 75 ans**

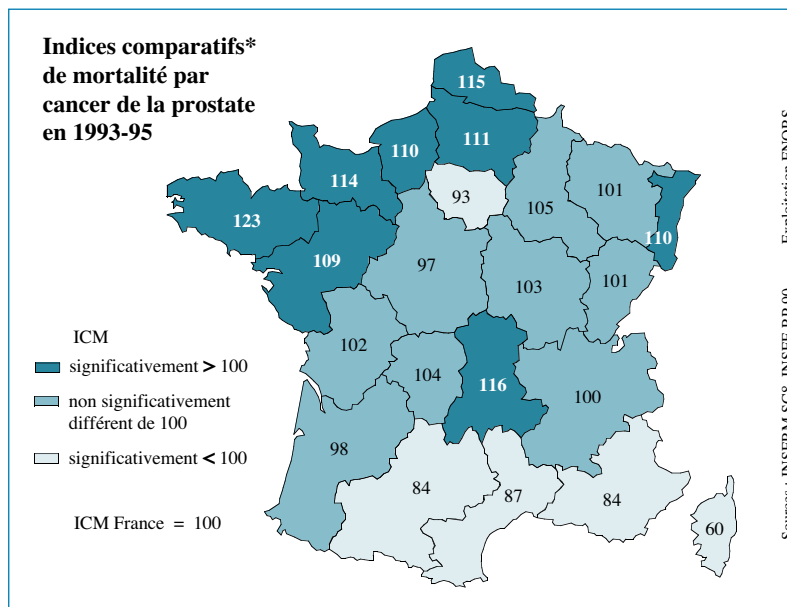


**Surmortalité
dans
le Nord-Ouest**

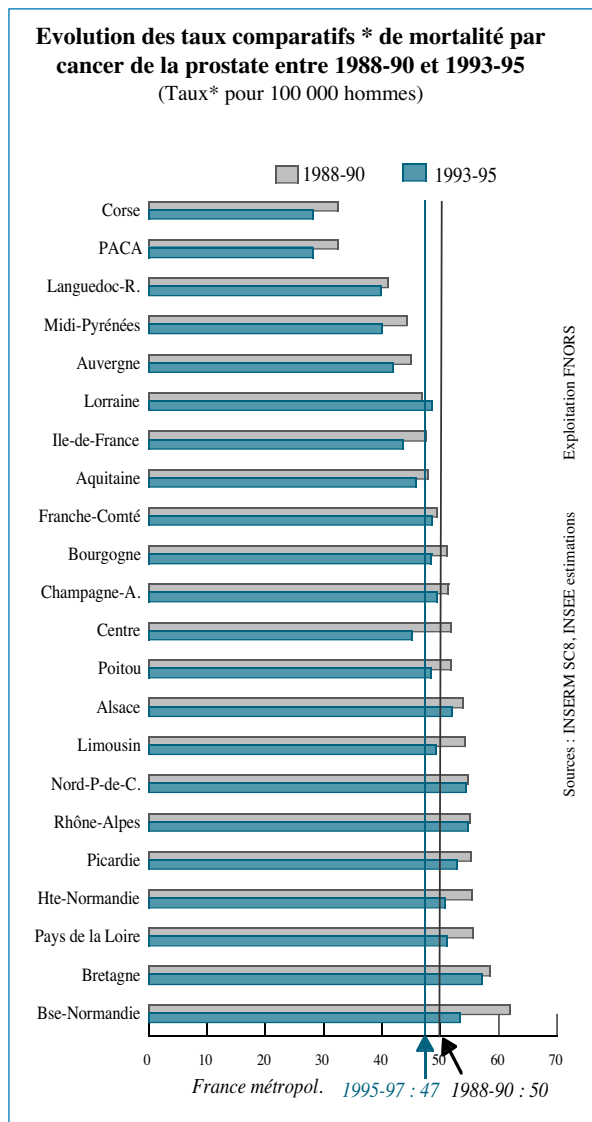
La répartition géographique des indices comparatifs de mortalité (ICM) par cancer de la prostate montre un gradient Ouest / Sud-Est.

