

**UNIVERSITE DE NANTES**  
**FACULTE DE MEDECINE**

Année 2005

N°29

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en Médecine Générale

par

**BENOIT BURIN**

Né le 1<sup>er</sup> juillet 1977 à TOURS

Présentée et soutenue publiquement le 28 Juin 2005

**« Etat des lieux » des pratiques courantes de dépistage du cancer  
de la prostate auprès des médecins généralistes et de leurs patients  
en Loire Atlantique.**

Président : Monsieur le Professeur BOUCHOT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur RIGAUD

<b>SOMMAIRE</b>	<b>Page</b>
<b><u>I- INTRODUCTION</u></b>	8
<b><u>II- LES RECOMMANDATIONS</u></b>	
1)Recommandations de l'ANAES en mai 1998	13
2)Recommandation de l'AFU en 2002	20
3)Recommandations de l'ANAES en septembre 2004	22
<b><u>III- OBJECTIFS ET METHODE</u></b>	
1)Objectifs	29
2)Méthode	
A-Le fichier ADELI	30
B-Le questionnaire médecin	30
C-Le questionnaire patient	30
D-Le questionnaire complet adressé aux médecins	32
<b><u>IV- RESULTATS MEDECINS</u></b>	
1)Nombre de réponses	33
2)Pratique du dépistage	34
3)Age limite inférieur et supérieur du dépistage	

A-Age limite inférieur	35
B-Age limite supérieur	36
4)Pratique du dépistage par TR et PSA	
A-Pratique du TR	36
B-Pratique du PSA	36
5)Fréquence du dépistage	37
6)Discours médical en cas de cancer	
A-En cas de cancer localisé	38
B-En cas de cancer métastasé	38
7)Suivi des recommandations selon l'AFU :	39

## **V- RESULTATS PATIENTS**

1)Nombre de réponses	40
2)Combien ont déjà entendu parler du dépistage ?	
A-Combien	42
B-Par Qui	43
3)Age limite du dépistage d'après les patients	
A-Age de début du dépistage	45
B-Age de fin du dépistage	46
4)Signes cliniques qui font consulter les patients	47
5)Connaissances sur le TR	47

6)Connaissances sur le dépistage biologique	51
7)Est-ce que les patients pensent qu'il existe un examen radiologique de dépistage ?	56
8)Fréquence du dépistage d'après les patients	57
9)Les patients connaissent ils les traitements ?	58
10)Combien de patients connaissent les bonnes recommandations suivant l'AFU :	59
11)Corrélation entre suivi des bonnes pratiques médecins selon l'AFU et connaissance des bonnes pratiques selon les patients :	60

## **VI- DISCUSSION**

1)Pratiques médicales	
A-Effectif	62
B-Une pratique homogène	63
C-Quelques pratiques différentes	64
2)La population masculine de Loire Atlantique face au dépistage du cancer de la prostate	
A-Connaissances sur les modalités du dépistage	64
B-Disparités sociales et démographiques concernant les connaissances du cancer de la prostate	67

3)Discordance entre pratique médicale et connaissances patients :	69
<b><u>VII-CONCLUSION</u></b>	72
<b><u>ANNEXES :</u></b>	74
<b><u>BIBLIOGRAPHIE :</u></b>	79



## **I- INTRODUCTION**

Le cancer de la prostate demeure le plus fréquent chez les hommes de plus de 50 ans.

Actuellement de nombreuses interrogations persistent concernant la prise en charge du cancer de la prostate localisé. Le traitement doit s'adapter au terrain; la morbidité des traitements et leur impact sur la qualité de vie participent grandement à cette conclusion. ( 16 ).

Considéré il y a 15 ans, comme un cancer du sujet âgé et rarement cause de décès ; le cancer de la prostate a fait l'objet ces dernières années d'un regain d'intérêt en raison de son incidence, de sa mortalité croissante et des nouvelles modalités diagnostiques et thérapeutiques.

Le dépistage est une démarche complexe, faut-il organiser un dépistage de masse ou réaliser un dépistage individuel ? Les médecins généralistes ont bien souvent un positionnement difficile ; entre les recommandations, les urologues et les patients.( 23 )

Actuellement les réponses ne sont pas consensuelles et le dépistage répond selon les pays à des règles différentes. La prise en charge clinique et biologique du dépistage du cancer de la prostate s'est modifiée ces dernières années.

A partir d'analyse de résultats du projet de dépistage Tyrolien, il est démontré que le toucher rectal a une grande influence sur la probabilité de biopsies positives quelques soient le PSA et l'âge des patients. Une combinaison du PSA, des résultats du toucher rectal et de l'âge a permis une meilleure définition de la probabilité de biopsies positives, plutôt qu'un de ces facteurs pris isolément.

En utilisant ce nomogramme , la décision de réaliser ou non des biopsies prostatiques peut être posée sur la probabilité de découverte d'un cancer de la prostate plutôt que posée sur une seule valeur élevée de PSA. ( 1 )

La valeur du PSA est remise souvent en cause et critiquée : En effet, le seuil de biopsie à partir de 4 ng/ mL est dans de nombreuses études jugé trop élevé. Certaines sociétés savantes Américaines notamment recommandent des biopsies dès 2,5 ng/mL. ( 2 ) ( 3 ).

D'autre part, les techniques de dépistage sont également en évolution avec l'apparition de nouveaux dosages biologiques plus spécifiques et plus sensibles que le PSA total et le PSA libre. ( 4) (5 ).

L'ensemble de la prise en charge du dépistage du cancer de la prostate a donc considérablement évolué depuis 10 ans, répondant bien évident à deux impératifs ; tout d'abord d'un point de vue santé publique : diminuer la mortalité et améliorer la qualité de vie des patients mais également répondre à un impératif économique :quel rapport bénéfice-coût engendre un tel dépistage .

Pour avancer, beaucoup sont dans l'attente de deux grandes études randomisés multicentriques de dépistage du cancer de la prostate en cours aux USA ( PLOC) et en Europe (ERSCP), qui pourront permettre d'évaluer l'impact du dépistage systématique par dosage du PSA total sur la baisse récente de la mortalité par cancer de la prostate, ainsi que sur la qualité de vie ( Niveau de preuve 1).Une analyse conjointe de ces deux essais est prévue dans le cadre de l'IPSTEG ( International Prostate Screening Trial Evaluation Group) (6 ). Cette réponse ne sera pas disponible avant 2 à 4 ans. Les limites et les biais de l'essai québécois (Université de Laval) (7 ) ou l'étude

du dépistage du Tyrol (8 ), dont les premiers résultats ont été publiés, ne permettent pas de conclure de façon satisfaisante sur le gain de mortalité (9 ), en raison de faiblesses méthodologiques. (10 )

Par ailleurs l'utilisation accrue du PSA permet un diagnostic plus précoce du cancer de la prostate. Le temps d'avance du diagnostic ( lead time) est estimé à au moins 5 ans et jusqu'à 10–13 ans pour certaine lésions (11 ; 12 ). Cette avance au diagnostic a augmenté le nombre de patients atteints de cancer de prostate dont la survie dépasse 5 ou 10 ans après le diagnostic de leur maladie. Ceci impose que l'efficacité du dépistage soit jugée principalement sur la baisse de la mortalité spécifique et non sur les taux de survie à 5 ou 10 ans ( 13 ).

