

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

**DEPISTAGE DU CANCER
DE LA PROSTATE : ETAT
DES PRATIQUES DES
MEDECINS GENERALISTES
DU MAINE ET LOIRE**

HAMARD Claire

Née le 25 octobre 1987 à Le Mans

Sous la direction de M. le Dr **LEBDAI Souhil**

Membres du jury

Mr le Pr AZZOUZI Abdel Rahmene | Président

Mr le Dr LEBDAI Souhil | Directeur

Mr le Pr CONNAN Laurent | Membre

Mr le Pr CAILLIEZ Eric | Membre

Mme le Dr RENIER-TISNE Christine | Membre

Soutenue publiquement le :
13 octobre 2016

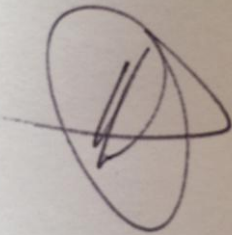


UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée **HAMARD CLAIRE**
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **13/09/2016**

A photograph of a handwritten signature in black ink on a light-colored surface. The signature is stylized and appears to be 'CHAMARD'.

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur AZZOUZI,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Vous m'avez conseillée et encouragée dès le début de ce projet de thèse. Je vous remercie d'accepter de présider le jury de ma thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LEBDAI,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Ton expérience et tes connaissances m'ont été précieuses dans l'élaboration et la rédaction de ce travail de thèse. Tu as su être disponible pour moi ce qui est une qualité précieuse pour un directeur de thèse ! Sois assuré de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur CONNAN,

Vous avez accompagné ma formation d'interne et vous m'accompagnez pour ma soutenance de thèse. Merci pour vos cours, toujours animés d'une profonde empathie et d'un respect de l'autre que je garde en tête précieusement. Je vous remercie d'accepter de juger mon travail de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur CAILLIEZ,

Vous acceptez de juger mon travail de thèse et je vous en suis reconnaissante. Je n'ai eu l'occasion de vous rencontrer qu'au début de mon travail en atelier de thèse et vous m'avez aidée à débiter ce projet pour le mener à bien. Soyez assuré de ma reconnaissance.

A Madame le Dr RENIER TISNE,

Un grand merci. Tu sais tout le bien que je pense de toi. Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse, mais surtout merci de m'avoir montré que la médecine générale est avant tout l'histoire d'un lien fort entre le médecin et tous ses patients. J'aime partager avec toi mes questions médicales mais aussi les anecdotes cocasses de nos patients.

A tous les médecins généralistes qui ont eu la gentillesse de répondre à mon questionnaire

Aux médecins de l'hôpital du Mans qui ont accompagné mes premiers pas d'interne : Dr Minaud, Dr Goupil, Dr Hitoto, Dr Crochette, Dr Varache, Dr Choukroun, Dr Bellefontaine, Dr Derrien...

Aux médecins généralistes qui m'ont accueillie en stage et m'ont donné envie de faire ce beau métier : Dr Lebot, Dr Milliot, Dr Lacombe-Bazar, Dr Seguin, Dr Renier-Tisne, Dr Pichon, Dr Moreau, Dr Page, Dr Boulet Gercourt et Dr Tricaud.

REMERCIEMENTS

A mon Papa, qui aurait tant aimé partager cette journée avec moi. J'ai choisi médecine malgré toutes tes recommandations sur la difficulté de la tâche ! Je sais que tu es fier de moi, même si l'ophtalmo est loin d'être mon fort...

A ma Bonne Maman, une deuxième belle étoile qui veille sur moi. Ta gentillesse et ta bienveillance sont un exemple pour moi et j'espère en avoir toujours en ressource pour mes proches et mes patients.

A toi mon Pierre, qui partage mon quotidien. Merci de m'avoir aidée dans l'élaboration de ce travail de thèse, on forme une belle équipe. Tu as l'art de manier le bistouri et le balai comme personne, je crois que c'est ce qui m'a séduite, malgré ton manque flagrant d'organisation... Tu me rends heureuse. Merci pour les belles années passées ensemble et vivement celles à venir !

A ma maman, frère Flob et sœur Dédé, qui subissent depuis des années des discussions médicales à chaque repas de famille sans broncher. Mon caractère de ronchon n'est pas toujours facile à canaliser mais vous savez (presque) toujours me dérider. Merci pour votre présence aujourd'hui et pour tous les bons moments ensemble passés et futurs. Romu et Béné, vous êtes des beaux-frères et sœurs en or.

A Hervé et FongLane, vos conseils et votre soutien sont précieux pour moi.
Sans oublier mes oncles et tantes : Erik et Brigitte, Mady, Bertrand et Emmanuelle et ma bande de cousins par ordre d'apparition : Sebastien et Sandrine, Solenn et Raph, Olivier et Marie, Guillaume et Charlotte, Cécile et Gab, Aymeric, Thomas, Clémence

A Isabelle, Thierry, Francois et Antoine, ma belle famille. Merci pour votre accueil toujours chaleureux et pour les WE et vacances passés ensemble (même si je craque parfois un peu au Time'sUp...).

A Mathilde, Lucie, Baptiste, Daniel et Christine, ma deuxième belle famille de cœur. Promis mon prochain séjour aux antilles sera en Guadeloupe !

A ma petite CoulCoul ! Tu as été là dans les très bons comme dans les très mauvais moments, mais toujours fidèle au poste (sauf quand tu pars lâchement 6 mois au Canada...). Merci pour ces 10 années de médecine à tes côtés, et aussi pour les voyages, pour les gouters à papoter, pour les soirées, pour tes mots rassurants et tes encouragements. Ta générosité et ton écoute des autres font de toi une personne formidable (n'en doutes jamais !). A mon cher Nico qui illumine ta vie et qui a eu la patience de m'expliquer Zotero...

A Fabrice, Fab, Gabrice, Fabou... bref tout ça pour décrire le plus gentil voisin dont j'aurai pu rêver en P1 et sans qui je n'en serai peut être pas là aujourd'hui... Au RdV pour les soirées comme pour le travail tu es un ami sur qui je peux compter. A Laure qui a intérêt à nous ramener Fab en Maine et Loire !

A Anais, qui m'a mis des sacrées raclées au judo, mais que j'adore malgré tout !! Nos rencontres à Angers, Rennes ou ailleurs restent toujours un moment de plaisir (surtout quand tu laisses passer tes amis !). A Adrien, breton pure souche, et à baby Le Dain aussi !

A Irène, l'imitatrice officielle de Charlie Chaplin. Ta bonne humeur et ton humour rendent chacune de nos rencontres heureuses. Merci pour ta relecture attentive entre 2 morceaux de ukulele. A Olivier qui a su trouver la femme parfaite en la personne de coe-cœur, et à Mlle BourBour qui pointera le bout de son nez en janvier !

A Willou, difficile de te voir mais quand on t'attrape, on passe des supers moments ! Gardes ton humour et viens plus souvent !!

A Julie, ma coloc préférée, et ta petite famille. Tu es une femme accomplie et je suis heureuse de te compter parmi mes amis.

Aux copains de l'externat : Charlot et son amour pour l'ORL, Irène mon petit yak qui a choisi neurochir pour ne pas faire trop de neuro, Koko l'homme fou, Martin et sa tribu, Manu Mustière, Steph, Sophie, Corto et Emeline, Danette, Rodolphe, Marie Pauline, Christelle, Mathilde, Annie.

A mes belles rencontres de l'internat : SLEP ma première cointerne (et quelle cointerne !), Mimi et Guillaume les parrains officiels de Floyd, Tin Hinan ma référente cardio et bonne humeur, Cathycat et son Loulou, Ade Manu et leur petit prince Henri, Fannay, Caro et Juju des goldens copains, p'tit biquet, Clairon et Brecheteau, Antoinette et Shahed, Poulos, Sonia et Thomas, BaptBapt, Victor...

Aux copains de lycée, même si les études nous ont un peu éloignés : Vinciane, Matthieu, Justine, Laure

A ceux que j'oublie...

Liste des abréviations

AFU :	Association Française d'Urologie
ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CaP :	Cancer de Prostate
EAU :	European Association of Urology
ERSPC:	European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer
FMC :	Formation Médicale Continue
HAS :	Haute Autorité de Santé
HBP :	Hypertrophie Benigne de Prostate
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PLCO :	Prostate Lung Colo rectal and Ovarian cancer screening trial
PSA :	Prostate Specific Antigen
TR :	Toucher Rectal

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

RESUME

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION ET RATIONNEL

- 1. GENERALITES ET HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE**
- 2. EPIDEMIOLOGIE**
- 3. MOYENS DE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE**
- 4. ETAT DES RECOMMANDATIONS ACTUELLES**

DEUXIEME PARTIE : ARTICLE ORIGINAL

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES**
- 2. PRATIQUE DU DEPISTAGE**
- 3. RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE ET ATTITUDE EN FONCTION**
- 4. MODALITES DE PRESCRIPTION DU PSA**
- 5. TOUCHER RECTAL**
- 6. DEBAT ET OPINIONS**

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : La légitimité du dépistage du cancer de la prostate (CaP) est sujet à débat et les recommandations divergent. L'objectif de l'étude était d'évaluer les pratiques de dépistage du CaP des médecins généralistes du Maine et Loire.

Matériel et Méthodes : Enquête descriptive transversale réalisée de juin à juillet 2016. Un questionnaire en ligne a été envoyé à 894 médecins généralistes du Maine et Loire.

Résultats : Nous avons reçu 118 réponses. Soixante-dix pourcent des médecins proposaient un dépistage du CaP à leurs patients contre 30% qui ne le proposaient pas. Il s'agissait d'un dépistage individuel dans 68% des cas et d'un dépistage de masse dans 32% des cas. Les femmes pratiquaient significativement plus le dépistage que les hommes (respectivement 80% et 61%, $p=0,013$). Il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'âge, du milieu d'exercice, de la date de la dernière FMC, du statut de maître de stage universitaire, ou de la proportion d'hommes de plus de 50 ans dans la patientèle du praticien. En l'absence de facteur de risque de CaP, le dosage du PSA était fait tous les 2 ans ou tous les ans respectivement pour 44% et 37% des praticiens, et chez des patients de 50 à 75 ans pour 73% des praticiens. Le toucher rectal n'était fait de façon systématique que par 30% des praticiens. Seuls 3% des praticiens délivraient une information écrite et 80% une information orale. Trente-sept pourcent des médecins estimaient que le dépistage devait être abandonné et 29% qu'il devait être maintenu tel quel (association du dosage du PSA et d'un toucher rectal).

Conclusion: Même s'il reste controversé, une majorité des médecins généralistes pratiquaient un dépistage individuel du cancer de la prostate avec le dosage du PSA seul, et parfois en association avec un toucher rectal.

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION ET RATIONNEL

« *Primum non nocere* » Hippocrate -410 av JC

Depuis de nombreuses années, la légitimité du dépistage du cancer de la prostate est débattue. Les recommandations des sociétés savantes, ainsi que les pratiques divergent. Les médecins généralistes en tant qu'acteurs de soins primaires jouent un rôle primordial en prévention de la santé, notamment via le dépistage.

1. GENERALITES ET HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE

La prostate est une glande génitale, située sous la vessie en avant du rectum et traversée par l'urètre. Elle est responsable de la production du liquide séminal et de son émission. Le cancer de la prostate est un adénocarcinome hormono-dépendant qui est le plus souvent sporadique (80%), mais parfois héréditaire ou familial.

Le cancer de la prostate est le plus souvent asymptomatique à un stade localisé, mais il peut présenter des signes cliniques lorsqu'il est à un stade localement avancé ou métastatique. Les facteurs de risque reconnus de cancer de la prostate sont l'âge, les antécédents familiaux et l'origine ethnique afro-antillaise.

