

L'activité chirurgicale pour cancer de la prostate dans le PMSI, France, 1998

Hui-Quan Cong, Jean-Marc Nadal, Brigitte Haury

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'hospitalisation, Paris.

OBJECTIF

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme. Le nombre de nouveaux cas estimés pour la France en 1995 était de 26 474 [1]. Dans le cadre d'une approche exploratoire de l'activité chirurgicale de ce cancer, une étude des données de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) public et privé a été réalisée sur l'année 1998. Elle avait pour objectifs de :

- connaître le nombre et les caractéristiques des séjours en hospitalisation complète motivés par une intervention chirurgicale pour cancer de la prostate ;
- déterminer l'activité des établissements selon les régions ;
- apprécier les lieux de soins en fonction du domicile des patients.

MÉTHODE

Une extraction des données de la base nationale du PMSI 1998 public et privé a été réalisée sur la Catégorie majeure de diagnostic n° 12 (affections de l'appareil génital masculin) avec diagnostic principal de cancer de la prostate (code OMS C61 : tumeur maligne de la prostate). Seules les hospitalisations complètes de plus de 24 heures ont été étudiées.

L'analyse est réalisée à partir des GHM (Groupe homogène de malades) chirurgicaux concernés qui ont été répartis en deux groupes :

groupe 1 : interventions chirurgicales lourdes

GHM 501 : interventions pour affections de l'appareil génital masculin, avec complication et/ou morbidité associée et GHM 474 et GHM 475 : interventions pelviennes majeures ;

groupe 2 : interventions plus légères

GHM 476, GHM 477 et GHM 478 : prostatectomies transurétrales.

Les informations issues du PMSI ont été redressées. Ce redressement a été réalisé en confrontant les données du PMSI aux données de la base des statistiques d'activité des établissements (SAE), considérée comme la base de référence. Ces opérations de redressement ont permis en outre de contrôler la cohérence entre ces deux sources.

Une analyse par type d'établissement a été effectuée entre les « établissements publics » et « les établissements privés » (les établissements privés prenant en compte les établissements sous objectif quantifié national, OQN, et les établissements privés participant au service public y compris les Centres de lutte contre les cancers, CLCC).

Un taux d'attraction régional pour la pathologie étudiée a été calculé, il correspond au solde des séjours des non-résidents se faisant hospitaliser dans la région et des séjours des résidents se faisant hospitaliser en dehors de la région, rapporté au nombre total de séjours. Lorsque ce taux est négatif, il est qualifié de taux de fuite.

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel Sas.

RÉSULTATS

Caractéristiques des séjours chirurgicaux pour cancer de la prostate

En 1998, 20 011 hospitalisations complètes de plus de 24 heures, en chirurgie, pour cancer de la prostate, ont été enre-

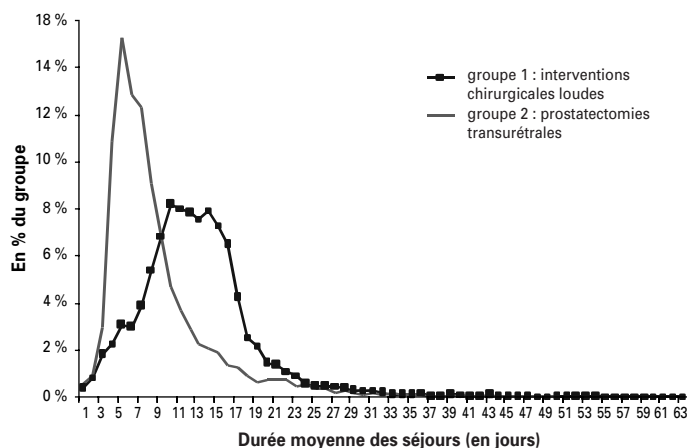
gistrées par le PMSI public et privé qui se répartissent en 9 585 (48 %) pour le groupe 1 et 10 426 (52 %) pour le groupe 2.

La moyenne d'âge des personnes ayant subi une intervention chirurgicale pour cancer de la prostate est de 70,9 ans avec un écart type de 9,1 ans. La médiane est à 70 ans. Elle est significativement différente ($p < 0,005$) entre les deux groupes : 66,6 ans pour le groupe 1 et 75 ans pour le groupe 2.