L'ANAES étudiait en Septembre 2004, par une revue de la littérature entre autre, les connaissances des hommes consultant pour un dépistage et des patients atteints de cancer de la prostate.

Une étude qualitative portant sur 12 hommes atteints de cancer de la prostate et 6 de leurs conjointes ( à l'aide d'un groupe de discussion) a révélé que les croyances de ces hommes et femmes sur le cancer de la prostate, les traitements et leurs effets se révélaient parfois fausses. Les participants pensaient que le cancer de la prostate ne pouvait être

guéri que de manière chirurgicale. Ils ne considéraient pas la radiothérapie comme un traitement car ils croyaient que les radiations pouvaient être la cause de développement d'un cancer. Ils rejetaient également l'option de la surveillance puisqu'ils estimaient que le fait de « ne rien faire » aboutissait inévitablement à la mort (14).

La croyance de la supériorité de la chirurgie sur les autres options a également été décrite dans une étude où 108 hommes atteints du cancer de la prostate étaient interviewés ( 15 ) : Les auteurs montraient que la croyance la plus répandue, partagée par 34 % de ces hommes, était que le meilleur moyen de guérir le cancer était la chirurgie.

Ainsi la question est donc complexe avec de nombreuses interrogations sur la prise en charge idéale du dépistage du cancer de la prostate. Et dans l'attente des deux grandes études PLOC et ERSPC qui, peut être, changeront les recommandations et les attitudes vis à vis du dépistage individuel ou de masse du cancer de la prostate, il nous semblait intéressant d'étudier : d'une part quelles sont les pratiques actuelles des médecins généralistes et d'autre part quelles sont les connaissances des patients concernant le dépistage individuel du cancer de la prostate.



## **II – LES RECOMMANDATIONS**

### **1) Recommandations de L'ANAES en MAI 1998 (16)**

Pendant de nombreuses années elles sont restées les uniques recommandations officielles, très peu interventionnelles comme vous le verrez ci dessous.

L'ANAES nous y expliquait les tenants et les aboutissants de l'intérêt d'un dépistage systématique :

- ✓ La maladie doit représenter un problème important de santé publique

En France, l'incidence standardisée du cancer de la prostate varie entre 24,9 ( Isère) et 37,9 ( Tarn). En Europe les extrêmes varient de 17,1 ( Pologne) à 74,7 ( Suède).

La mortalité standardisée est de 16,7 en France et varie en Europe de 11,9 ( Pologne) à 22 ( Norvège).

Après avoir régulièrement augmentée au cours des dernières décennies, l'incidence du cancer de la prostate décroît actuellement tout comme la mortalité ; conduisant à formuler plusieurs hypothèses : une diminution de prescription des dosages de PSA et /

ou diminution du « pool » des stades pré cliniques par le dépistage. La véritable prévalence est en réalité difficile à apprécier, les seules données disponibles provenant de séries d'autopsies où la prévalence histologique varie de 12% dans les tranches d'âge 40-49 ans à 43% chez les patients de plus de 80 ans.

En termes d'années de vie perdues, l'impact de ce cancer est très inférieur à celui du cancer du poumon ou des cancers digestifs par exemple.

Le cancer de la prostate représente donc un problème de santé publique moins important que le laisse entrevoir son incidence et sa prévalence.

✓ La maladie doit exister à un stade latent reconnaissable :

Le développement du cancer de la prostate est sous la dépendance des androgènes. L'adénocarcinome représente 95% des cancer de la prostate. Le cancer de la prostate a une histoire naturelle très longue, si aucune régression spontanée ne semble exister, la progression n'est pas inévitable durant la vie d'un patient. Si 30 à 40 % des hommes de plus de 50 ans peuvent être porteurs d'un cancer de la prostate, seuls 8 % sont susceptibles de devenir cliniquement significatifs et moins de 5 % ont une probabilité d'en décéder.

D'autre part, les données de la littérature concernant les cancers de prostate non traités montrent des taux de survie élevés à 5, 10 ou 15 ans.

✓ Il doit exister un traitement efficace :

Il existe deux possibilités de traitement curateur en cas de cancer de la prostate localisé: la prostatectomie radicale, la radiothérapie. Et un traitement différé l'Hormonothérapie.

Il n'existe pas actuellement d'étude permettant de déterminer la supériorité des traitements de chirurgie et de radiothérapie..

Actuellement les seuls résultats disponibles proviennent de modélisations mathématiques. Bien que de tels modèles soit critiqués, ces études sont en faveur, pour les patients de moins de 70 ans porteurs de tumeurs moyennement ou peu différenciées, d'un traitement par prostatectomie radicale ou par radiothérapie par rapport à la surveillance et traitement différé.

✓ Il doit exister des tests performants pour le dépistage :

Le dosage du PSA permet d'identifier une anomalie biologique en faveur de l'existence d'un cancer de la prostate. Cependant, en routine, il existe des problèmes de variabilité de résultats selon les

méthodes utilisées. La plupart des études ont permis d'obtenir des valeurs prédictives positives de l'examen dans des populations sélectionnées surestimant certainement la réalité de la prévalence de la maladie dans une population générale. Les quelques études cas-témoins disponibles rapportent une sensibilité variant entre 46 et 81 % et une spécificité variant entre 91 et 99,5 %.

Des mesures de PSA modifiées ont été proposées (vélocité du PSA, densité du PSA, taux du PSA en fonction de l'âge, PSA libre) ; la supériorité de leur utilisation par rapport au taux de PSA sanguin n'est pas prouvée. D'autre part la réalisation de mesures répétées du PSA n'augmenterait pas de manière significative le taux de tumeurs détectées au stade localisé par rapport au dosage unique.

Un autre test peut être utilisé dans le dépistage des cancers de la prostate : le toucher rectal.

La stratégie la plus performante pourrait consister à combiner le PSA et le toucher rectal et à faire une biopsie lorsque l'un des deux est positif. Cependant, la stratégie optimale reste à définir en prenant en compte également des critères organisationnels et économiques.

✓ Le test doit être acceptable par la population :

Le dépistage doit apporter un bénéfice en terme de santé publique :

Il n'existe aucune étude randomisée ou cas témoin montrant le bénéfice d'un dépistage systématique du cancer de la prostate en terme de mortalité spécifique ou de confort de vie. Des essais sont en cours (Etats-Unis, Canada, Europe), utilisant des stratégies de dépistage différentes. Ces essais, s'ils n'apportent pas encore de résultats définitifs, illustrent l'importance des facteurs non planifiables que sont les difficultés de recrutement et les passages d'un groupe à l'autre dans ces essais de dépistage randomisés.

En 1997, les données de la littérature semblent montrer qu'une information objective des bénéfices et des effets indésirables potentiels du dépistage et du traitement du cancer de la prostate oriente la préférence des patients soit vers une non adhésion soit vers une impossibilité à prendre la décision, alors que l'entourage y est plus favorable.

L'acceptabilité des tests semble également liée aux incertitudes entourant le dépistage plus qu'à leurs aspects techniques.

- ✓ Outre les critères de l’OMS, les bénéfices d’un dépistage doivent être analysés en intégrant des facteurs économiques :

Les études économiques sont majoritairement en défaveur d’un dépistage de masse, sans condamner par ailleurs certains dépistages spontanés. Si les résultats des études concluent à un coût de dépistage qui ne peut être considéré comme prohibitif par rapport à d’autres programmes, la décision d’allouer des ressources à ce dépistage nécessite une meilleure connaissance des gains en espérance de vie.