Le score de Gleason est un score histo-pronostic prédictif de son agressivité. Le bilan d'extension et la prise en charge thérapeutique à un stade localisé sont déterminés à partir du score de d'Amico qui prend en compte le taux de PSA, le score de Gleason et le stade TNM(1).

2. EPIDEMIOLOGIE

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme avec 56800 nouveaux cas estimés en 2012 en France, contre 28200 cas de cancer du poumon et 23200 cas de cancer colorectal la même année. Il représente la 5^{ème} cause de mortalité par cancer en France (8893 décès en 2011) et la 3^{ème} chez l'homme(2)(3). Son évolution a été marquée par une forte augmentation de son incidence depuis 1990 (figure 1), liée au vieillissement de la population ainsi qu'à une pratique croissante du dosage du PSA. Il s'agit d'un cancer du sujet âgé, l'âge médian de décès par cancer de la prostate étant après 80 ans (figure 2). Avec l'amélioration des méthodes diagnostiques et thérapeutiques, la mortalité est en baisse régulière, le taux standardisé étant passé de 18/100000 en 1990 à 10.5/100000 en 2011(3).

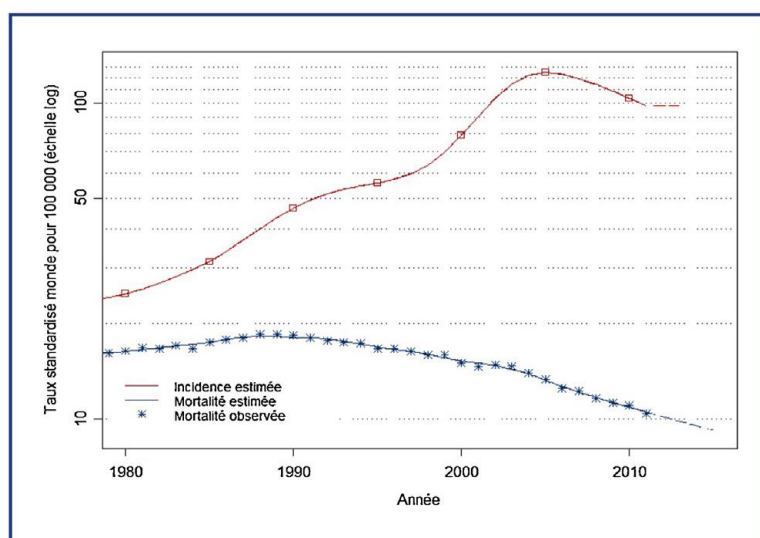


Figure 1. Evolution de l'incidence et de la mortalité du cancer de la prostate en France.(3)

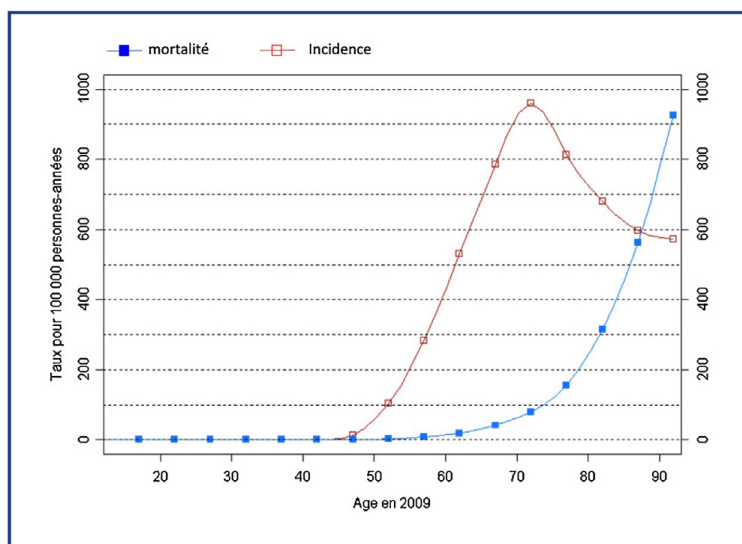


Figure 2. Incidence et mortalité du cancer de la prostate par âge en France en 2009(3).

3. MOYENS DE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Le dépistage consiste à identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'exams ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une anomalie ou d'une maladie passée jusque la inaperçue. Certaines pathologies font l'objet de consensus avec un dépistage organisé : cancer du sein, cancer du colon.

Le cas du dépistage du cancer de la prostate reste épineux et controversé. Beaucoup d'hommes présentent des cellules cancéreuses sans pour autant développer un véritable cancer : les études d'autopsies montraient qu'un tiers des hommes de plus de 50 ans avaient des lésions d'adénocarcinome prostatique, dont 80% seraient de taille et de grade limités donc cliniquement insignifiants (4). Le risque d'un « surdiagnostic » est pointé du doigt avec pour conséquences les risques d'effets indésirables des traitements radicaux (incontinence urinaire, dysfonction érectile) (5)(6); à l'opposé il existe le risque de méconnaître un cancer de la prostate et d'en faire le diagnostic à un stade avancé et non curable. Les moyens de dépistage actuellement utilisés sont le dosage du Prostate Specific Antigen (PSA) et la réalisation du toucher rectal(7).

Le PSA est une glycoprotéine produite par la glande prostatique qui joue un rôle dans la liquéfaction du sperme. Dans certaines circonstances son passage sérique est possible. Cette protéine est spécifique de la prostate mais pas du cancer de la prostate. En effet on observe une augmentation du taux de PSA dans d'autres pathologies comme l'hypertrophie bénigne de prostate, la prostatite, une inflammation, une rétention aigue d'urines.

La valeur seuil de 4ng/ml est classiquement définie pour suspecter l'existence d'un cancer de prostate et doit faire discuter la réalisation de biopsies prostatiques. Néanmoins elle doit être interprétée selon sa cinétique et l'âge du patient.

La réalisation du toucher rectal est examinatoire dépendant et ne permet pas d'apprécier la totalité de la glande prostatique mais uniquement sa partie postérieure, un toucher rectal normal n'exclue donc pas un cancer de la prostate. Des biopsies prostatiques s'imposent en cas de nodule dur, irrégulier et indolore au toucher rectal.

4. ETAT DES RECOMMANDATIONS ACTUELLES

Le dépistage du cancer de la prostate a fait l'objet de nombreuses discussions.

A l'échelle internationale, l'intérêt du dépistage dans le cancer de la prostate a été évalué par 2 grandes études randomisées et contrôlées de haut niveau de preuve: l'étude américaine PLCO (*Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial*)(8)et l'étude européenne ERSPC (*European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer*)(9). Elles ont comparé un dépistage systématique du cancer de prostate par PSA versus l'absence de dépistage. Leur objectif était d'évaluer l'effet du dépistage sur la mortalité spécifique par cancer de la prostate. Les conclusions de ces deux essais étaient apparemment

contradictoires puisque l'essai américain ne montrait pas de différence significative de mortalité alors que l'essai européen montrait une réduction significative de la mortalité.

L'étude PLCO (8) réalisée aux Etats-Unis a évalué le suivi de 76693 hommes de 55 à 74 ans entre 1993 et 2001. Elle a comparé 2 groupes : un groupe « dépisté » avec un PSA et un toucher rectal et un groupe « contrôle ». Un suivi de 13 ans avait été prévu initialement mais les résultats ont été publiés à 7 ans. Le taux de cancer de prostate était supérieur dans le groupe dépisté (+17%), mais à 7 ans il n'y avait aucune différence significative de mortalité spécifique du cancer de la prostate (RR=1.13 IC95% : 0.75 à 1.70). Ce résultat peut s'expliquer par la perte de puissance liée à la dilution de l'effet du dépistage. Cette dilution est secondaire aux défauts d'observance dans le bras dépistage et aux contaminations dans le bras de contrôle puisque les patients se faisaient dépister en marge de l'étude. Elle peut aussi être accentuée par la disparité de prise en charge après dépistage.

Une revue de la Cochrane publiée en 2013 et mise à jour depuis(10), a colligé les résultats des essais randomisés contrôlés, comparant des groupes de patients dépistés à des groupes contrôle. Il en résultait que le dépistage était associé à une augmentation du diagnostic de CaP (RR: 1.3 ; 95%CI 1.02-1.065), à une augmentation de la détection de cancers à un stade localisé (RR=1.79 ; 95%CI: 1.19-2.70) et à une diminution de la détection des stades avancés (T3-4, N1, M1) (RR=0.80 ; 95%CI: 0.73-0.87). Il en résultait aussi que 5 essais randomisés contrôlés, ayant inclus plus de 341000 patients, n'avaient pas retrouvé d'amélioration de la survie spécifique dans la groupe dépisté (RR=1.00 ; 95%CI: 0.86-1.17).

L'étude de l'ERSPC(11) réalisée dans 8 pays d'Europe a évalué le suivi de 180 000 hommes de 55 à 74 ans entre 1993 et 2003. Elle comparait 2 groupes : un groupe « dépisté » avec un PSA et pouvant être associé à un TR et un groupe « contrôle ». L'incidence cumulative de cancer de la prostate était de 8.2% sur 9 ans de suivi médian dans le bras dépistage contre 4.8% dans le bras de référence. A 9 ans, le taux de mortalité par cancer de la prostate pour les hommes de 55 à 69 ans s'élevait à 214 dans le bras dépistage et 326 dans le bras contrôle : RR=0.80 (95%CI: 0.65-0.98). Il y a donc une réduction significative de 20% du risque de décès spécifique dans le groupe dépistage versus groupe contrôle. Cette étude peut être critiquée sur plusieurs points. En effet il existe une grande variation du protocole selon les centres (âge d'inclusion variable puis finalement réduit aux hommes de 55 à 69 ans, intervalle de réalisation du PSA différents entre les pays). De plus les auteurs n'ont pas comparé les effets indésirables des traitements entre les deux groupes pouvant déterminer le rapport bénéfice-risque entre la diminution de mortalité et l'augmentation des effets défavorables liés au dépistage. Une réactualisation des résultats de l'ERSPC a été publiée avec cette fois-ci un suivi de 13 ans (9). Elle rapportait une réduction de mortalité spécifique de 29% après ajustement à la non-observance. De plus le nombre de patients qu'il fallait dépister, puis traiter, pour sauver une personne étaient respectivement de 781 et 27, ce qui est inférieur au nombre nécessaire de patientes à dépister et à traiter pour le cancer du sein (12).

En France, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Association Française d'Urologie (AFU), divergent sur quelques points.

L'HAS a confirmé en 2010 qu'il n'y avait pas de justification à la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA, estimant que le PSA ne doit être réalisé qu'en présence de signes cliniques et non pour des

patients asymptomatiques(13). En 2013 elle a souligné l'absence d'intérêt démontré de la mise en œuvre d'un dépistage systématique organisé par dosage du PSA dans une population d'hommes considérés à haut risque, comme elle l'avait déjà signifié pour la population générale(14). Mais l'HAS insiste sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate et rappelle l'existence d'un guide d'information publié par l'ANAES en 2004(15). Les recommandations de la société de médecine générale vont également dans ce sens(16).

De son côté l'AFU recommande une détection précoce individualisée du cancer de la prostate chez les patients ayant un bon performans status et une espérance de vie supérieure à 10-15 ans, avec une information éclairée sur les modalités, les enjeux et les risques éventuels liés aux différentes stratégies de prise en charge avec pour objectif essentiel de ne pas méconnaître un cancer agressif(17). Cette position permet de limiter la pratique des biopsies prostatiques uniquement aux hommes à risque de développer une maladie agressive au cours de leur vie. L'AFU estime que les études publiées dans le *New England Journal of Medecine* en 2009 (ERSPC et PLCO) sont contradictoires mais que l'actualisation des résultats de l'ERSPC(9) continue, malgré ses limites méthodologiques, de produire des résultats confirmant le bénéfice en termes de baisse de mortalité spécifique. Elle montre à 13 ans une baisse de 29% de la mortalité pour les hommes de 55 à 69 ans, appartenant au bras du dépistage organisé.

