

Cancers et dépistage organisé

Région Centre

2006-2011

Point sur les données du PMSI et des structures de gestion



INTRODUCTION

- Les programmes nationaux de Dépistage Organisé (DO)** visent les 50-74 ans : **cancer du sein** (femmes) depuis 2004 et **cancer colo-rectal** (femmes et hommes) depuis 2008. La coordination des DO est confiée à des **Structures de Gestion (SG)** : une par département en Région Centre (RC). La centralisation, validation et homogénéisation des données sont effectuées par l'**Institut de Veille Sanitaire (InVS)**.
- La surveillance épidémiologique des cancers en RC repose sur le **Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI)** qui enregistre toutes les hospitalisations ; la RC ne disposant pas de registre des cancers (référence).

Objectif : décrire la répartition et l'évolution des cancers du sein et du côlon-rectum en RC : 1/ découverts dans le cadre d'un DO 2/ responsables d'hospitalisations

MÉTHODES

Sélection des cas, domiciliés en RC:

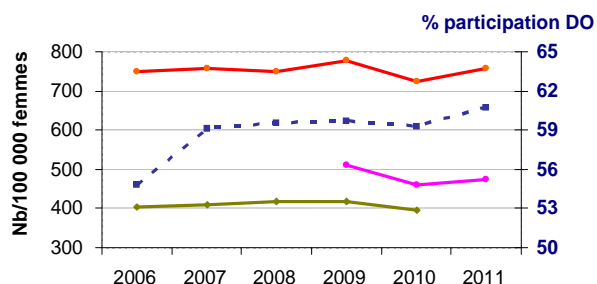
- DO : dépistage** aboutissant au diagnostic d'un **cancer primitif**.
- PMSI** : patients, de 50 à 74 ans, **hospitalisés** en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) hors radiothérapie, entre 2006 et 2011, avec ≥ 1 séjour comportant :
 - Diagnostic Principal (DP) ou Relié (DR) de tumeur maligne primitive (TMP), in situ (TIS), ou à évolution imprévisible (TEI)
 - DP : "Z" de surveillance/traitement (chimio- ou radiothérapie, PAC, soins palliatifs) ou code d'aplasie. Le cancer retenu était respectivement le DR ou le Diagnostic Associé (DAS).
 - Association de 2 codes en DAS : code de TMP/TEI/TIS et code en "Z" de surveillance/traitement.

Analyse – indicateurs (calcul des taux standardisés sur âge et sexe -France 2009-)

- Participation DO**
- Incidence DO** : nb cancers dépistés / population 50-74 ans divisée par 2 (campagnes bisannuelles)
- Cas prévalent PMSI** : hospitalisé au moins 1 fois dans l'année pour cancer
- Cas incident PMSI** (2009-11) : 1^{ère} hospitalisation pour cancer sans séjour pour même cancer dans les 3 ans précédents

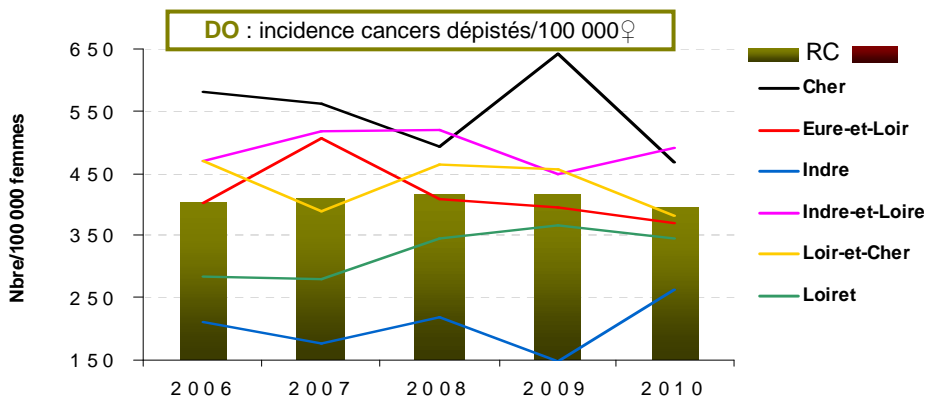
CANCER DU SEIN

2006-2011 : 91 197 hospitalisations → 16 806 patientes 536 850 femmes dépistées → 3 761 cancers (0,7 %)