#### Conclusions de l’ANAES :

En 1998, après avoir expliqué les principes et l’intérêt d’un dépistage, l’ANAES concluait que :

De nombreuses interrogations persistent concernant l’efficacité des traitements du cancer de la prostate localisé : le meilleur traitement n’est pas défini ; la morbidité des traitements et leur impact sur la qualité de vie participent grandement à cette conclusion. L’intérêt du traitement curatif par rapport à la surveillance et traitement différé n’est pas démontré ( même s’il est suggéré pour certaines tranches d’âge et certains type de tumeur). Il est en 1997 impossible d’identifier parmi les tumeurs de prostate détectées celles

qui feront courir un risque vital au patient au cours de son existence et celles qui ne seront pas la cause de son décès.

Le degré de différenciation de la tumeur est cependant le facteur pronostique connu le plus déterminant. Les hommes ayant des antécédents familiaux de cancer de la prostate pourraient représenter une sous population à risque, toutefois il n'existe pas de critères spécifiques (âge, nombre de personnes atteintes dans la fratrie et degré de parenté) définissant cette sous population.

En ce qui concerne l'analyse économique, l'étude de la littérature montre qu'il est prématuré d'envisager la mise en place d'un dépistage de masse du cancer de la prostate, sans condamner par ailleurs certains dépistages spontanés. En effet, si les résultats de certaines études concluent à un coût du dépistage qui ne peut être considéré comme prohibitif par rapport à d'autres programmes, la décision d'allouer des ressources à ce dépistage du cancer de la prostate nécessite une meilleure connaissance des gains en espérance de vie.

La stratégie la plus performante qui consiste à combiner le PSA et le toucher rectal et à faire une biopsie lorsque l'un des deux est positif ne correspond pas à une stratégie de référence du gold standard

La stratégie optimale reste à définir en prenant en compte également des critères économiques et des essais sont nécessaires.

En conclusion, les recommandations actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage de masse du cancer de la prostate ; Il semble indispensable de conduire une réflexion complémentaire sur l'information du patient et sur l'opportunité d'un dépistage individuel par la bonne prescription du dosage du PSA . (17 )

## **2) recommandations de l'AFU 2002 :**

En 2002 l'AFU Association Française d'Urologie publiait ses recommandations quant aux attitudes à observer dans la prise en charge du cancer de la prostate. (18 )

Pour ces derniers, elle reprenait entre autre des recommandations sur le dépistage et / ou le diagnostic précoce individuel du cancer de la prostate.

- ✓ **Elle insistait** : sur le fait que seul le dépistage permet le diagnostic d'un cancer de la prostate au stade curable et la réduction de la mortalité liée au cancer de la prostate. Un cancer de la prostate, diagnostiqué avant 65 ans, tue trois fois sur quatre s'il n'est pas traité.

- ✓ **Elle conseillait :** ce dépistage pour les hommes de plus de 50 ans et jusqu'à 75 ans, c'est à dire à ceux dont l'espérance de vie est supérieure à 10 ans.
- ✓ **Elle indiquait :** que les hommes à risques justifiaient d'un dépistage plus précoce à partir de 45 ans si : 2 parents proches (ou plus) étaient atteints de cancer de la prostate ou si les patients étaient d'origine africaine ou Antillaise.
- ✓ **Elle recommandait :** le dépistage par :

**TR** indispensable car 15 % des cancers de prostate sont révélés par cet examen clinique alors que la valeur du PSA total est normale.

**Le PSA :** PSA sérique total en première intention.  
Le dosage associé de la fraction libre du PSA ou PSA complexé n'est pas indiqué en routine.(19 )

- ✓ **Elle recommandait pour l'interprétation des résultats:**

Le seuil de normalité varie selon le test utilisé ( le plus souvent 4 ng /ml )

Une valeur supérieure au seuil de normalité nécessite l'avis d'un urologue pour juger de l'opportunité de biopsies prostatiques.

Une valeur normale nécessite une prescription annuelle dans le même laboratoire pour pouvoir interpréter les variations des résultats successifs.

### **3) recommandations ANAES septembre 2004** (20 )

L' ANAES en septembre 2004 a ré évalué le dépistage du cancer de la prostate et édité un recueil « d'éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate ».

#### A-Les éléments essentiels à délivrer aux patients :

Plusieurs éléments d'informations semblent importants à délivrer aux yeux des professionnels et / ou des patients lors d'une information sur le dépistage ( niveau 4 et accord professionnel ).

#### Il s'agit essentiellement de :

- ✓ Ce qu'est un dépistage individuel ;
- ✓ L'histoire naturelle du cancer de la prostate et les facteurs de risque de cancer de la prostate ;
- ✓ La description et les performances du/des tests de diagnostic, en particulier la possibilité de faux négatifs et de faux positifs ;

L'impact psychologique négatif possible en cas de test PSA élevé ;

- ✓ L'incertitude sur la réduction de la mortalité par dépistage individuel ;
- ✓ Les arguments en faveur et en défaveur du traitement précoce ;
- ✓ Les conséquences en termes de survie et de guérison en cas d'échec des traitements ou en cas d'abstention de traitement ;
- ✓ Le coût de la démarche.

### B- Dépistage systématique et individuel

L'ANAES expliquait :

#### Ce que l'on sait en terme de dépistage systématique :

Il n'y a pas été démontré, à ce jour, que la mise en œuvre d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total soit associé à un bénéfice significatif en termes de réduction de la mortalité globale. Compte tenu de la pratique actuelle, le groupe de travail ne peut donc conclure à l'utilité de la mise en œuvre d'une politique de dépistage systématique. Deux grandes études multicentriques, l'une européenne et l'autre américaine, devraient apporter des éléments de réponses dans les années à venir (à

partir de 2005 et 2008. Il est donc recommandé que ces conclusions soient, si besoin, réévaluées à l'aube de leurs résultats.

#### Ce que l'on sait en terme de dépistage individuel :

Les résultats des études portant sur l'impact du dépistage systématique ne sont pas contributifs pour conclure sur l'opportunité d'un dépistage individuel.

La diminution chronologique des taux de mortalité par le cancer de la prostate, ces cinq à dix dernières années, pourrait suggérer un effet du dépistage par le dosage du PSA total. Cette conclusion est à prendre avec précaution dans la mesure où :

- ✓ Une diminution est retrouvée dans des pays dans lesquels l'utilisation du test de dosage est faible ;
- ✓ Cette diminution pourrait, par exemple, être expliquée par une amélioration de la prise en charge du cancer de la prostate et notamment des différentes options thérapeutiques.

#### C- Surveillance en fonction de la valeur du PSA total

Lorsque la concentration sérique en PSA total est inférieure au seuil de 4 ng /ml, le délai pertinent à respecter avant de réaliser un nouveau test de dosage du PSA sérique total varie en fonction de la

concentration mesurée et doit être pondéré en fonction de l'âge du patient et de ses co morbidités.

✓ PSA total entre 3 et 4 ng /ml

Si le résultat est inférieur à la valeur seuil de 4 ng/ml, il est recommandé de ne pas effectuer un nouveau dosage avant un délai d'1 an. En effet, dans le cas le plus défavorable, lorsque la concentration mesurée est comprise entre 3 et 4 ng/ml, le risque à 1 an d'avoir un cancer est de l'ordre de 5 % et celui d'avoir un cancer non localisé est de l'ordre de 0,5%. Lorsque la concentration mesurée est comprise entre 2 et 3 ng/ml, ces risques sont respectivement de l'ordre de 1 à 2 % et de 0,5 %.