L'European Association of Urology (EAU) va également dans le sens de l'AFU en recommandant un dépistage individuel du cancer de la prostate(18). Aussi bien l'AFU que l'EAU ne recommandent pas la réalisation d'un dépistage systématique mais uniquement individuel.

La difficulté dans le cancer de la prostate réside donc dans le fait de dépister les cancers à haut risque, sans pour autant sur-traiter les patients présentant des cancers de bon pronostic, avec les effets indésirables d'un traitement radical. Il ne faut pas perdre de vue que l'objectif d'un dépistage est avant tout d'identifier les patients pour qui un traitement va prolonger l'espérance de vie. Le réel enjeu est donc de savoir identifier les patients atteints d'un cancer agressif et de leur proposer un traitement adéquat. Ne pas dépister un cancer de la prostate pourrait constituer un abandon de ces patients qui seraient voués à être diagnostiqués à un stade localement avancé, voire métastatique, et donc à un stade non curable. Néanmoins, diagnostiquer des cancers de bon pronostic, ne doit en aucun cas aboutir à un sur-traitement qui les exposerait à une morbidité sans bénéfice de survie, d'où les stratégies de surveillance active et le développement des thérapies focales.

Les médecins généralistes jouent un rôle essentiel en prévention de la santé. Ils sont les premiers prescripteurs de PSA (87%, contre 3.5% chez les urologues en 2011)(19), il est donc intéressant d'étudier leurs pratiques face à la question du dépistage du cancer de la prostate, véritable enjeu de santé publique. Nous avons donc réalisé une étude dont la méthodologie et les résultats sont décrits dans l'article suivant.

DEUXIEME PARTIE : ARTICLE ORIGINAL

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la légitimité du dépistage du cancer de la prostate (CaP) est débattue. En effet, bien qu'il s'agisse du cancer le plus fréquent chez l'homme (26.7% des cancers)(2), il reste d'évolution lente. Des études internationales de niveau de preuve élevé telles que l' « European Randomised Screening for Prostate Cancer » (ERSPC)(9) en Europe et la « Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening » (PLCO)(8) aux Etats unis présentent des résultats contradictoires : en effet l'ERSPC montre une diminution de la mortalité par CaP de 29% dans le groupe dépisté contre le groupe non dépisté avec un suivi médian de 13 ans, tandis que l'étude PLCO ne montre pas de bénéfice du dosage du PSA sur la mortalité par CaP. Les enjeux de ce débat sont ainsi centrés sur les notions de surtraitement et de surdiagnostic.

Les recommandations en France sont, elles aussi, contradictoires. D'un côté l'HAS (14) et le collège de médecine générale(16) préconisent de ne pas faire de dépistage sauf chez les patients présentant des troubles urinaires. De l'autre, l'Association Française d'Urologie (AFU)(7) et l'European Association of Urology (EAU)(18) recommandent une détection précoce individualisée du CaP avec une information éclairée, chez des patients ayant un bon performans status et une espérance de vie supérieure à 10-15 ans.

Les médecins généralistes jouent un rôle essentiel dans la prévention de la santé, notamment via le dépistage. Ils sont les premiers prescripteurs de PSA (87%, contre 3.5% par les urologues en 2011)(19). L'objectif de l'étude était d'évaluer les pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire concernant le dépistage du cancer de la prostate.

MÉTHODES

Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale dressant un état des lieux des pratiques des médecins généralistes concernant la prescription le dépistage du cancer de la prostate. Un questionnaire en ligne était envoyé aux 894 médecins généralistes du Maine et Loire référencés par la faculté de médecine d'Angers. On dénombre actuellement en Maine et Loire 1076 médecins généralistes en activité. Les données ont été recueillies entre juin et juillet 2016.

Le support de l'enquête était un questionnaire anonyme, réalisé en ligne sur le site de sondage *Sondage Online* (<https://www.sondageonline.fr>) (Annexe 1). Le questionnaire comprenait 41 questions hiérarchisées en cinq thématiques :

- Données sociodémographiques du praticien.
- Les facteurs de risque du cancer de la prostate.
- Le dosage des PSA.
- La réalisation du toucher rectal.
- Les avis concernant de dépistage du cancer de la prostate.

Les données ont été analysées avec les logiciels Excel® (Microsoft®, USA), et SPSS 11.0® software (SPSS Inc.®, Chicago, USA).

RÉSULTATS

1. DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

Nous avons reçu 118 réponses, ce qui représente un taux de réponse de 11%. L'âge médian des participants était de 42 ans. Les autres données sociodémographiques sont résumées dans le tableau I.

Tableau I. Données sociodémographiques de la population (n=nombre)

		n	%
Sexe (n=118)	Femmes	51	43
	Hommes	67	57
Milieu d'exercice (n=118)	Rural	32	27
	Semi-Rural	50	43
	Urbain	36	30
Maitre de Stage Universitaire (n=118)	Oui	57	48
	Non	61	52
Dernière formation sur le cancer de la prostate (n=118)	Aucune	47	40
	moins d'1 an	20	17
	1 à 5 ans	29	24
	5 à 10 ans	8	7
	plus de 10 ans	14	12
Pourcentage d'hommes de plus de 50 ans parmi la patientèle (n=118)	0-25%	65	55
	25-50%	43	37
	>50 %	10	8

2. PRATIQUE DU DEPISTAGE

Parmi les 118 médecins qui ont répondu à l'étude, 83 (70%) proposaient un dépistage contre 35 (30%) qui ne le proposaient pas à leurs patients. Il existait une différence significative de prescription entre les sexes : 61% des hommes contre 80% des femmes pratiquaient le dépistage ($p=0,013$). On ne retrouvait par contre pas de différence de prescription en fonction de l'âge (praticiens de plus ou moins 50 ans) ($p=0,516$), du milieu d'exercice ($p=0,490$), de la date de la dernière FMC ($p=0,232$), du statut de maître de stage universitaire ($p=0,659$), ou de la proportion d'hommes de plus de 50 ans dans la patientèle du praticien ($p=0,763$).

Les questions concernant les modalités de prescription du dépistage (recherche de facteurs de risque, dosage du PSA et toucher rectal) n'ont été posées qu'aux 83 médecins qui pratiquaient le dépistage.

Soixante huit pourcent ($n=56$) des médecins privilégiaient un dépistage individuel contre 32% ($n=27$) qui pratiquaient un dépistage de masse. On ne constatait pas de différence significative de pratique selon le sexe ($p=0,273$), l'âge du praticien ($p=0,123$), le milieu d'exercice ($p=0,352$), la date de la dernière FMC ($p=0,856$), le statut de maître de stage universitaire ($p=0,747$) ou la proportion d'hommes de plus de 50 ans dans la patientèle ($p=0,092$).

3. RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE ET ATTITUDE EN FONCTION

Parmi les 83 médecins réalisant le dépistage, 65 médecins (80%) recherchaient les facteurs de risque de cancer de la prostate contre 16 (20%) qui ne le faisaient pas. Les facteurs de risque recherchés sont résumés dans la figure 3.

Pour 17 médecins (22%), le risque de cancer de la prostate était augmenté en cas de troubles mictionnels du bas appareil.

Soixante cinq médecins sur 81 (77%) modifiaient leurs modalités de dépistage en cas de facteurs de risque chez leur patient, les différentes attitudes sont résumées dans la figure 4.

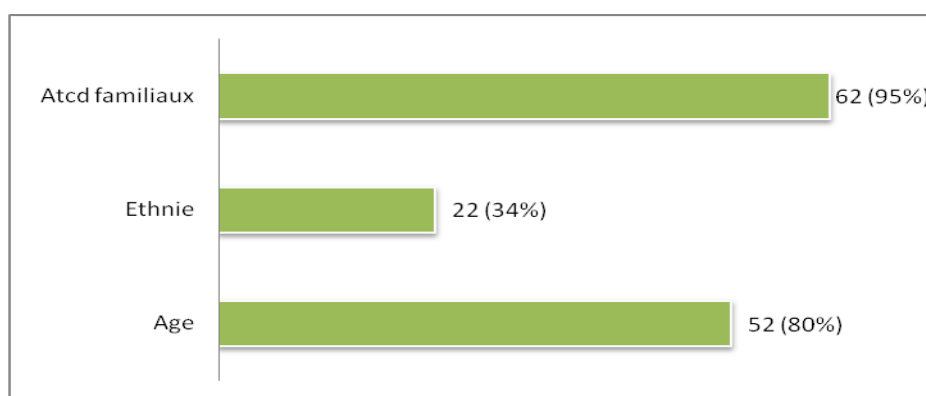


Figure 3. Facteurs de risque de cancer de la prostate recherchés par les praticiens (n=65).
Atcd : antécédent

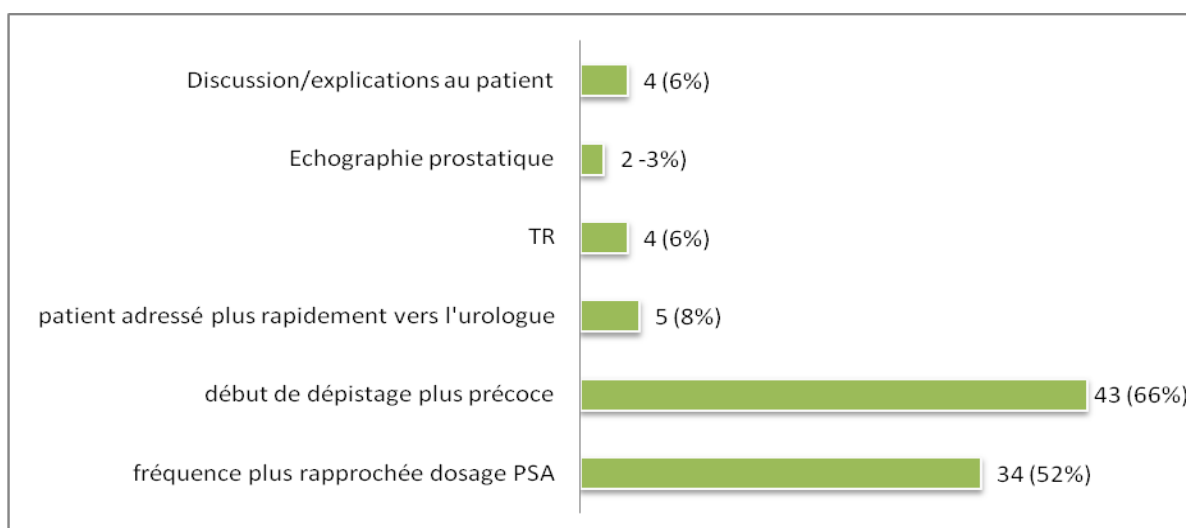


Figure 4. Modification de l'attitude des médecins généralistes en cas de facteur de risque de cancer de la prostate (n=65).

FR : facteur de risque, TR : toucher rectal

4. MODALITES DE PRESCRIPTION DU PSA

La fréquence de dosage des PSA ainsi que l'âge de dépistage, en fonction de la présence ou non de facteurs de risques de cancer de la prostate sont résumés dans les figures 5, 6, 7 et 8.