Pour la période 1993-95, les ICM les plus faibles se situent essentiellement dans les régions du Sud-Est : Corse, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon.

Durant la même période, les ICM les plus élevés se trouvent au Nord-Ouest : Basse-Normandie, Picardie, Bretagne, Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais et Pays de la Loire. Entre les situations extrêmes de la Corse et de la Bretagne, la mortalité passe du simple au double.



* L'indice comparatif de mortalité (ICM) permet de comparer la situation des régions en éliminant les effets de la structure par âge. L'ICM est le rapport en base 100 du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans chaque région avaient été identiques aux taux nationaux. La base est 100 en France métropolitaine.



Après la hausse du taux comparatif* de mortalité entre 1981-83 et 1988-90 (de 45 à 50 pour 100 000), on observe une diminution en 1993-95, le taux se situant à 47 pour 100 000 hommes.

Cette diminution touche toutes les régions, sauf la Lorraine. Elle est en général très faible, et il convient plutôt de parler de stabilité du taux. Cependant en PACA, Basse-Normandie, Limousin et Centre, la diminution du taux dépasse 10 % en cinq ans.

Le classement des régions a peu varié pendant cette période. La région Centre améliore sa situation passant d'une surmortalité à une sous-mortalité. La région PACA reste celle qui présente de loin le taux le plus faible (28 pour 100 000), alors qu'à l'opposé la Basse-Normandie, qui avait le taux le plus élevé en 1988-90 (62 pour 100 000) améliore un peu sa situation et se situe maintenant derrière les régions Rhône-Alpes, Bretagne et Nord-Pas-de-Calais.

Diminution de la mortalité dans toutes les régions

* Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme 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 française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les périodes et entre les régions.

16 000 admissions annuelles en ALD

Entre 1993 et 1995, en France, 16 800 hommes ont été admis chaque année en affection de longue durée (ALD) pour un cancer de la prostate par les principaux régimes d'Assurance maladie. Cela représente environ 70 % du nombre de nouveaux cas estimés en 1992 (23 500) et 56 % du nombre de cas résultant des projections pour 1995. Cette différence est sans doute liée au fait que la découverte d'une lésion cancéreuse de la prostate n'entraîne pas systématiquement une admission en ALD.

Le cancer de la prostate représente 18 % des admissions en ALD pour cause tumorale chez les hommes, cette proportion variant en général selon les régions de 15 à 21 %.

Quatre régions se distinguent : d'une part, la Corse (7 %), le Nord-Pas-de-Calais (13 %) et la Bretagne (14 %) présentent des pourcentages très inférieurs à la moyenne, et d'autre part le Limousin avec un pourcentage beaucoup plus élevé (25,5 %).

Les admissions annuelles en ALD pour cancer de la prostate en 1993-95

| | Nombre annuel moyen (1) | % dans l'ensemble des ALD pour tumeur (2) |
|------------------------------|-------------------------------|---|
| Limousin | 375 | 25,5 |
| Poitou-Charentes | 646 | 21,5 |
| Midi-Pyrénées | 854 | 21,5 |
| Centre | 976 | 20,9 |
| Rhône-Alpes | 1 833 | 20,8 |
| Pays de la Loire | 1 056 | 20,7 |
| Bourgogne | 607 | 20,5 |
| Franche-Comté | 358 | 20,2 |
| Aquitaine | 907 | 19,3 |
| Auvergne | 484 | 19,1 |
| Basse-Normandie | 446 | 19,0 |
| Haute-Normandie | 503 | 18,4 |
| Languedoc-Roussillon | 647 | 18,4 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 1 174 | 17,8 |
| Ile-de-France | 2 644 | 16,9 |
| Champagne-Ardenne | 390 | 16,3 |
| Lorraine | 604 | 16,0 |
| Picardie | 427 | 15,6 |
| Alsace | 348 | 15,5 |
| Bretagne | 842 | 13,9 |
| Nord-Pas-de-Calais | 648 | 12,7 |
| Corse | 33 | 7,1 |
| <i>FRANCE métropolitaine</i> | <i>16 802</i> | <i>18,2</i> |