✓ PSA total inférieur à 2 ng/ml

Si la concentration mesurée est inférieure à 2 ng /ml, il n'est pas recommandé d'effectuer un nouveau dosage avant 3 ans. En effet, dans le cas le plus défavorable, lorsque la concentration mesurée est comprise entre 1 et 2 ng/ml, le risque d'avoir un cancer dans les 3 ans après le dosage est de l'ordre de 1 % et celui d'avoir un cancer non localisé est inférieur 0,2%. Lorsque la concentration mesurée est égale

à 1 ng /ml, ces chiffres sont les mêmes respectivement de l'ordre de 0,5 % et 0,01% après 5 à 8 ans de recul.

#### D- Conclusion générale du rapport de l'ANAES

Le bénéfice en termes de réduction de mortalité globale d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré. Les résultats des études portant sur le dépistage systématique ne permettent pas de conclure sur l'opportunité d'un dépistage individuel.

Certains facteurs de risque de survenue d'un cancer de la prostate ont été rapportés dans la littérature, notamment l'existence d'antécédents familiaux de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré et des origines afro-américaines. Par ailleurs, le risque de survenue d'un cancer augmente avec l'âge. Les données actuelles ne permettent cependant pas d'évaluer l'impact du dépistage individuel en fonction des différents facteurs de risque.

Le groupe de travail perçoit néanmoins sur des arguments indirects qu'une démarche de dépistage individuel, non systématisée, pourrait dans certains cas apporter un bénéfice individuel au patient.  
En effet

- ✓ Il existe des facteurs de risque potentiels ;
- ✓ Il existe un test de dépistage précoce
- ✓ La réalisation du dépistage peut, s'il est négatif, rassurer les hommes ayant des facteurs de risque ;
- ✓ Un traitement curatif pourrait augmenter la survie spécifique et dans certains cas améliorer le pronostic individuel.

#### Limite d'un dépistage individuel :

Cette démarche comporte néanmoins des limites potentielles ou avérées, liées notamment : à la valeur prédictive positive modeste du test et à l'anxiété qu'il génère ; aux examens qu'il peut engendrer inutilement ; au traitement de formes qu'il n'aurait pas été nécessaire de traiter ; aux effets secondaires des traitements ; à la possible inefficacité du traitement.

Lorsque la démarche est envisagée, la décision doit être partagée avec la personne qui consulte. Elle relève de son appréciation individuelle en fonction notamment de son anxiété et de son aversion pour le risque.

Cette décision doit être éclairée par une information claire, objective et hiérarchisée non seulement sur les bénéfices potentiels escomptés mais également les risques auxquels pourrait l'exposer ce choix, notamment en termes d'effets indésirables et de qualité de vie. Le groupe réaffirme la primauté de l'information orale et considère qu'il est utile qu'une information écrite soit communiquée au patient afin de l'aider dans sa réflexion.

Ces conclusions seront à réévaluer à la lumière des résultats apportés par les 2 études PLOC et ERSPC en cours.

### **III – OBJECTIFS ET METHODE :**

#### **1) Objectifs :**

Le dépistage du cancer de la prostate, actuellement recommandé par l'AFU , ne nous semblait pas faire l'objet d'une prise en charge consensuelle de la part des différents acteurs de la santé.

Il nous semblait donc intéressant à travers une étude d'évaluer les pratiques réelles de prise en charge de la part des médecins généralistes et également d'évaluer ce que les patients connaissent du dépistage individuel. A l'instar du dépistage de masse du cancer du sein chez les femmes, qui lui est bien codifié et bien connu par la plupart d'entre-elles. Qu'en est il des hommes et du dépistage du cancer de la prostate, connaissent ils tous le mot PSA ? Existe t il des disparités sociales et/ou démographiques concernant les connaissances des patients sur le dépistage du cancer de la prostate ?

## 2) Méthode :

### A- Le fichier ADELI :

Pour recueillir un maximum de réponses, cette étude a donc été adressée à l'ensemble des médecins généralistes de Loire Atlantique recensés au 1<sup>er</sup> Janvier 2005 sur la liste du fichier ADELI . Fichier de recensement officiel réalisé et géré par la DDASS ( Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ) de Loire-Atlantique. Ce fichier se constituait d'une liste de 1148 médecins recensés en temps que médecins généralistes exerçant en Loire-Atlantique à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### B- Le questionnaire Médecin :

Il avait pour but de recueillir au près des médecins généralistes des données sur leurs pratiques et méthodes du dépistage du cancer de la prostate. Ce questionnaire se constituait de 7 questions, et se présentait sous la forme suivante : ( annexe )

### C- Le questionnaire patient :

Ce questionnaire était donc joint au questionnaire médecin. Chaque médecin désirant participer à cette étude devait faire remplir

les 5 questionnaires patients joints aux 5 prochains patients de sexe masculin, âgé de 50 à 75 ans, et venant consulter.

L'intérêt de faire remplir par les 5 prochains patients vus en consultation avait pour but d'éviter les biais de sélection de patients et permettait ainsi de rendre cette étude objective et adaptée à une population de médecine générale tout venant. Il permettait d'évaluer les connaissances de patients de médecine générale, sur le thème du dépistage individuel du cancer de la prostate, mais aussi sur les modalités de ce dépistage, et sur les prises en charge du cancer de la prostate. Il permettait en outre d'évaluer ces connaissances en fonction des catégories socio- professionnelle et des milieux de vie.

Ce questionnaire patient se constituait donc de

- ✓ 3 questions pour situer les patients, à savoir : leur âge, leur profession en période d'activité et leur activité actuelle. Nous pouvions également savoir en fonctions de la commune du médecin « recenseur » si nos patients vivaient ou non dans des villes de plus ou moins de 5 000 habitants.
- ✓ 7 questions qui évaluaient les connaissances des patients.

Le questionnaire prenait donc la forme du questionnaire ci après :  
( voir annexe ).

D- Le questionnaire complet adressé aux médecins :

Ce dossier complet se constituait donc : (voir annexe ).

- ✓ d'une note de présentation et explicative :
- ✓ d'un questionnaire médecin :
- ✓ de cinq questionnaires patients :
- ✓ D'une enveloppe jointe ( avec adresses de retour) pour inciter aux réponses. (voir annexe ).

## **IV- RESULTATS MEDECINS**

### **1) Nombre de réponses :**

Le nombre total de réponses sur la période de 2 mois de collecte des réponses a été de 51 réponses de médecins généralistes ayant participé et fait remplir des questionnaires patients.

Il y avait également 8 réponses de médecins déclarant ne pas effectuer de médecine générale mais bien souvent exercer en nutrition, et ne pouvant participer à l'étude.