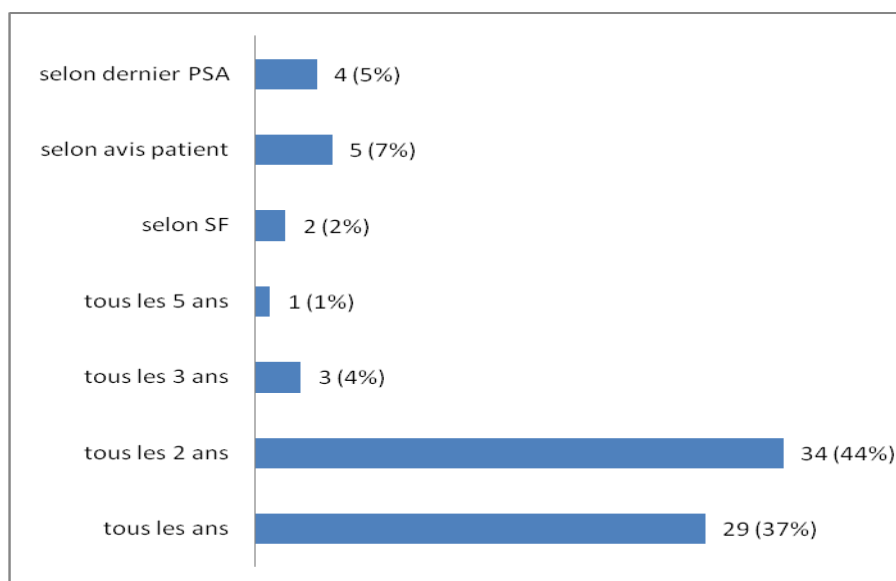


Figure 5. Fréquence de dosage du PSA en l'absence de facteur de risque de cancer de la prostate. (n=78). SF : signes fonctionnels

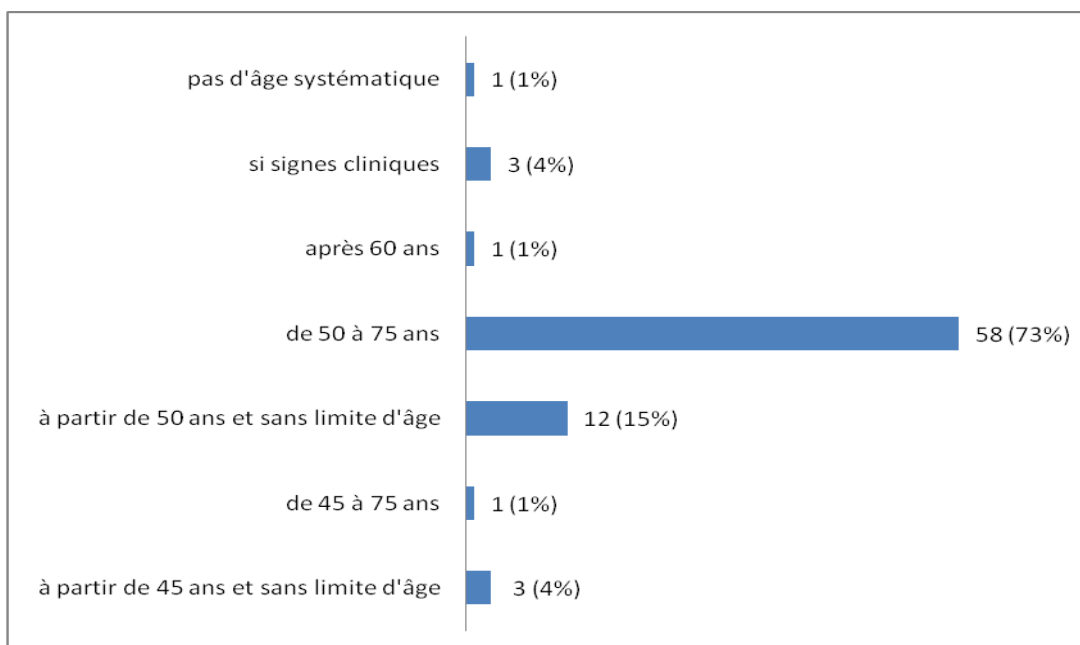


Figure 6. Age de dépistage en l'absence de facteurs de risque (n=79).

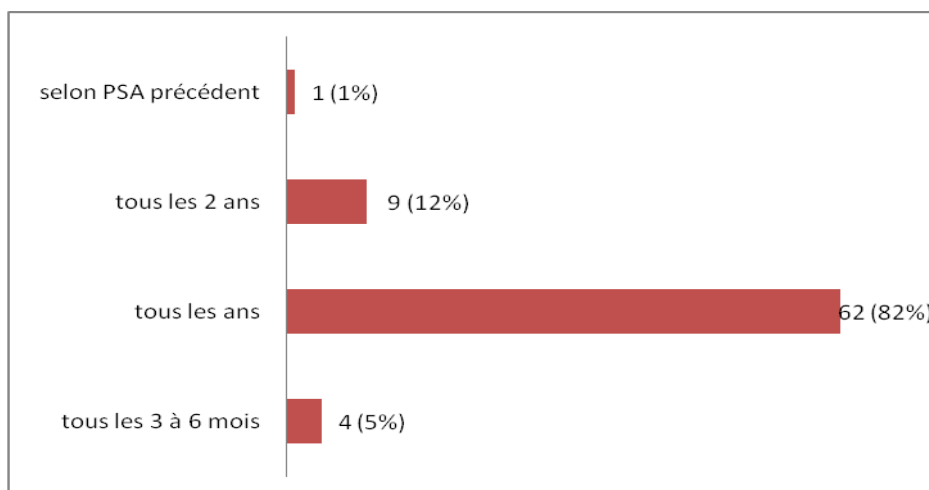


Figure 7. Fréquence de dosage de PSA en présence de facteurs de risque de cancer de la prostate. (n=76).

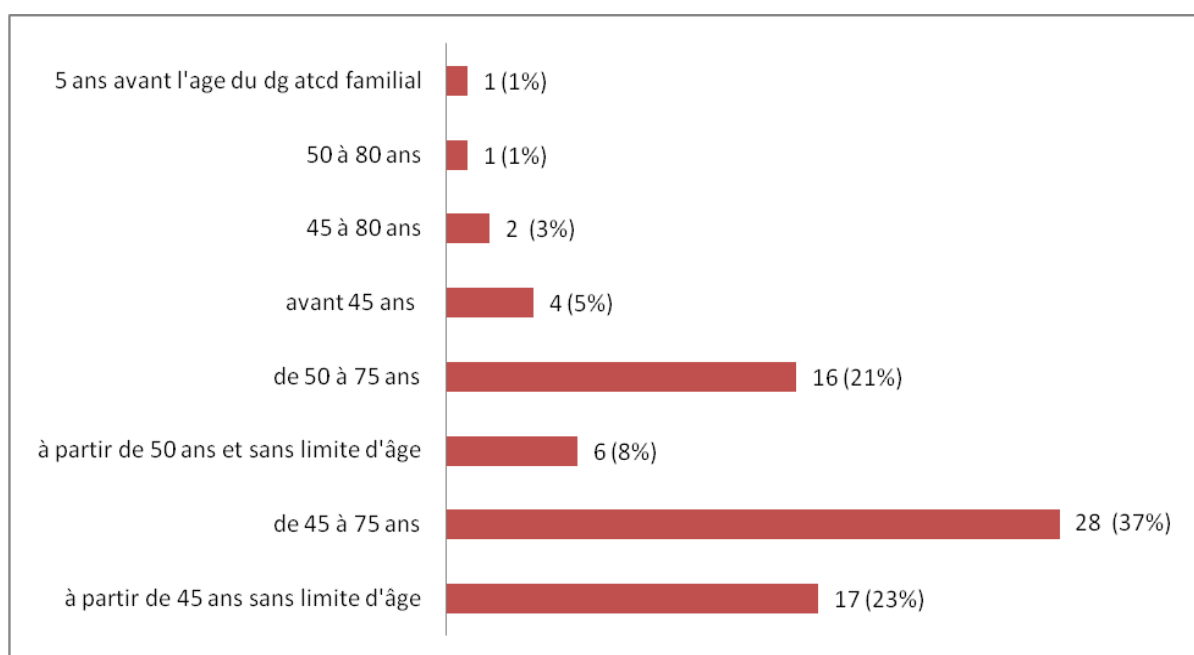


Figure 8. Age de dépistage en présence de facteurs de risque (n=76).
Dg : diagnostic, Atcd : antécédent.

Quatre vingt quinze pourcent des médecins dosaient le PSA total sérique. Quarante-six des 80 médecins interrogés (58%) dosaient le rapport PSA libre/total sérique, les circonstances sont résumées dans la figure 9. La figure 10 résume les valeurs de PSA à partir desquelles les médecins généralistes sollicitent l'avis d'un spécialiste urologue.

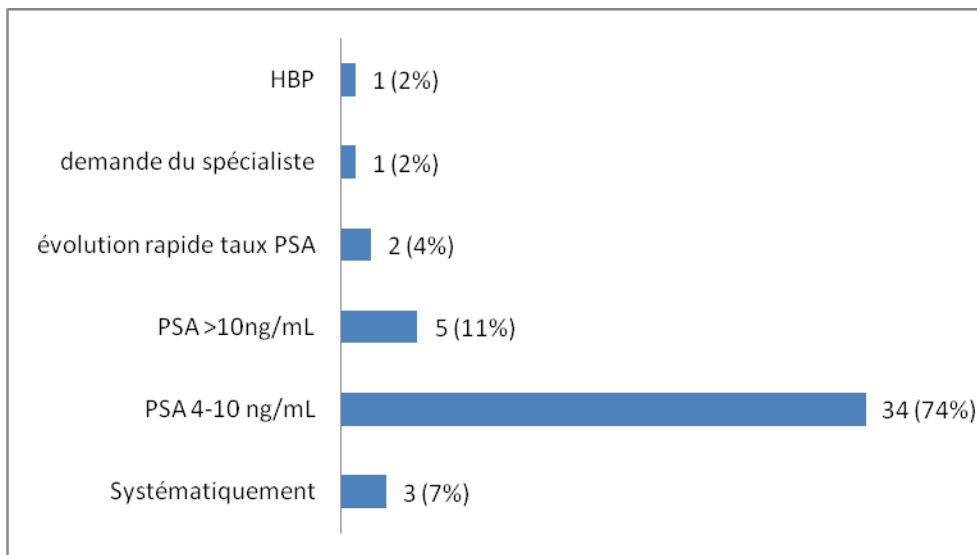


Figure 9. Circonstances de dosage du rapport PSA libre/total (n= 46).
HBP : hypertrophie bénigne de prostate.

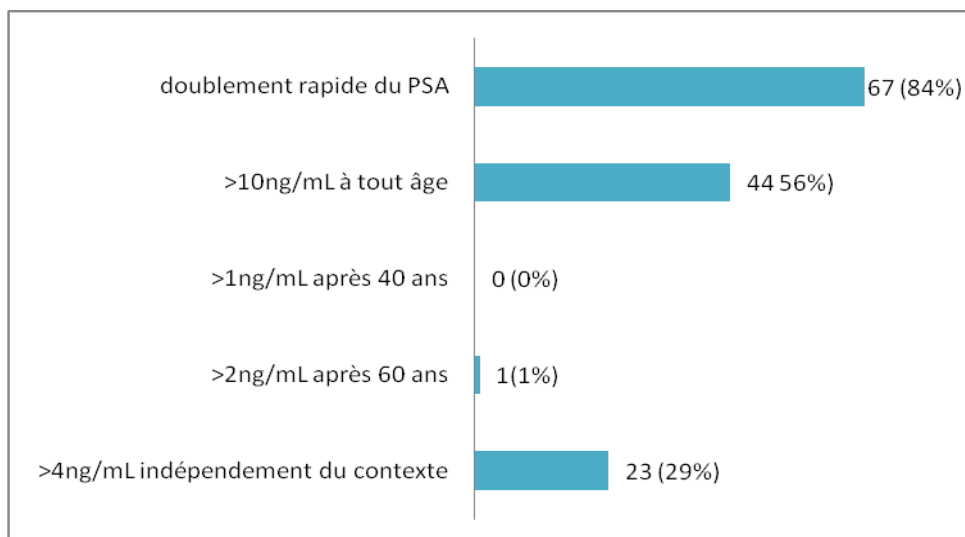


Figure 10. Valeur de PSA entraînant une demande de consultation spécialisée (n=79)

L'information délivrée au moment de la prescription de PSA était uniquement orale pour 68 des médecins interrogés (86%). Deux médecins (3%) utilisaient une information écrite : l'un une fiche du journal *Prescrire* et l'autre une ancienne thèse. Onze médecins (14%) ne délivraient aucune information.