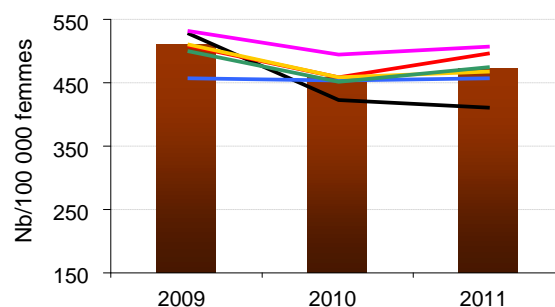


- participation DO** : 55% (2006) à 61% (2011), > taux national (53% en 2011). Participation Cher + forte, Loiret et Indre + faible : ancienneté du DO dans le Cher, stratégies variées d'invitation et de communication
- Incidence DO** : 400/100 000 femmes, stable, mais disparités départementales :
 - ↗ Indre-et-Loire et Cher : plus forte participation ? Meilleur suivi tests positifs ?
 - ↘ Indre : plus faible participation ? Données manquantes ? Épidémiologie différente ?
- Incidence PMSI** : 500/100 000 femmes. Taux le plus haut en Indre-et-Loire.

— Prévalence PMSI — Incidence PMSI — Incidence DO



PMSI : incidence patientes hospitalisées/100 000 femmes



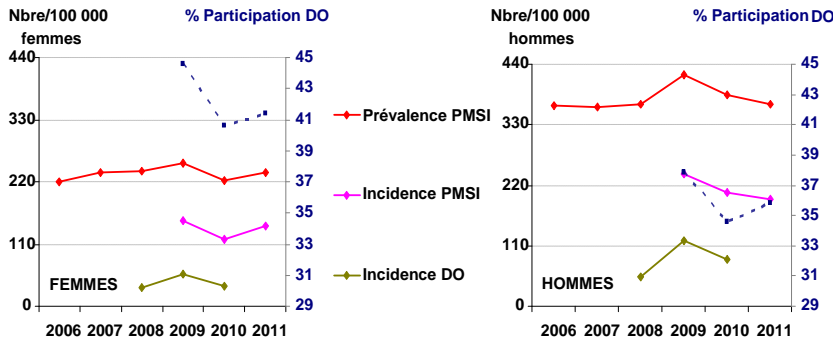
L'incidence PMSI est légèrement plus élevée et parallèle à l'**incidence DO** en 2009-10. Toutefois, 2 départements se détachent :

- le **Cher** : incidence DO (2010 : 472/100 000) plus élevée que incidence PMSI (2010 : 424/100 000) : mauvais repérage des cas PMSI ? Moindre recours à l'hospitalisation ?
- l'**Indre** : incidence PMSI (2010 : 454/100 000) très supérieure à incidence DO (263/100 000) : hypothèse épidémiologique ne semble plus valide, plutôt faible participation et/ou défaut de suivi des SG ?



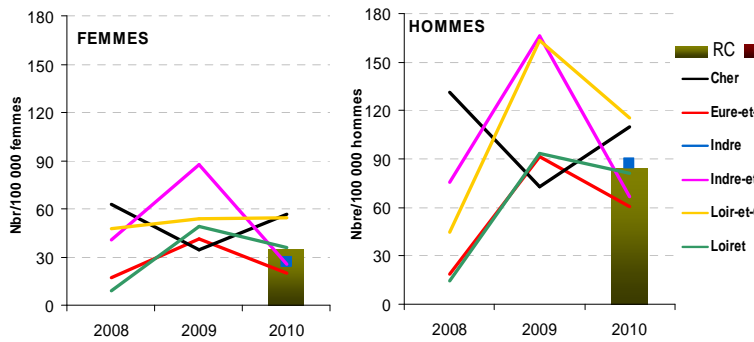
2008-2010 : 2 688 ♀ / 4 145 ♂ - sexe ratio à 1,5
 2008-2010 : 329 725 ♀ dépistées → 215 cancers (0,07 %)

249 056 ♂ dépistés → 421 cancers (0,17 %)