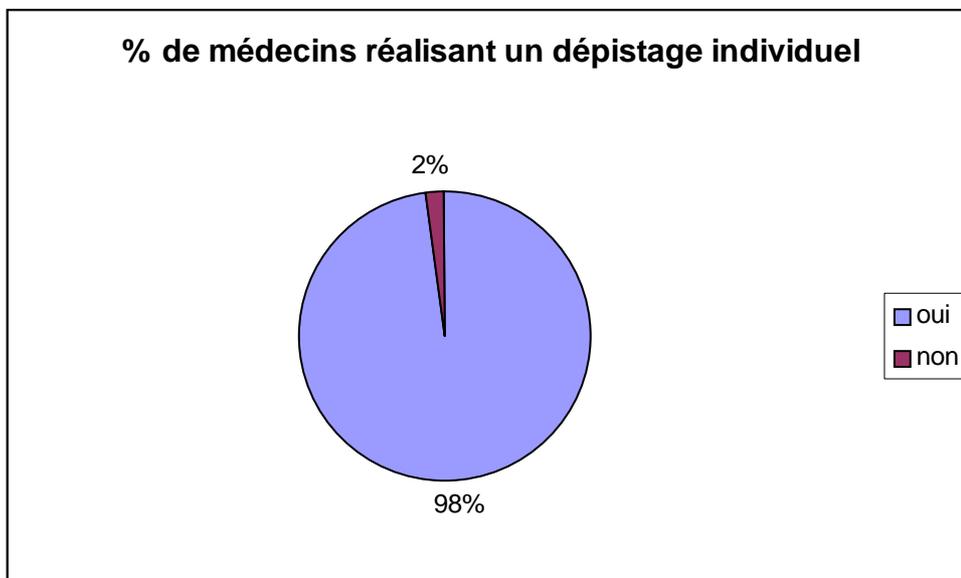
Au total le nombre de médecins inscrits au fichier ADELI comportait le nom de 1148 médecins sur l'ensemble de la Loire Atlantique. Cependant le questionnaire n'avait pas été adressé aux médecins exerçant en structure d'urgence, en structure d'échographie et chez SOS médecin, considérant que leur activité ne relevait pas directement de la médecine générale. Soit au total 62 médecin de cette liste à qui le questionnaire n'avait été adressé.

Au total le questionnaire avait donc été adressé à 1086 médecins. Avec un total de 51 réponses médecins, le taux de réponses exploitables est de  $51 / 1086$  soit 4,7% . Cette participation est donc

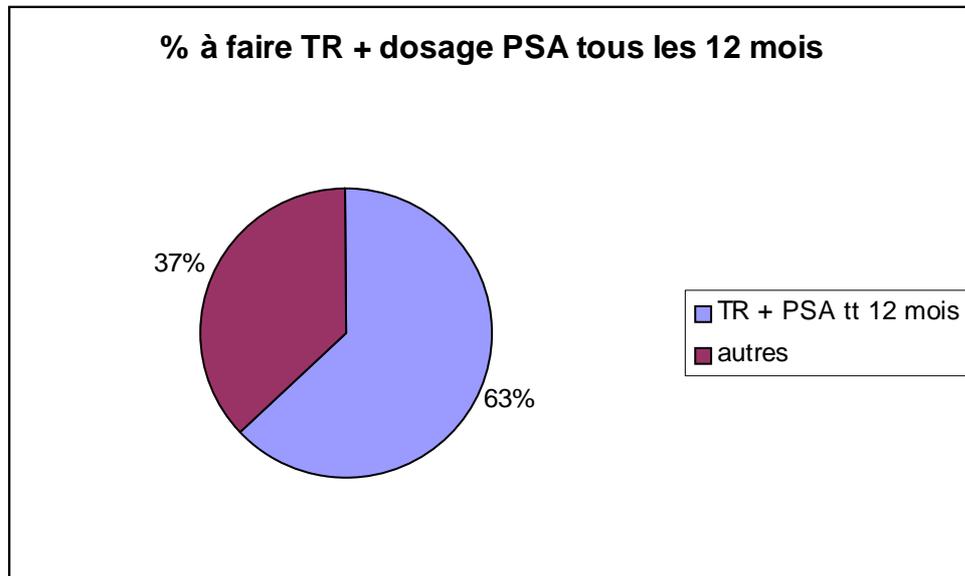
insuffisante pour pouvoir estimer que cette étude peut être reproductible à la population générale.

## 2) Pratique du dépistage :

Au total les médecins généralistes participant ont répondu à 98% réaliser un dépistage individuel du cancer de la prostate.



Dans ce groupe de médecins l'étude plus fine des résultats objective que c'est en réalité 63 % des médecins qui dans leur pratique effectuent un dépistage par toucher rectal et dosage du PSA tous les 12 mois.



### 3) Age limite inférieure et supérieure de pratique du

#### dépistage :

##### A-Age limite inférieure :

D'après les réponses de ce questionnaire : 3 médecins déclarent débuter un dépistage dès 45 ans ( soit 6%) ; 44 dès 50 ans( soit 88 %) ; 2 dès 55 ans ( soit 4 %) et 1 à partir de 60 ans ( soit 2 %). Et seulement 2 précisent anticiper le dépistage s'ils ont la notion d'un antécédent familial.

### B-Age limite supérieure :

D'après les réponses de ce questionnaire : 5 médecins déclarent arrêter le dépistage à partir de 70 ans ( soit 10% ) ; 17 à partir de 75 ans ( soit 33% ) ; 10 à partir de 80 ans ( soit 20% ) ; 3 continuer le dépistage jusqu'à 85 ans (soit 6%) ; et enfin 16 n'ont pas répondu à cette question ( soit 31 % ).

## **4) pratique du dépistage par TR et PSA :**

### A- Pratique du TR :

43 médecins déclarent réaliser le TR ( soit 84% ) ; 5 ne pas le réaliser (soit 10% ) ; 2 le réaliser parfois ; et 1 n'a pas répondu ( NB : 1 des médecins ajoute ne réaliser que le TR seul après 75 ans, 1 autre ajoute réaliser un TR 2 à 3 fois par an, et enfin 1 des médecins dit ne réaliser le TR que s'il existe des signes cliniques).

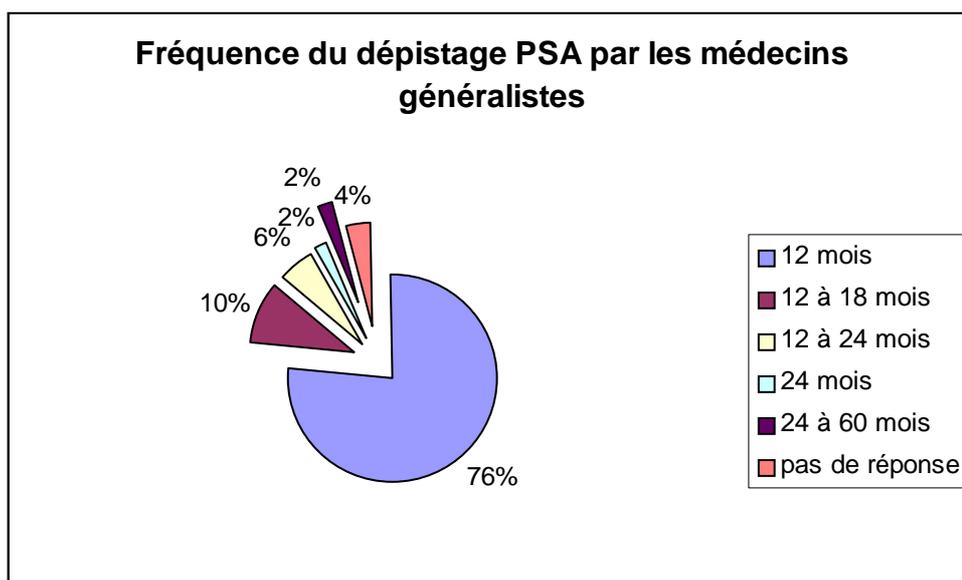
### B-Pratique du PSA :

100 % des 51 médecins ayant répondu disent pratiquer le dosage du PSA. Seulement 2 d'entre eux précisent le réaliser après avoir expliqué en détail les conséquences de ce dosage au patient. Et 2

d'entres eux y associent de 1<sup>er</sup> intention un dosage du PSA libre ( soit seulement 4 %).