Enfin pour 75 médecins (94%), la prescription de PSA seule était insuffisante dans la démarche de dépistage de cancer de la prostate.

5. TOUCHER RECTAL

Le toucher rectal faisait partie de l'examen clinique pour 47 des médecins (59%) mais seuls 23 d'entre eux (30%), le faisaient de façon systématique dans la démarche de dépistage de cancer de la prostate. On retrouvait une différence significative entre les sexes : parmi les médecins qui faisaient un toucher rectal, 77% (n=36) étaient des hommes contre 23% (n=11) de femmes ($p < 0.001$). En revanche, il n'existait pas de différence significative entre les praticiens de plus et moins de 50 ans ($p = 0.539$) et ceux qui sont maîtres de stage ou non ($p = 0.986$). Les motifs de non réalisation du toucher rectal sont résumés dans la figure 11. Par ailleurs 47% des personnes interrogées (n=35/75) estimaient qu'être une « examinatrice » constituait une limite à la réalisation du toucher rectal.

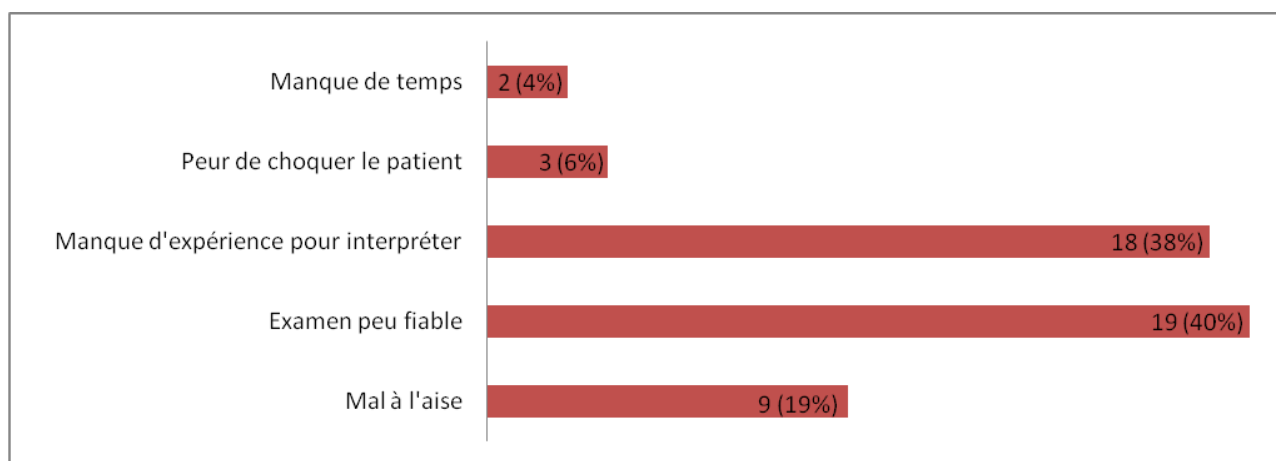


Figure 11. Motifs à la non réalisation du toucher rectal par les médecins généralistes (n=47).

La fréquence de réalisation du toucher rectal par les médecins généralistes dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate est détaillée dans la figure 12. Soixante deux des médecins interrogés (79%) estimaient qu'un taux de PSA normal n'était pas forcément associé à un toucher rectal normal.

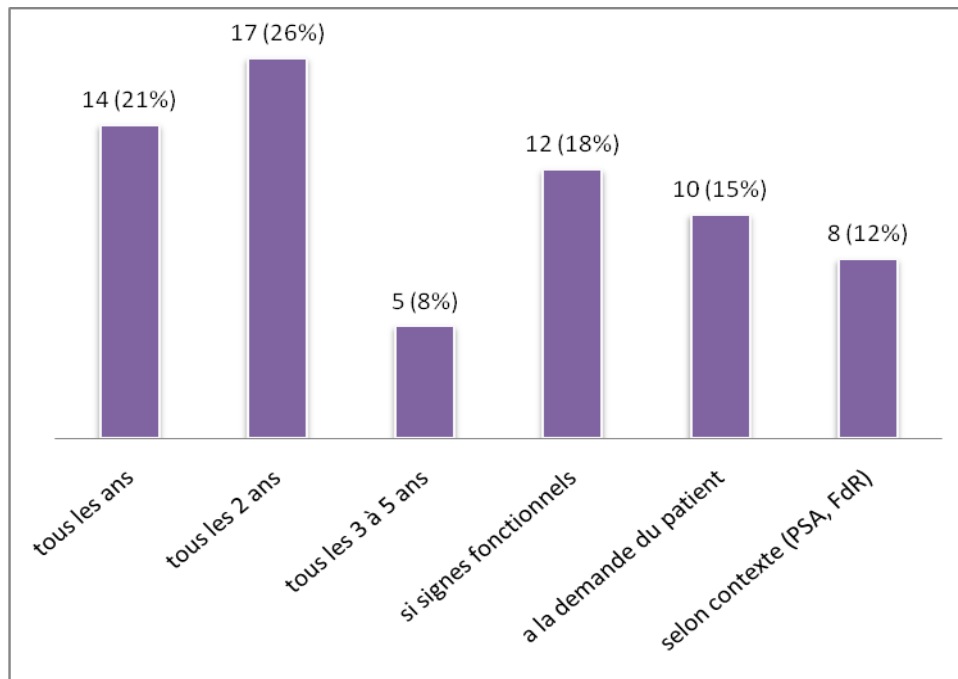


Figure 12. Fréquence de réalisation du toucher rectal par les médecins généralistes pour le dépistage du cancer de la prostate (n=66).

6. DEBAT ET OPINIONS

Les raisons qui poussaient les médecins généralistes à ne pas proposer de dépistage de cancer de la prostate sont résumées dans la figure 13. Les sources d'informations ayant permis aux praticiens de se faire une opinion dans le débat sur le dépistage du cancer de la prostate sont représentées dans la figure 14.

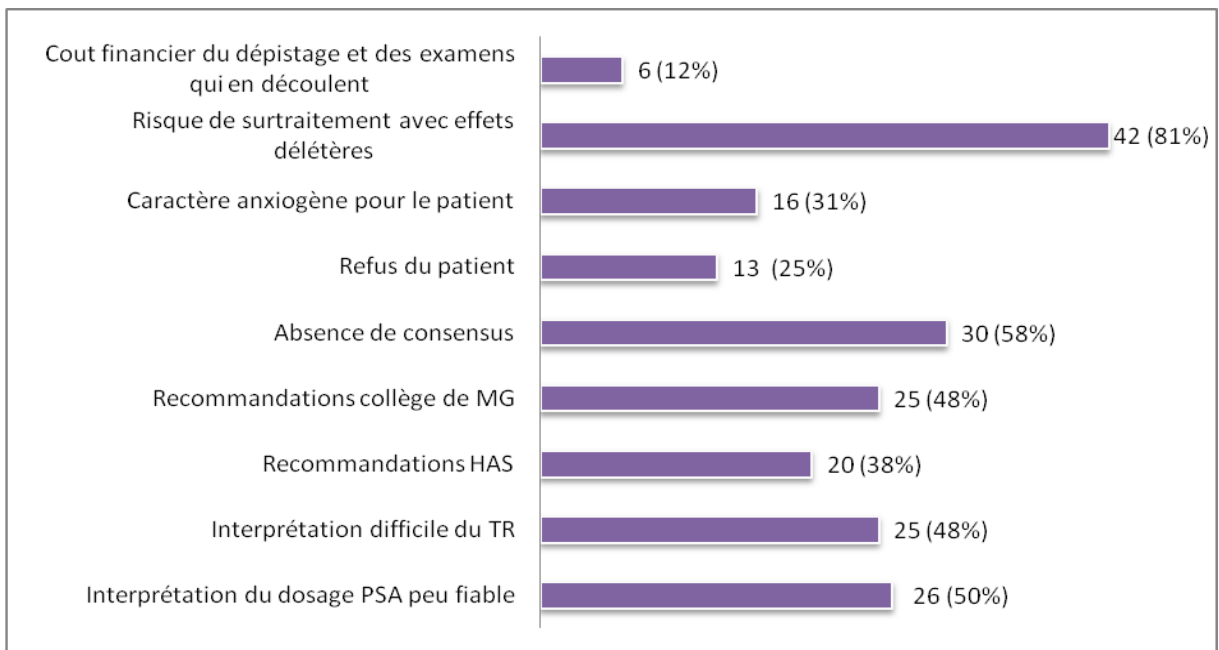


Figure 13. Motifs de non pratique du dépistage du cancer de la prostate (n=52).
MG : médecine générale, HAS : Haute Autorité de Santé, TR : Toucher Rectal

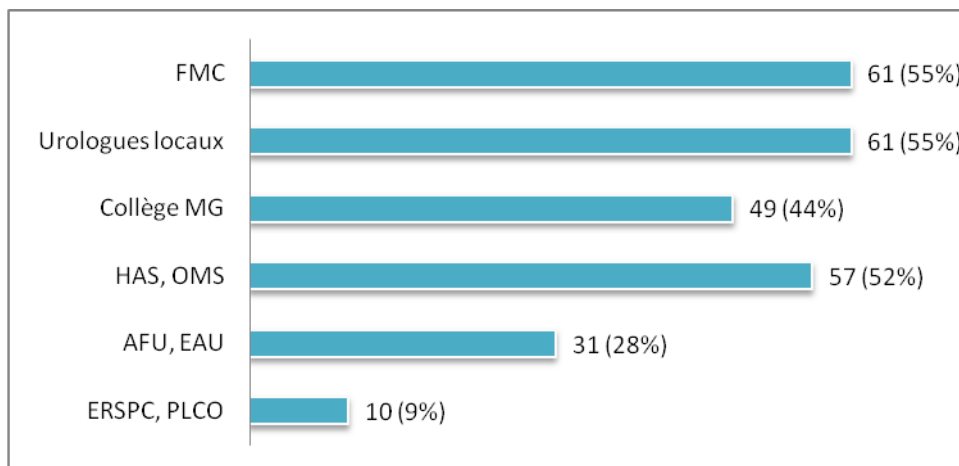


Figure 14. Sources d'informations des médecins généralistes concernant le dépistage du cancer de la prostate. (n=110)

FMC : formation médicale continue, Collège MG : collège médecine générale, HAS : Haute Autorité de Santé, OMS : organisation Mondiale de la Santé, AFU : association Française d'Urologie, EAU : European Association of Urology, ERSPC : European Randomised Study of Screening Prostate Cancer, PLCO : Prostate Lung Colorectal and Ovarian cancer screening.

Par ailleurs, 35% (n= 7/20) des médecins répondants concernés affirmaient doser leur propre PSA, et 56% (n= 34/77) des médecins répondants encourageaient leurs proches à réaliser un dosage de leur PSA.

Les opinions des médecins généralistes concernant le dépistage du cancer de la prostate sont regroupées dans la figure 15.