La durée moyenne de séjour (DMS) est de 10,9 jours avec un écart type de 7 jours ; elle croît linéairement avec l'âge. Elle est significativement différente ($p < 0,005$) entre les deux groupes. Elle est plus élevée pour le groupe 1 (12,9 jours) que pour le groupe 2 (8,5 jours) (figure 1).

Figure 1

Distribution de la durée moyenne des séjours pour cancer de la prostate par type d'intervention



La plus grande partie des hospitalisations (97,5 %) concerne des personnes venant de leur domicile. La sortie des hospitalisations est dans 94 % des cas un retour à domicile et l'hospitalisation s'est terminée par un décès dans 0,7 % des cas.

Activité et caractéristiques des établissements concernés

Ensemble des GHM chirurgicaux (groupe 1 et groupe 2)

En 1998, 815 établissements publics et privés ont enregistré des interventions chirurgicales pour cancer de la prostate : 521 (64 %) sont des « établissements privés » et 294 (36 %) des « établissements publics ». Les établissements privés assurent 68,5 % de l'activité totale et les établissements publics en assurent 31,5 %. L'analyse par catégorie d'établissement montre une très faible activité des CLCC avec 0,1 % de l'activité totale.

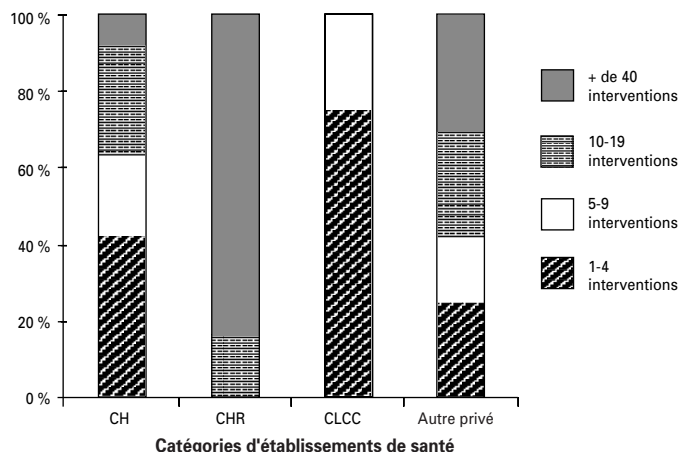
L'activité moyenne des établissements est de 25 interventions chirurgicales par an avec une très grande variabilité entre les établissements. Un petit nombre d'établissements assure une part importante de l'activité : 10 % réalisent 40 % de l'activité, parmi eux, 18 établissements ont une activité supérieure à 100 interventions par an alors que 50 % des établissements (408) n'en réalisent que 12 % et 70 entre eux n'ont réalisé qu'une seule intervention.

La répartition de cette activité chirurgicale par catégorie d'établissements est très variable :

36 % des centres hospitaliers (CH) réalisent moins de 5 interventions en 1998, contre 18,7 % des établissements privés à but lucratif et aucun CHR. 70 % des CHR, 6,4 % des CH et 23,2 % des établissements privés ont réalisé plus de 40 interventions par an (figure 2).

Figure 2

Répartition du nombre d'interventions chirurgicales pour cancer de la prostate par catégorie d'établissement



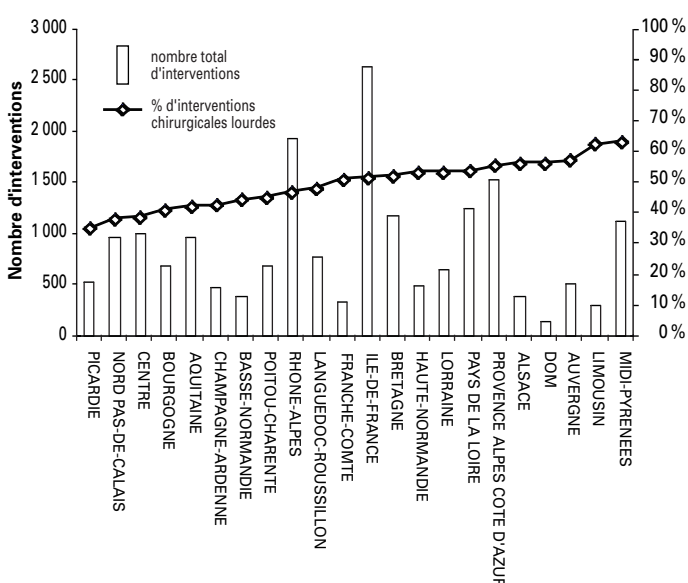
Comparaison entre groupe 1 et groupe 2

Au total, 719 établissements réalisent des interventions chirurgicales lourdes. La moitié des établissements ont réalisé moins de 6 interventions lourdes par an ; un quart moins de 3 par an ; 119 établissements n'ont réalisé qu'une seule intervention lourde. A l'inverse, seuls 24 établissements ont une activité supérieure à 50 interventions par an. 51 établissements n'ont réalisé que des actes lourds et ils représentent une part faible de l'activité (99 interventions).