### **5)Fréquence du dépistage :**

Dans la majorité les médecins répondent pratiquer un dosage du PSA tous les 12 mois, mais certains exercent un dépistage un peu plus espacé. ( voir graphique ci joint).



## **6)Discours médical en cas de cancer :**

### A-En cas de cancer localisé :

En cas de découverte d'un cancer de la prostate localisé, les médecins semblent faire ressortir 4 éléments principaux dans l'explication à leurs patients :

- ✓ Le bon pronostic.
- ✓ Ils rassurent +++ les patients
- ✓ La décision thérapeutique suivie doit être celle de l'urologue.
- ✓ Les effets secondaires : impuissance et fuites urinaires.

La plupart insistent donc sur le fait de rassurer les patients. Un d'entre eux dit même expliquer aux patients, pour minimiser les effets secondaires, que par analogie « le cancer de la prostate c'est comme un accident de voiture, si on se fait opérer et que l'on est sujet à une impuissance ou des fuites urinaires, c'est comme si en accident de voiture on avait cassé sa voiture mais pas perdue la vie ».

### B-En cas de cancer métastasé :

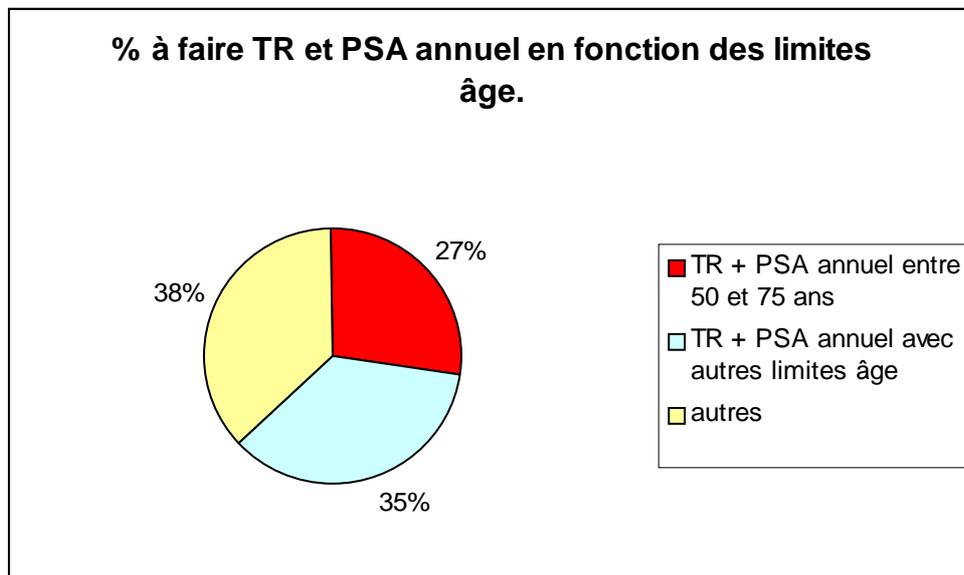
Les médecins dans l'étude insistent principalement sur l'hormonothérapie et aussi nettement sur l'évolution lente du cancer de la prostate.

## **7) Suivi des recommandations selon l'AFU :**

L'AFU a en 2002 émis des recommandations dont les principaux points sont :

- TR annuel
- PSA Total annuel
- Entre 50 et 75 ans.

Ces trois points comparés aux réponses des médecins nous permettent d'estimer l'application de ces règles dans le cadre du dépistage.



Ainsi donc dans cette étude, il semble que 27% des médecins appliquent les 3 points principaux de l'AFU cités ci-dessus.

## **V- RESULTATS PATIENTS**

### **1) Nombre de réponses :**

Cette étude a permis grâce aux médecins de récolter 233 questionnaires patients.

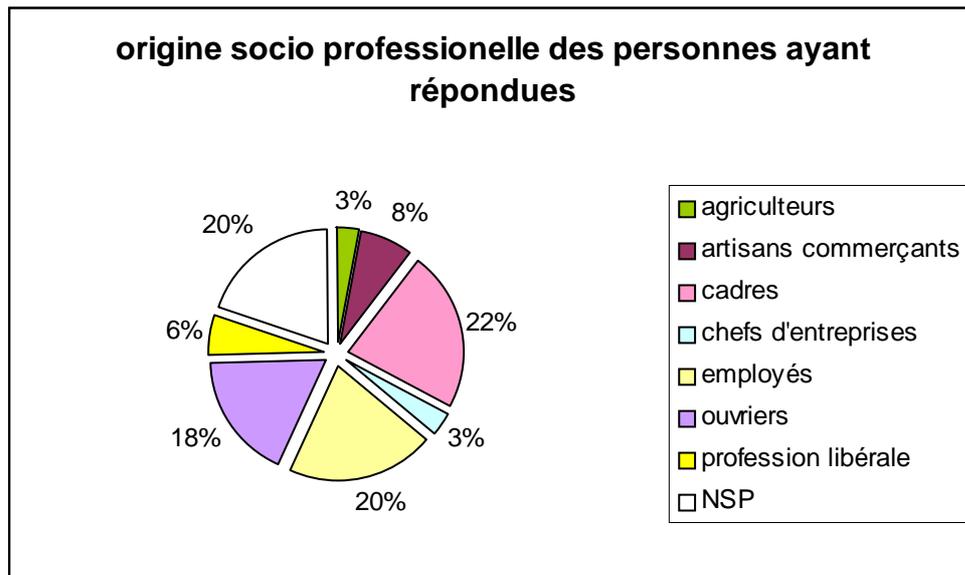
#### **A-Réponses patients : ville + ou – 5 000 habitants :**

- ✓ 69 questionnaires sont de patients d'origine d'une ville de moins de 5 000 habitants.
- ✓ 156 questionnaires sont de patients d'origine d'une ville de plus de 5 000 habitants.
- ✓ 8 questionnaires sont de patients qui n'ont pas répondu à cette question.