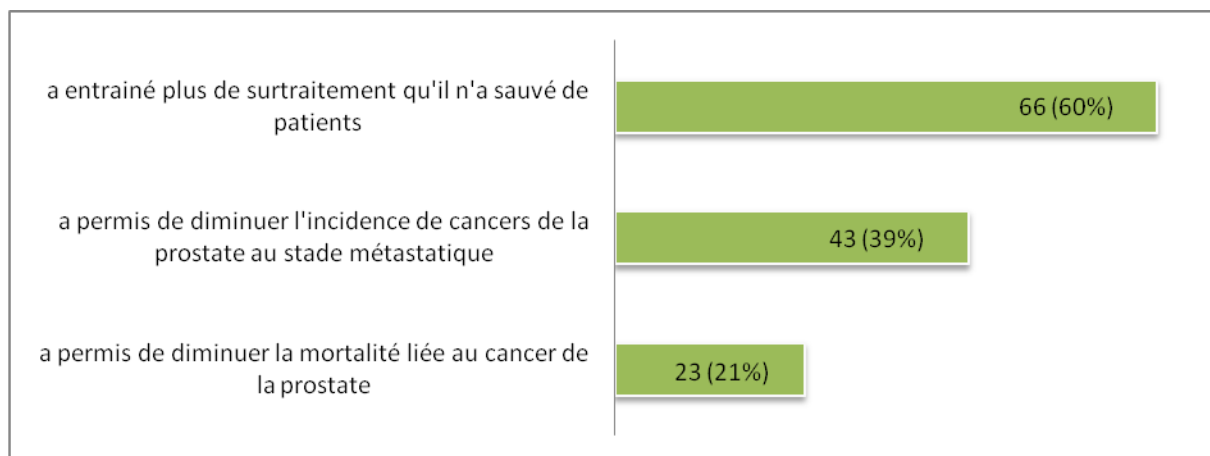


Figure 15. Opinions des médecins généralistes sur le dépistage du cancer de la prostate (n=110).

Enfin, les avis des praticiens sur la pratique du dépistage du cancer de la prostate tel qu'il est pratiqué actuellement (dosage du PSA associé à un toucher rectal) sont résumés dans la figure 16. Ces opinions variaient en fonction de leurs pratiques : dépistage pratiqué ou non et réalisation du toucher rectal ou non. Ces données sont rapportées dans le tableau II.

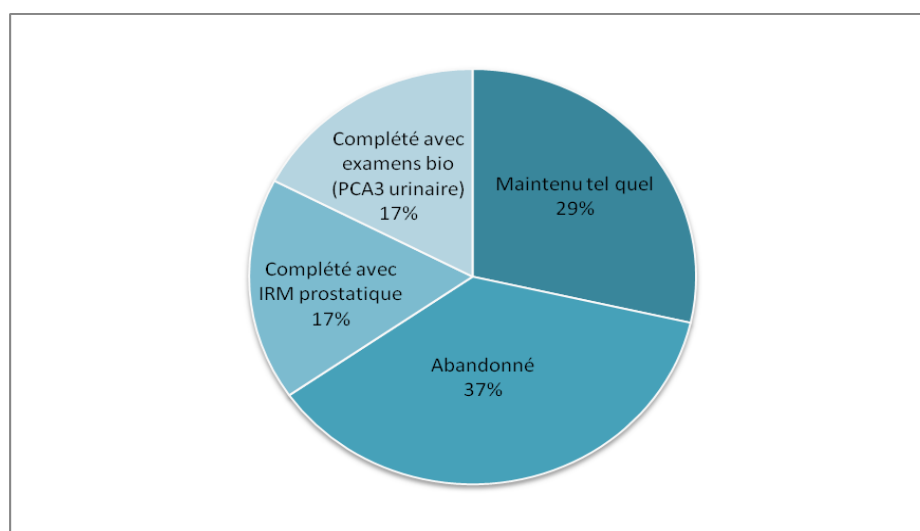


Figure 16. Avis des médecins répondants sur la pratique actuelle du dépistage (PSA + toucher rectal) (n=98).

Tableau II. *Opinions des médecins généralistes en fonction de leur pratique.*
 (TR : toucher rectal, IRM : Imagerie par Résonance Magnétique)

	Médecins pratiquant le dépistage du cancer de la prostate	Médecins ne pratiquant pas le dépistage du cancer de la prostate
Le dépistage doit être maintenu tel quel	40%	6%
Le dépistage doit être abandonné	18%	73%
Le dépistage doit être complété avec des examens biologiques type PCA3 urinaire	22%	9%
le dépistage doit être complété avec une IRM prostatique	20%	12%
	Médecins faisant le TR	Médecins ne faisant pas le TR
Le dépistage doit être maintenu tel quel	15%	25%
Le dépistage doit être abandonné	46%	29%
Le dépistage doit être complété avec des examens biologiques type PCA3 urinaire	12%	38%
Le dépistage doit être complété avec une IRM prostatique	27%	8%

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'objectif de cette étude était de faire l'état des lieux des différentes attitudes des médecins généralistes du Maine et Loire quant au dépistage du CaP. On constatait qu'une majorité des praticiens (70%) proposaient le dépistage du CaP. Parmi eux, 68% pratiquaient un dépistage individuel contre 32% qui pratiquaient un dépistage de masse. La pratique d'un dépistage de masse est actuellement non recommandée, aussi bien par l'AFU(7), l'EAU(18) et la HAS(14). Un dépistage individuel, sur une population ciblée, est néanmoins préconisé par ces trois sociétés savantes, seulement l'HAS le restreint aux hommes ayant une symptomatologie génito-urinaire, alors que l'EAU et l'AFU le recommandent pour les hommes entre 50 et 75 ans ayant une espérance de vie de plus de 15 ans. On constate par ailleurs une tendance à la diminution du dépistage du CaP par les médecins généralistes : une étude de 2006(20) rapportait que 98% des généralistes auvergnats dépistaient le CaP, alors qu'une autre étude de 2013 dans l'Oise(21) rapportait un taux de 88%.

On constatait que les femmes pratiquaient significativement plus le dépistage que les hommes (respectivement 80% et 61%, $p=0,013$). Les praticiens hommes étaient peut être plus réticents à proposer le dépistage, car se sentant davantage concernés par les effets indésirables d'un traitement radical. Rappelons d'ailleurs que seuls 35% des médecins concernés dosaient leur propre PSA. En revanche, il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'âge, du milieu d'exercice, de la date de la dernière FMC, du statut de maître de stage universitaire, ou de la proportion d'hommes de plus de 50 ans dans la patientèle du praticien. Ainsi nous n'avons pas mis en évidence de profil de praticien particulier proposant ou ne proposant pas le dépistage.

Une majorité de médecins recherchaient et adaptaient leur attitude en fonction des facteurs de risque (77%), principalement en débutant le dépistage plus précocement, et en pratiquant des dosages de PSA plus rapprochés que pour les autres patients. A noter que 22% des praticiens estimaient à tort que le risque de cancer de prostate était augmenté en cas de troubles mictionnels, alors que cela ne constitue pas un facteur de risque de CaP. Même s'il existait une disparité des pratiques pour le dosage du PSA, 2 attitudes prédominaient : pour les patients sans facteurs de risque, le dépistage était réalisé entre 50 et 75 ans avec un PSA tous les 1 ou 2 ans ; pour les patients avec facteurs de risque, le dépistage était réalisé entre 50 et 75 ans et le PSA était dosé tous les ans. En revanche, rares étaient les praticiens qui adaptaient la fréquence du dosage du PSA en fonction du taux initial. L'AFU(7)et l'EAU(18) recommandent en effet de réaliser un premier dosage de PSA à 50 ans (ou 45 ans en cas de facteurs de risques de CaP) et d'adapter selon le taux obtenu la fréquence des dosages suivants.

Concernant le toucher rectal (TR), seuls 30% des médecins le réalisaient systématiquement. Pour 41% des praticiens le TR ne faisait pas partie de l'examen clinique, or une étude de 1993 montrait que 18 % des cancers de prostate étaient révélés par le TR alors que la valeur du PSA total est normale(22). Les femmes le pratiquaient moins que les hommes (23% contre 77%) et 47% des médecins considéraient que le fait d'être une examinatrice constituait une limite pour la réalisation du TR. Cette tendance était également observée dans une étude conduite en France entre décembre 2007 et janvier 2008(23) avec une pratique du toucher rectal plus fréquente par les hommes que par les femmes : 69% contre 54%(OR=1.86; 95% CI=1.31-2.63). Les motifs de non réalisation du TR étaient principalement le manque de fiabilité de l'examen et le manque d'expérience des praticiens. On constatait également une hétérogénéité dans la fréquence de réalisation du TR, même si

une majorité des médecins le faisaient tous les ans ou tous les 2 ans. Notre étude révèle que la sensibilisation des praticiens de médecine générale à l'intérêt du toucher rectal pourrait constituer un objectif pédagogique pour les FMC d'une part ainsi qu'au cours de la formation des internes.

Les opinions des praticiens concernant le dépistage du CaP divergeaient : certains avaient un avis très tranché, d'autres avaient des difficultés à se positionner entre les différentes recommandations. Il en ressortait que 37% des médecins interrogés estimaient devoir abandonner le dépistage du CaP tel qu'il est pratiqué actuellement (PSA et toucher rectal), et seulement 29% des médecins souhaitaient maintenir le dépistage tel quel.

L'absence de consensus, la crainte du « surdiagnostic » et du « surtraitement » ainsi que le manque de spécificité du PSA et de sensibilité du toucher rectal restaient des freins majeurs au dépistage du CaP. Les perspectives d'avenir sont représentées par les progrès de l'IRM, les biopsies ciblées et la fusion d'images(24), ainsi que le dosage de nouveaux marqueurs comme le PCA3 urinaire(25). D'ailleurs, 17% des praticiens estimaient que le dépistage devait être complété par une IRM prostatique et ils étaient également 17% à estimer qu'il devait être complété par le PCA3 urinaire. La surveillance active des patients présentant un CaP de bon pronostic constituait une alternative thérapeutique de plus en plus proposée, permettant d'éviter d'éventuels effets indésirables liés aux traitements radicaux, néanmoins au prix d'une anxiété chez certains patients(26).

Les limites de notre étude étaient : l'effectif réduit de notre population, le caractère déclaratif de l'étude et le taux de participation bas. Bien que ces biais limitent la

représentativité de la population étudiée elle reste non moins un indicateur des pratiques actuelles.

Même si le dépistage actuel (PSA et toucher rectal) ne faisait pas l'unanimité auprès des médecins généralistes, une majorité d'entre eux le proposaient à leurs patients, principalement sur un schéma individuel conformément aux recommandations de l'AFU. Trois objectifs pédagogiques ressortent de notre étude: l'abandon du dépistage de masse, une fréquence de dosage de PSA déterminée en fonction du taux initial retrouvé, et la réalisation systématique du toucher rectal. De plus, cette étude souligne la nécessité d'améliorer les moyens de dépistage, une majorité de praticiens étant insatisfaits du schéma actuel. Des formations complémentaires sous forme de FMC spécifiquement sur cette thématique pourraient aider les médecins généralistes à mieux se situer au sein de ce débat et à mieux cibler les patients à risque et ainsi éviter un dépistage de masse au profit d'un dépistage individuel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Urofrance: Tumeurs de la prostate [Internet]. [cited 2016 Mar 27]. Available from: <http://urofrance.org/congres-et-formations/formation-initiale/referentiel-du-college/tumeurs-de-la-prostate.html>
2. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2013. 122 p.
3. Grosclaude P, Belot A, Daubisse Marliac L, Remontet L, Leone N, Bossard N, et al. Le cancer de la prostate, évolution de l'incidence et de la mortalité en France entre 1980 et 2011. *Prog En Urol*. 2015 Jul;25(9):536-42.
4. Dall'Era MA, Cooperberg MR, Chan JM, Davies BJ, Albertsen PC, Klotz LH, et al. Active surveillance for early-stage prostate cancer: review of the current literature. *Cancer*. 2008 Apr 15;112(8):1650-9.
5. Mongiat-Artus P, Teillac P. Dépistage du cancer de la prostate : synthèse. *Ann Urol*. 2006 Apr;40(2):106-10.
6. Perrin P. Dépistage du cancer de la prostate : les arguments « contre ». *Médecine Nucl*. 2008 Jan;32(1):41-5.
7. Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU: Cancer de la prostate [Internet]. [cited 2016 Aug 18]. Available from: <http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-en-onco-urologie-2013-du-ccafu-cancer-de-la-prostate.html>
8. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results after 13 Years of Follow-up. *J Natl Cancer Inst*. 2012 Jan 18;104(2):125-32.
9. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *The Lancet*. 2014;384(9959):2027-35.
10. Hayes JH, Barry MJ. Screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test: A review of current evidence. *JAMA*. 2014 Mar 19;311(11):1143-9.
11. Postma R, Schröder FH. Screening for prostate cancer. *Eur J Cancer*. 2005 Apr;41(6):825-33.
12. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet Lond Engl*. 2012 Nov 17;380(9855):1778-86.
13. HAS Dépistage du cancer de la prostate: analyse des nouvelles données [Internet]. [cited 2016 Mar 27]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-06/depistage_du_cancer_de_la_prostate_-_analyse_des_nouvelles_donnees_rapport.pdf
14. HAS actualisation référentiel de pratiques détection cancer prostate [Internet]. [cited 2016 Mar 27]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/referentieleps_format2clic_kc_prostate_vfinale.pdf

15. Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate [Internet]. [cited 2016 Sep 3]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/information_kp_fiche_de_synth_350se.pdf
16. SFMG dépistage et prévention [Internet]. [cited 2016 May 24]. Available from: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/457/fichier_dr61_dp1046c6d.pdf
17. Salomon L, Bastide C, Beuzeboc P, Cormier L, Fromont G, Hennequin C, et al. Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Cancer de la prostate. *Prog En Urol*. 2013 Nov;23:S69-101.
18. Guidelines on Prostate Cancer N. Mottet (Chair), J. Bellmunt, E. Briers (Patient Representative), R.C.N. van den Bergh (Guidelines Associate), M. Bolla, N.J. van Casteren (Guidelines Associate), P. Cornford, S. Culine, S. Joniau, T. Lam, M.D. Mason, V. Matveev, H. van der Poel, T.H. van der Kwast, O. Rouvière, T. Wiegel EAU 2015 [Internet]. [cited 2016 Sep 3]. Available from: https://uroweb.org/wp-content/uploads/09-Prostate-Cancer_LR.pdf
19. Tuppin P, Samson S, Fagot-Campagna A, Lukacs B, Alla F, Allemand H, et al. Dosage du PSA, biopsie, cancer et hypertrophie bénigne de la prostate en France. *Prog En Urol*. 2014 Jul;24(9):572-80.
20. L. Guya□, E. van de Steeneb, N. Védrinea, M. Teissonnièrec, J.-P. Boiteuxa. Etude de pratique des médecins généralistes concernant le dépistage individuel du cancer de la prostate [Internet]. 2008 [cited 2016 Aug 20]. Available from: <http://urofrance.org/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/etude-de-pratique-des-medecins-generalistes-concernant-le-depistage-individuel-du-cancer-de-la.html>
21. Francois T, Alezra E, Kikassa J-C, Saint F, Raynal G. Le dépistage du cancer de la prostate vu par les médecins généralistes. *Prog En Urol*. 2013 Dec;23(16):1407-11.
22. Richie JP, Catalona WJ, Ahmann FR, Hudson MA, Scardino PT, Flanigan RC, et al. Effect of patient age on early detection of prostate cancer with serum prostate-specific antigen and digital rectal examination. *Urology*. 1993 Oct;42(4):365-74.
23. Eisinger F, Pivot X, Coscas Y, Viguier J, Calazel-Benque A, Blay J-Y, et al. Impact of general practitioners' sex and age on systematic recommendation for cancer screening. *Eur J Cancer Prev Off J Eur Cancer Prev Organ ECP*. 2011 Jan;20 Suppl 1:S39-41.
24. Valeri A, Malavaud B, Desrichard O, Cornu J-N, Blanchet P, Dervaux B, et al. Stratégies de diagnostic précoce et de prévention du cancer de la prostate. *Bull Cancer (Paris)*. 2010 Dec;97(12):1499-515.
25. Vlaeminck-Guillem V, Devonec M, Champetier D, Decaussi-Petrucci M, Paparel P, Perrin P, et al. Test urinaire PCA3 et diagnostic du cancer prostatique : étude à partir de 1015 patients. *Prog En Urol*. 2015 Dec;25(16):1160-8.
26. Godtman RA, Holmberg E, Khatami A, Pihl C-G, Stranne J, Hugosson J. Long-term Results of Active Surveillance in the Göteborg Randomized, Population-based Prostate Cancer Screening Trial. *Eur Urol* [Internet]. 2016 Mar [cited 2016 Aug 20]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0302283816300264>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Evolution de l'incidence et de la mortalité du cancer de la prostate en France.....	4
Figure 2 : Incidence et mortalité du cancer de la prostate par âge en France en 2009.....	5
Figure 3 : Facteurs de risque de cancer de la prostate recherchés par les praticiens	15
Figure 4 : Modification de l'attitude des médecins généralistes si de facteur de risque.....	15
Figure 5 : Fréquence de dosage du PSA en l'absence de facteur de risque	16
Figure 6 : Age de dépistage en l'absence de facteurs de risque.....	16
Figure 7 : Fréquence de dosage de PSA en présence de facteurs de risque	17
Figure 8 : Age de dépistage en présence de facteurs de risque	17
Figure 9 : Circonstances de dosage du rapport PSA libre/total	18
Figure 10 : Valeur de PSA entraînant une demande de consultation spécialisée	18
Figure 11 : Limites à la réalisation du toucher rectal par les médecins généralistes	19
Figure 12 : fréquence de réalisation du toucher rectal par les médecins généralistes pour le dépistage du cancer de la prostate.....	20
Figure 13 : Raisons pour lesquelles les médecins généralistes ne proposaient pas le dépistage	20
Figure 14 : Sources d'informations pour les médecins généralistes concernant le dépistage du cancer de la prostate.....	21
Figure 15 : opinions des médecins généralistes sur le dépistage du cancer de la prostate..	21
Figure 16 :Avis des médecins répondants sur la pratique actuelle du dépistage (PSA + toucher rectal)	22

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: données socio démographiques de la population	12
Tableau II: Opinions des médecins généralistes selon leurs pratiques	22

TABLE DES MATIERES

RESUME.....	- 1 -
PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION ET RATIONNEL	- 2 -
1. GENERALITES ET HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE	- 2 -
2. EPIDEMIOLOGIE	- 3 -
3. MOYENS DE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE	- 4 -
4. ETAT DES RECOMMANDATIONS ACTUELLES	- 5 -
DEUXIEME PARTIE : ARTICLE ORIGINAL	- 10 -
INTRODUCTION.....	- 10 -
MÉTHODES	- 11 -
RÉSULTATS.....	- 12 -
1. DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES	- 12 -
2. PRATIQUE DU DEPISTAGE.....	- 13 -
3. RECHERCHE DE FACTEURS DE RISQUE ET ATTITUDE EN FONCTION.....	- 14 -
4. MODALITES DE PRESCRIPTION DU PSA	- 15 -
5. TOUCHER RECTAL	- 18 -
6. DEBAT ET OPINIONS.....	- 19 -
DISCUSSION ET CONCLUSION	- 23 -
BIBLIOGRAPHIE	- 27 -
LISTE DES FIGURES.....	- 29 -
LISTE DES TABLEAUX	- 30 -
TABLE DES MATIERES.....	- 31 -
ANNEXES.....	- 32 -

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE TRANSMIS AUX MEDECINS

INTRODUCTION AU QUESTIONNAIRE

Chers confrères,

Je réalise mon travail de thèse sur le dépistage du cancer de la prostate par les médecins généralistes. Ce questionnaire anonyme a pour but de faire un état des lieux de nos pratiques et convictions concernant le dépistage du cancer de la prostate.

Merci d'avance de répondre en toute franchise sur vos pratiques courantes

Claire Hamard

QUESTIONS CONCERNANT LE PRATICIEN ET SON MODE D'EXERCICE

1. **Quel est votre âge ? (ans) ***

2. **Etes vous ***

un homme

une femme

3. **Depuis combien de temps exercez-vous la médecine générale ? (années)**

4. **Quel est votre milieu d'exercice ? ***

Rural Semi-rural Urbain

5. **Etes vous maître de stage universitaire ? ***

oui

non

6. **A combien de temps remonte votre dernière formation sur le cancer de la prostate ? (années) ***

en l'absence de formation sur le dépistage du cancer de la prostate répondre: "AUCUNE"

7. **Quel est le pourcentage d'hommes de plus de 50 ans dans votre patientèle (environ) ? (%) ***

DEPISTAGE OU NON, TELLE EST LA QUESTION

8. **Proposez-vous un dépistage du cancer de la prostate dans votre pratique ? ***

si NON passer directement à la question 37

oui

non

DEPISTAGE DE MASSE OU INDIVIDUEL ?

9. **Faites vous un dépistage de masse ? (= de façon systématique à tous vos patients) ***

oui

non

10. **Faites vous un dépistage individuel ? ***

oui

non

FACTEURS DE RISQUE

11. **Recherchez-vous systématiquement des facteurs de risque de cancer de la prostate ?**

oui

non

12. **SI oui lesquels ?**

Age

Ethnie

Antécédents familiaux du premier degré de cancer de la prostate

13. **Considérez-vous que les patients présentant des troubles mictionnels du bas appareil soient plus à risque de cancer de la prostate ?**