Par ailleurs, 764 établissements réalisent des interventions chirurgicales légères : 36 % (276) des établissements ont réalisé moins de 5 interventions légères par an. Parmi eux, 96 établissements n'ont réalisé que des actes légers (410 interventions du groupe 2).

Figure 3

Répartition régionale de l'activité chirurgicale pour cancer de la prostate



Activité par région

Pour l'ensemble des GHM chirurgicaux, trois régions qui couvrent 33 % de la population (Ile-de-France, Rhône-Alpes et Paca) assurent un tiers de l'activité. La répartition entre le groupe 1 et le groupe 2 est variable selon les régions. En Picardie, 65 % des interventions relèvent du groupe 2 et 35 % du groupe 1 ; à l'inverse, en Midi-Pyrénées, 36,6 % relèvent du groupe 2 et 63,4 % du groupe 1 (figure 3).

Flux entre régions

Les flux entre régions restent marginaux : 92 % des patients ont recours à l'hôpital de leur région de domicile et seulement 6,3 % à d'autres régions.

DISCUSSION

Le PMSI est un système de mesure de l'activité hospitalière à partir d'un recueil d'information minimal, systématique et standardisé. Il tient compte des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts.

L'activité chirurgicale représente environ 75 % des 26 474 cas incidents de cancer de la prostate (nombre estimé en 1995). Une partie importante des cancers de la prostate est donc traitée par les thérapeutiques non chirurgicales [2] ou n'est pas traitée. Il est à noter que les données du PMSI concernent des séjours hospitaliers et non des patients. De ce fait plusieurs séjours peuvent être pris en compte pour un même patient (cas des ré-hospitalisations pour complication ou des interventions en deux temps) avec, par conséquent, un risque de surestimation.

Pour tous les établissements, les séjours sont regroupés au niveau de leur entité juridique, au sens de la personnalité morale, et non de l'établissement lui-même. Cela conduit à compter pour une seule unité l'ensemble des établissements de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris, de l'Assistance publique de Marseille ou des Hospices civils de Lyon. Il faut donc nuancer les comparaisons entre établissements basées sur leur niveau d'activité et leur comparaison avec des masses critiques d'activité.

Lors des changements d'unités de soins au cours d'une même hospitalisation, c'est la durée totale du séjour qui est prise en compte. Ainsi la DMS observée dans cette étude ne dépend pas uniquement des séjours chirurgicaux.

Les deux groupes d'intervention ont des caractéristiques différentes : pour le groupe 1 (actes lourds), les patients sont plus jeunes, la DMS est plus longue, la répartition régionale est différente et le taux d'intervention par groupe pour 100 000 hommes varie entre les régions (données non présentées).

Les données des flux entre les régions méritent d'être étudiées en fonction de la proximité géographique et des zones d'influence des établissements de santé parfois différentes des régions administratives. Ainsi, des résidents de la région Picardie ont recours aux hôpitaux franciliens ou champenois proches de leur domicile. Il en est probablement de même pour des résidents lorrains qui se font soigner en Alsace.

CONCLUSION

Ces résultats permettent d'apprécier l'activité chirurgicale hospitalière pour cancer de la prostate et sont susceptibles d'aider à une meilleure organisation des soins. Ces données permettent d'identifier le volume d'activité des établissements, le type d'établissements concernés et les zones d'attractivité régionale.

Elles permettent d'engager une réflexion sur les structures impliquées dans la prise en charge du cancer de la prostate au regard du volume de leur activité ainsi que sur l'équilibre territorial pour une bonne planification de la chirurgie carcinologique dans une logique de structures des soins adaptés et gradués.

RÉFÉRENCES

- [1] Ménégot F, Chérié-Challine L. Le cancer en France : incidence et mortalité, DGS, 1997, 182 p
- [2] De la Taille A. Cancer de la prostate, Epidémiologie, Medespace, 2001