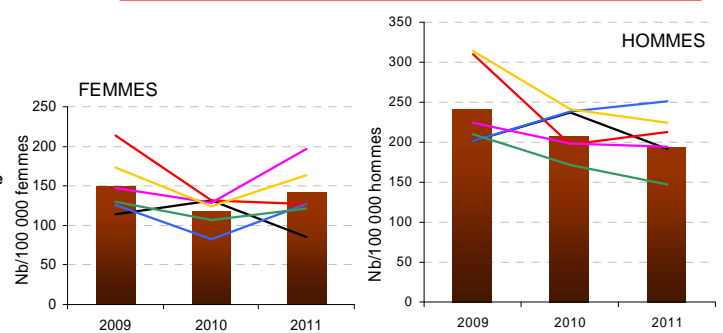


- Participation DO < 50 %
- fluctuante et très faible chez l'homme (35 %)
- Incidence DO
- 30/100 000 ♀, 80/100 000 ♂ en 2010, fluctuante
- Incidence PMSI :
- 2 x incidence DO (en lien avec faible participation)
- évolution parallèle à celle du DO (2009-2010)

DO : incidence cancers dépistés/100 000



PMSI : incidence patient(e)s hospitalisé(e)s/100 000



L'incidence PMSI est 2 à 3 fois plus élevée que l'incidence DO selon les départements, en partie du fait d'une participation au DO plus faible que cancer du sein.

- **Eure-et-Loir** : différentiel très important avec incidence PMSI 4 à 5 x incidence DO chez la femme, 3 x chez l'homme. Expliqué par un taux de participation parmi les plus bas ou bien défaut de suivi des tests positifs par la SG ?
- **Indre** : taux de cancers dépistés et patients hospitalisés peu ≠ des autres départements, contrairement cancer du sein (2010)
- **Indre-et-Loire** : pic de cancers dépistés en 2009. Expliqué par la mise en œuvre d'un projet de recherche sur un test de dépistage immunologique, probablement plus sensible que le test Hemocult® (plus de cancers détectés) ?

CONCLUSION

Ce travail est à notre connaissance le premier à analyser en parallèle des données régionales de DO et des données hospitalières PMSI, sur une période de 5 ans. Rappelons que les **données issues du DO et le PMSI ne sont pas chainables** (absence d'identifiant commun pour un même patient). Toutefois, le parallélisme des données d'incidence DO et PMSI souligne la pertinence à rapprocher ces bases tant qu'elles ne sont pas chainables.

Chacun des deux systèmes a ses limites. Le DO ne prend pas en compte le dépistage individuel (10 %). Les données dépendent à la fois du taux de participation de la population et de l'exhaustivité du recueil des résultats effectué par les SG. Enfin, au début du DO (2004), on mesurait plus une prévalence (cas pré-existants + nouveaux cas) qu'une incidence. De même, le codage PMSI est moins pertinent pour la mesure de l'incidence (plus adapté pour la prévalence), d'autant plus que le recul temporel est très faible.

La même exigence ne peut être attendue d'un outil de recueil médico-administratif (PMSI) par rapport à un recueil de suivi du DO. Ce travail pourrait être complété par l'analyse des décès hospitaliers et en population générale. De même, il serait intéressant de calculer l'incidence hospitalière avec un plus grand recul (5 ans préférable à 3 ans) et sur la base nationale (prise en compte des déménagements en France).

Bibliographie :

1. Guides du format des données et définitions des indicateurs de l'évaluation du programme national. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire. Dépistage organisé du cancer du sein, 2011. Dépistage organisé du cancer colorectal, 2010. <http://www.invs.sante.fr>
2. Baron S, Lecuyer A-I, Gaborit C, Godillon L. Epidémiologie hospitalière du cancer des habitants de la région Centre - PMSI 2006 – 2010. Unité régionale d'épidémiologie hospitalière. 2011.
3. Les cancers en France en 2013. Collection état des lieux et des connaissances, INCa, janvier 2014.

Remerciements :

- aux structures de gestion de la région Centre : ADOC 18, ADOC 28, CREDEP 36, CCDC, ADOC 41 et ADOC Loiret
- aux épidémiologistes de l'InVS : Agnès Rogel, Delphine Jezewski-Serra, Dimitri Lastier

Auteurs : Dr Sandra AYMERIC, Dr Émeline LAURENT, Dr Ken HAGUENOER, Dr Sabine BARON, Dr Leslie GRAMMATICO-GUILLON

Correspondants : Dr S. AYMERIC, Mail : sandra.aymeric@univ-tours.fr

Document téléchargeable sur le site de l'UREH : <https://www.sante-centre.fr/ureh-centre>