oui

non

14. Si des facteurs de risque sont présents, cela change-t'il votre mode de dépistage ?

oui

non

15. Si oui en quoi modifiez vous votre pratique ?

plusieurs réponses possibles

Fréquence plus rapprochée du dosage des PSA

Début de dépistage plus précoce

Autre

EN L'ABSENCE DE FACTEURS DE RISQUE

16. En l'ABSENCE de facteurs de risque, à quel âge proposez-vous le dépistage ?

Avant 45 ans

Entre 45 et 75 ans

Entre 50 et 75 ans

A partir de 45 ans et sans limite d'âge

A partir de 50 ans et sans limite d'âge

Autre

17. En l'ABSENCE de facteur de risque, à quelle fréquence dosez-vous le PSA ?

Tous les 2 ans

Tous les ans

Tous les 3 à 6 mois

Autre

EN PRESENCE DE FACTEURS DE RISQUE

18. En PRESENCE de facteurs de risques, à quel âge proposez-vous le dépistage du cancer de la prostate ?

Avant 45 ans

Entre 45 et 75 ans

Entre 50 et 75 ans

A partir de 45 ans et sans limite d'âge

A partir de 50 ans et sans limite d'âge

Autre

19. En PRESENCE de facteurs de risque, à quelle fréquence dosez-vous les PSA ?

Tous les 2 ans

Tous les ans

Tous les 3 à 6 mois

Autre

A PROPOS DU PSA

20. Dosez-vous le PSA total sérique ?

oui

non

21. Dosez-vous le rapport PSA libre/total sérique ?

oui

non

22. Si vous dosez le rapport PSA libre/total, à quelle occasion ?

Systématiquement

En cas de PSA entre 4 et 10ng/mL

En cas de PSA > 10ng/ml

autre

23. A partir de quelle valeur de PSA demandez-vous un avis spécialisé ?

plusieurs réponses possibles

> 4 ng/ml indépendamment du contexte

> 2 ng/ml à 60 ans

> 1 ng/ml à 40 ans

> 10 ng/ml à tout âge

En cas de temps de doublement du PSA rapide

24. Pratiquez vous un dosage du PSA de façon systématique lors du bilan annuel chez les patients suivants ?

cocher les patients concernés, plusieurs réponses possibles

Chez tous les patients quel que soit leur âge et leur état de santé

Chez les patients présentant une polyopathie sévère

Chez les patients ayant une espérance de vie inférieure à 10 ans

Chez les patients de plus de 75 ans

Aucune des propositions

25. Délivrez vous une information détaillée (bénéfices/risques) à vos patients lors de la prescription de PSA

Pas d'information

Information orale

Information écrite

26. Si vous utilisez une information écrite, quel(s) document(s) utilisez-vous ?

27. Pensez vous que le PSA seul est suffisant pour dépister le cancer de la prostate ?

oui

non

PLACE DU TOUCHER RECTAL DANS LE DEPISTAGE

28. Le toucher rectal fait-il partie de votre examen clinique ?

oui

non

29. Si NON, pourquoi ?

Vous êtes mal à l'aise

Vous pensez que cet examen est peu fiable

Vous manquez d'expérience pour l'interpréter

Vous avez peur de choquer le patient

Vous n'avez pas le temps

30. Estimez-vous qu'être une femme limite la réalisation du toucher rectal ?

oui

non

31. Pratiquez-vous systématiquement un toucher rectal dans une démarche de dépistage du cancer de la prostate ?

oui

non

32. A quelle fréquence réalisez-vous un toucher rectal ?

Tous les 2 ans

Tous les ans

Tous les 3 à 6 mois

A la demande du patient uniquement

autre

33. Pensez-vous que si le PSA est normal, le TR le sera probablement aussi ?

oui

non

DEBAT ET OPINIONS

34. Quelle est pour vous la principale problématique de la prise en charge du cancer de la prostate actuellement ?

Le surdiagnostic

Le surtraitement

Les deux

35. Dosez vous votre propre PSA si vous êtes concerné ?

Oui

Non

Non concerné

36. Encouragez-vous les hommes de votre entourage (famille/amis) à réaliser un dosage des PSA ?

oui

non

37. Dans le débat sur le dépistage du cancer de la prostate, comment vous êtes vous fait votre opinion ?

plusieurs choix possibles

Lecture des études comme celle de l'ERSPC et PLCO

Communiqués et recommandations des sociétés savantes de spécialité (Association Française d'Urologie et/ou European Association of Urology)

Communiqués et recommandations de l'HAS ou de l'OMS

Communiqués et recommandations du Collège de Médecine générale

Discussion avec les urologues correspondants locaux

FMC

38. Quel est votre sentiment au sujet des résultats du dépistage du cancer de la prostate ?

Le dépistage a permis de diminuer la mortalité liée au cancer de la prostate

Le dépistage a permis de diminuer l'incidence des cancers de prostate métastatiques

Le dépistage a entraîné plus de surtraitement qu'il n'a sauvé de patients

Autre

39. Si vous ne faites PAS de dépistage de cancer de la prostate, pour quelles raisons ?

plusieurs réponses possibles

Interprétation du dosage du PSA peu fiable

Interprétation du TR difficile

Recommandations HAS

Recommandations du collège de médecine générale

Absence de consensus

Refus du patient

Caractère anxiogène pour le patient

Risque de surtraitement avec effets délétères

Coût financier lié au dépistage et aux examens qui en découlent

Autres

40. Pratiquez-vous un toucher rectal lors du bilan de l'hypertrophie bénigne de prostate ?

oui

non

41. Pensez-vous que le dépistage du cancer de la prostate tel qu'il est pratiqué actuellement (PSA et TR)...

Devrait être abandonné

Doit être maintenu tel qu'il est

Nécessite d'être complété par une IRM prostatique

Nécessite d'être complété par des tests biologiques complémentaires (PCA3 urinaire)

42. Avez-vous des remarques particulières ? (réponse libre)

ANNEXE 2 : REMARQUES DES MEDECINS GENERALISTES A PROPOS DU DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE (zone de texte libre)

- 88% des dosages de PSA sont de notre fait, 12% du fait des urologues.
- Malgré les cours de la faculté, ne sait pas toujours quelle conduite tenir par rapport à ce dépistage, j'ai besoin que les données soient clarifiées et que les recommandations soient plus claires.
- Avant de généraliser ce dépistage il faudrait confirmer les résultats obtenus, contradictoires sur ses bénéfices, alors que dans les même temps les inconvénients eux sont réels et retrouvés constamment dans les études.
- J'interroge systématiquement mes patients sur d'éventuels troubles mictionnels, s'ils existent je fais TR + PSA. Si TR et PSA pas inquiétant score IPSS. Ceci dit ce sont souvent les patients(ou leurs épouses) qui viennent avec la demande de PSA et là c'est beaucoup de temps d'information et il est difficile de ne pas accéder à leur demande.
- Je suis souvent confronté à une demande des patients d'un dosage de PSA ; je n'ai pas toujours le temps d'argumenter quand au peu d'intérêt de ce dosage en matière de dépistage ; il est plus simple de prescrire que de passer 10mn à essayer de faire entendre au patient quelles seront les conséquences d'un dosage de PSA. Il est dommage que les médias soient plus prompts à mettre des idées erronées en avant plutôt que de se faire l'écho de recommandations qui nous sont opposables (cf campagne menée par la CPAM auprès des MG).
- 2 formations rapprochées : lors des 2 on nous a expliqué qu'il fallait faire du dépistage et qu'il ne fallait pas en faire (et vice versa). Au final je ne sais plus ce qu'il faut faire et je n'arrive pas trop à motiver mes assez peu nombreux patients entre 50 et 75 ans.
- En fait le problème vient plus de la décision de l'urologue qui décide d'avoir une prise en charge agressive, et en l'absence de recommandation claire et des avis divergents des urologues, autant faire quelque chose (un dépistage), car le cancer de la prostate n'est pas un mythe.
- Je fais peu de TR car j'ai des doigts un peu courts et j'ai rarement le pole supérieur de la prostate, surtout chez les gens en surpoids. Quand j'ai un doute diagnostic je fais une échographie ou j'adresse à l'urologue.
- J'ai des difficultés à savoir quelle population cible je vise dans le dépistage du cancer de la prostate, pour quelle population y a-t-il un intérêt ?
- Je suis opposé à la réalisation d'un dépistage systématique qui n'a pas fait actuellement les preuves de son efficacité, en revanche, en tant que MG, je crois qu'il est impératif de poser régulièrement voire systématiquement la question des SFU et/ou dysfonction érectile.

- Je suis mal à l'aise car je fais un dépistage par les PSA bien que je sache que cela n'est pas recommandé ; cependant lorsque j'étais externe puis interne, dans les 1990 tous les jours arrivaient aux urgences des hommes avec des fractures sur méta osseuses de cancer de prostate méconnus. Le PSA a bien changé les choses, même si il a induit un surdépistage et un surtraitement, mais il faut faire des choix ; à mon petit niveau j'essaie de faire au mieux avec l'aide d'urologue.
- Manque de formation dans le domaine.
- Sentiment que l'on n'a pas les outils pour dépister les cancers agressifs de la prostate de ceux qui sont lentement évolutifs.
- Dépistage délicat.
- J'attends des recommandations pour faire évoluer ma pratique.
- Attente de trouver un moyen de dépistage plus adapté.
- Pour ceux qui ne préconisent pas de dépistage : j'espère qu'ils n'auront pas le désagrément de se découvrir un jour un cancer de prostate métastasé. J'ai découvert dans ma patientèle 3 cancers de prostate avec PSA normal, ces patients me remercient régulièrement de les avoir dépistés.
- Rien n'est clair dans ce domaine, à lire les articles et à écouter les urologues, on ne sait plus comment se situer. Il y a le principe de réalité qui veut qu'on se ferait reprocher un non dosage du PSA s'il arrivait un cancer...
- Le problème de la judiciarisation reste entier car le consensus n'est pas clair.
- Jamais de PSA dans le cadre du dépistage seul, sans signes cliniques, sauf si le patient le réclame beaucoup ou si il a l'habitude de l'avoir tous les ans.
- J'ai toujours la crainte qu'un autre médecin bien meilleur que moi prescrive un PSA qui revienne très positif à un patient à qui j'aurais expliqué son inutilité et auquel je n'aurais jamais prescrit de PSA. Je ne crois pas que ce patient et sa famille acceptent mes explications si on découvre de nombreuses localisations secondaires tandis que ses voisins auraient « bénéficié » d'un PSA annuel.
- Souhait de recommandations par le collège des MG.
- TR opérateur dépendant (petits doigts ne touchent pas les petites prostates).
- Nous nous trouvons encore devant des cancers évolués chez des hommes jeunes.
- Discordance entre les recommandations HAS et les chirurgiens urologues.

Dépistage du cancer de la prostate : état des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire

RÉSUMÉ

Introduction : La légitimité du dépistage du cancer de la prostate (CaP) est sujet à débat et les recommandations divergent. L'objectif de l'étude était d'évaluer les pratiques de dépistage du CaP des médecins généralistes du Maine et Loire.

Matériel et Méthodes : Enquête descriptive transversale réalisée de juin à juillet 2016. Un questionnaire en ligne a été envoyé à 894 médecins généralistes du Maine et Loire.

Résultats : Nous avons reçu 118 réponses. Soixante-dix pourcent des médecins proposaient un dépistage du CaP à leurs patients contre 30% qui ne le proposaient pas. Il s'agissait d'un dépistage individuel dans 68% des cas et d'un dépistage de masse pour 32% des cas. Les femmes pratiquaient significativement plus le dépistage que les hommes (respectivement 80 et 61%, $p=0.013$). Il n'y avait pas de différence significative en fonction de l'âge, du milieu d'exercice, de la date de la dernière FMC, du statut de maître de stage universitaire ou de la proportion d'hommes de plus de 50 ans dans la patientèle du praticien. En l'absence de facteur de risque de CaP, le dosage du PSA était fait tous les 2 ans ou tous les ans respectivement pour 44% et 37% des praticiens, et chez des patients de 50 à 75 ans pour 73% des praticiens. Le toucher rectal n'était fait de façon systématique que par 30% des praticiens. Seuls 3% des praticiens délivraient une information écrite et 80% une information orale. Trente-sept pourcent des médecins estimaient que le dépistage devait être abandonné et 29% qu'il devait être maintenu tel quel (association du dosage du PSA et d'un toucher rectal).

Conclusion: Même s'il reste controversé, une majorité des médecins généralistes pratiquaient un dépistage individuel du cancer de la prostate avec le dosage du PSA seul, et parfois en association avec un toucher rectal.

Mots-clés : Cancer de la prostate, Dépistage, Médecin généraliste, PSA, toucher rectal

Prostate cancer screening: practices of general practitioners in Maine et Loire

ABSTRACT

Introduction: prostate cancer screening is debated, and guidelines diverge. The objective of the study was to evaluate the practices of general practitioners (GP) for prostate cancer screening in Maine et Loire.

Material and Methods: An observational survey was conducted from June to July 2016. A questionnaire was sent online to 894 general practitioners in Maine et Loire.

Results: We received 118 responses. Seventy percent of GPs proposed prostate cancer screening to their patients, against 30% who did not propose it. It was an individual screening in 68% of the cases against mass screening in 32% of the cases. Women practiced significantly more screening than men (respectively 80% and 61%, $p=0.013$). There was no significant difference according to age, practice setting, medical formation, teacher status, or the proportion of men over 50 years among patients. In the absence of prostate cancer riskfactors, PSA testing was performed every 2 years (44%) and annually (37%), and for patients from 50 to 75 years old (73%). Digital rectal examination (DRE) was systematically performed by 30% of the GPs. Only 3% provided written information and 80% oral information to the patient. Thirty-seven percent of the GPs believed that screening should be abandoned and 29% that it should be maintained as it was.

Conclusion: Although it remains controversial, the majority of GPs performed individual prostate cancer screening mainly with PSA testing, and sometimes in association with DRE.

Keywords : Prostate cancer, Screening, General Practitioner, PSA, Digital Rectal Examination