(1) Nombre annuel moyen d'admissions en affection de longue durée pour cancer de la prostate dans la région

(2) % des ALD pour cancer de la prostate par rapport à l'ensemble des ALD pour tumeur chez les hommes dans la région

Sources : CNAAMTS, CCMSA, CANAM, Exploitation FNORS

Les affections de longue durée

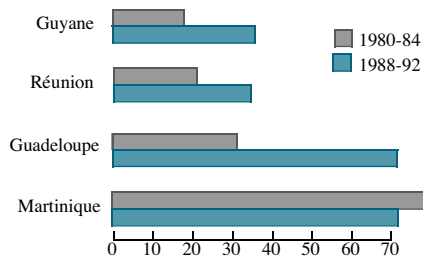
En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants-droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Il s'agit de nombres annuels moyens de premiers avis favorables d'admission en ALD pendant la période considérée.

Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

La situation dans les départements d'outre-mer

Evolution des taux comparatifs* de mortalité par cancer de la prostate dans les DOM entre 1980-84 et 1988-92 (Taux pour 100 000 habitants)



Sources : INSERM SC8, INSEE RP 82 et 90
Exploitation FNORS

* Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé est obtenu par la méthode de standardisation directe qui élimine l'effet de la structure d'âge de la population. Cette méthode utilise la structure par âge d'une population de référence, en l'occurrence la population française au recensement de 1990 (hommes + femmes).

Parmi les départements d'outre-mer, la Réunion et la Guyane présentent une mortalité identique à celle de l'ensemble des régions métropolitaines en 1993-95 (ICM respectifs de 100 et 124, non significativement différents de la base 100 en métropole). Dans les deux autres DOM, la surmortalité est élevée : l'ICM est de 174 en Martinique et de 184 en Guadeloupe. Ces taux élevés sont probablement liés à l'importance de la population noire chez qui cette pathologie est plus fréquente. Rappelons qu'en métropole, c'est en Bretagne que l'ICM est le plus élevé, se situant à 123.

Au cours de la dernière décennie, la mortalité par cancer de la prostate a fortement augmenté en Guyane, à la Réunion et en Guadeloupe (respectivement + 100 %, + 64 % et + 129 %). Seule la Martinique présente une diminution du taux comparatif entre 1980-84 et 1988-92 (- 9,5 %).

Entre 1993 et 1995, l'Assurance maladie a admis chaque année 343 hommes en affection de longue durée (ALD) pour un cancer de la prostate dans l'ensemble des DOM. Cette pathologie représente 30,8 % des admissions en ALD pour cause tumorale chez les hommes des DOM, contre 18,2 % en métropole. En Martinique et en Guadeloupe, près d'un homme sur deux admis en ALD pour tumeur présente un cancer de la prostate.

Admissions en ALD pour cancer de la prostate dans les DOM en 1993-95

| | Nombre annuel moyen (1) | % dans l'ensemble des ALD pour tumeur (2) |
|------------|-------------------------|---|
| Guyane | 8 | 17,0 |
| Martinique | 145 | 45,5 |
| Guadeloupe | 142 | 42,4 |
| Réunion | 48 | 11,6 |
| Total DOM | 343 | 30,8 |
| Métropole | 16 802 | 18,2 |

Sources : CNAMTS, CANAM
Exploitation FNORS

(1) Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour cancer de la prostate dans le département

(2) % des ALD pour cancer de la prostate du département par rapport à l'ensemble des ALD pour tumeur chez les hommes dans le département