#### **B-Réponses patients : fonction des catégories socio professionnel :**

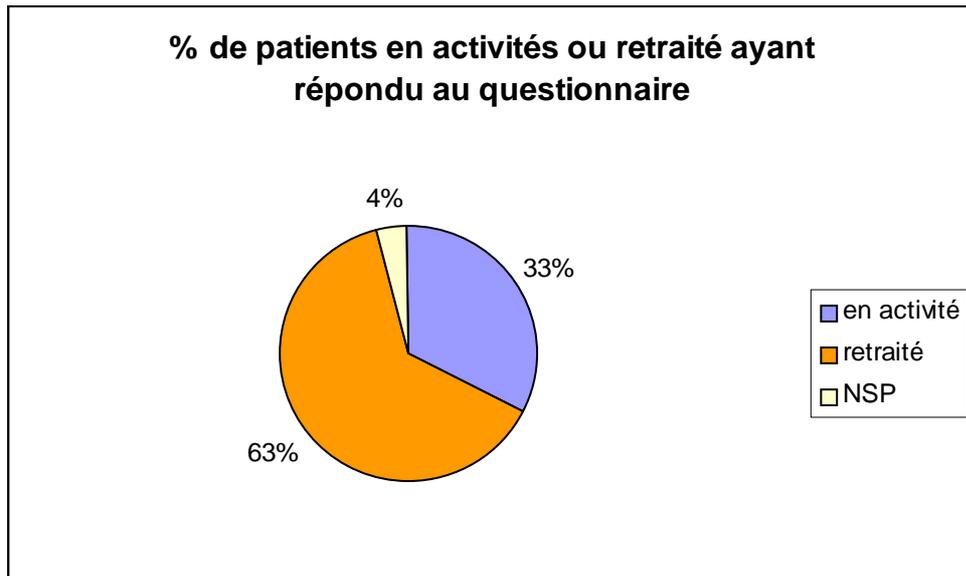
Ce questionnaire a été rempli par :

7 agriculteurs / 18 artisans commerçants / 52 cadres / 8 chefs d'entreprises / 48 employés / 42 ouvriers / 13 professions libérales / 47 dont on ne connaît pas leur activité.



### C-Réponses patients : fonction activité ou retraités

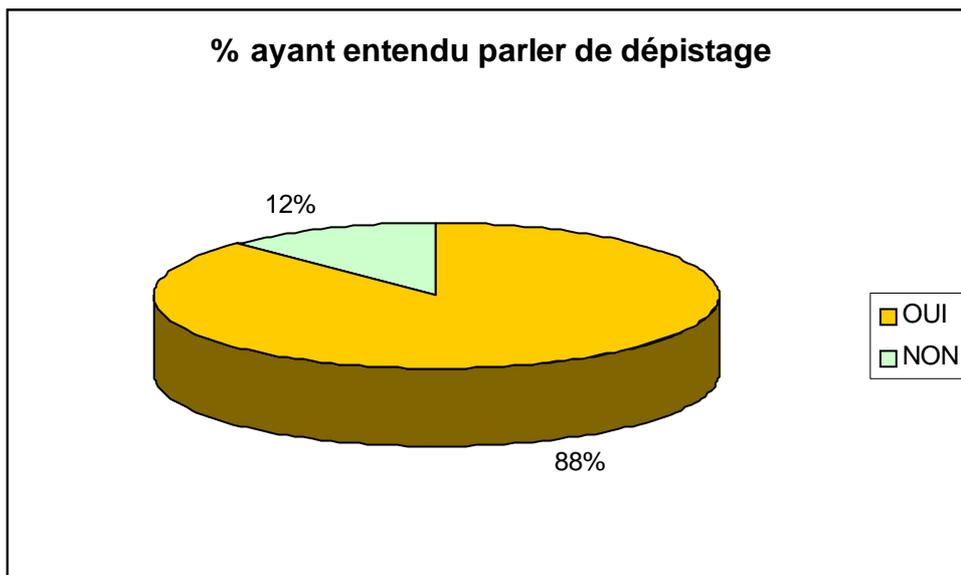
76 patients ayant répondu au questionnaire ont toujours une activité professionnelle, 148 sont à la retraite et 9 patients n'ont pas répondu à cette question.



2) **Combien ont déjà entendu parlé du dépistage ?**

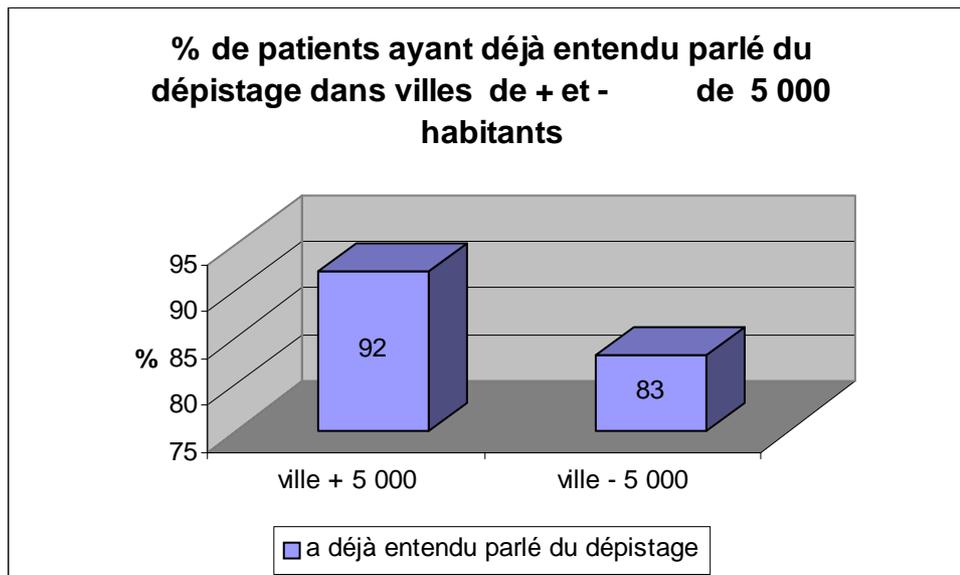
A-Combien :

204 patients disent avoir entendu parlé du dépistage du cancer de la prostate soit 88 % ; et 29 disent ne jamais en avoir entendu parlé soit 12 % .



C'est donc une très grande majorité de patients, 88 %, qui disent avoir déjà entendu parlé du dépistage.

Cette répartition peut s'étudier fonction des patients vivant dans des villes de plus ou moins de 5 000 habitants :



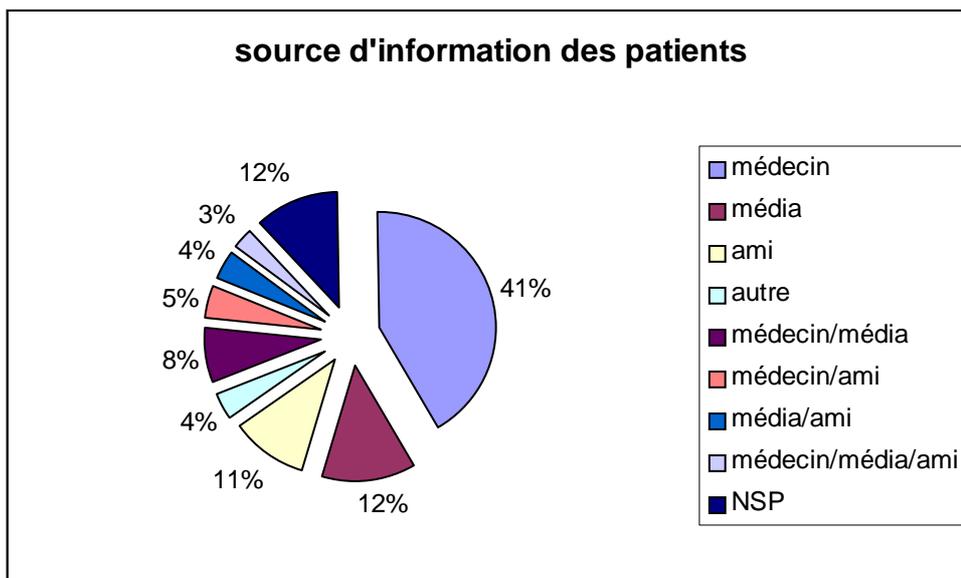
Soit 92% des patients des villes de plus de 5 000 habitants ont déjà entendu parlé du dépistage et 83 % des patients des villes de moins de 5 000 habitants.

#### B-Par qui :

Parmi les patients ayant déjà entendu parler du dépistage du cancer de la prostate, cette étude permet également de préciser qu'elle fut leur source d'information :

- ✓ 97 par leur médecin seul.

- ✓ 25 uniquement par des amis
- ✓ 29 uniquement par les médias
- ✓ 9 par d'autres : ( CPAM, famille )
- ✓ 11 par médecins et amis
- ✓ 18 par médecins et médias
- ✓ 10 par média et amis
- ✓ 6 par médecins, média et amis
- ✓ 28 ne répondent pas



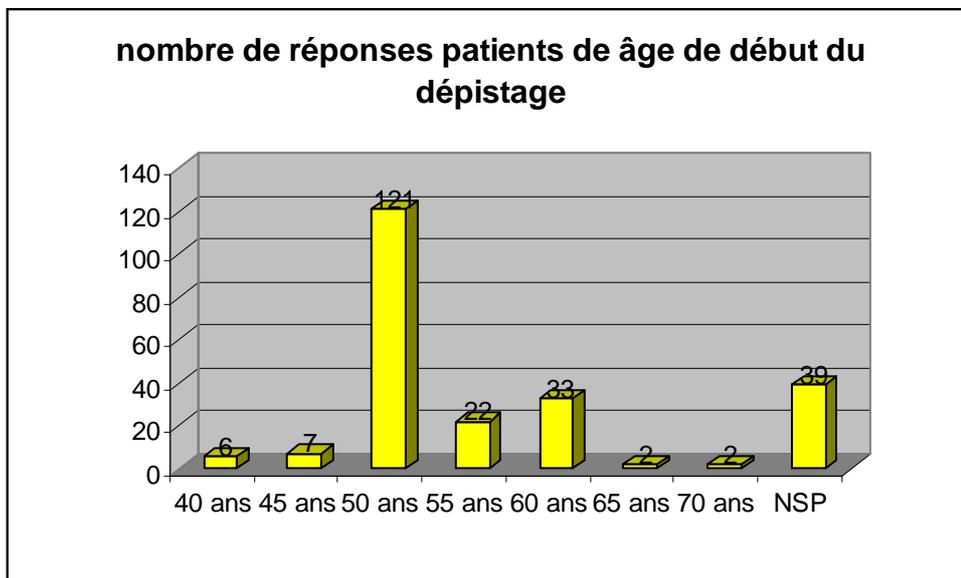
Soit 58 % des patients qui disent en avoir entendu parlé par leur médecin seul ou par leur médecin plus une autre source d'information

L'information du dépistage est donc plutôt bien retranscrit par les médecins, mais sûrement pas encore systématique.

### 3) Age limite du dépistage d'après les patients :

#### A-Age de début du dépistage :

D'après les patients ayant répondu à l'étude, l'âge auquel débute le dépistage du cancer de la prostate se répartit selon le diagramme suivant :

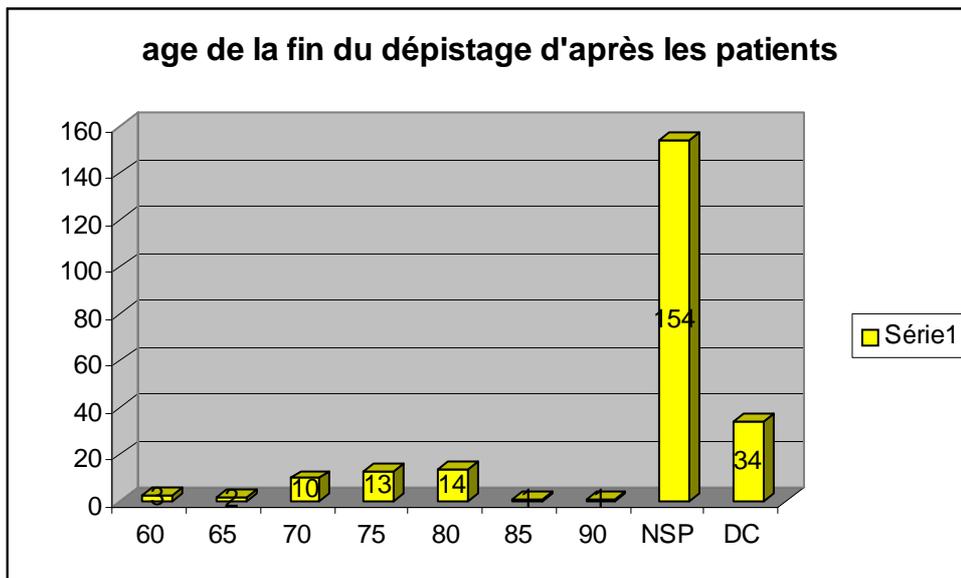


Soit 53 % qui disent que le début du dépistage se situe vers 50 ans, et seulement 17 % à ne pas savoir.

Dans ces sous classes, c'est 57 % des patients des villes de plus de 5 000 habitants qui disent que le début du dépistage s'effectue vers 50 ans et 45 % des patients des villes de moins de 5 000 habitants.

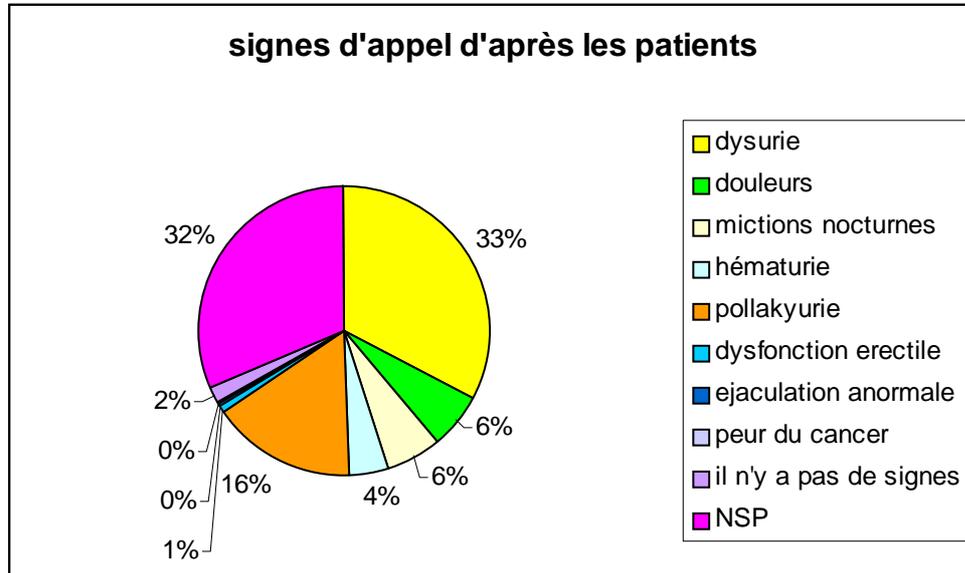
### B-Age de fin du dépistage :

D'après les patients ayant répondu à l'étude, la fin du dépistage du cancer de la prostate se répartit selon le diagramme suivant :



Comme le montre ce graphique, la très grande majorité (66%) des patients ne savent pas jusqu'à quel âge il convient de réaliser une pratique du dosage du PSA, et nombre d'entre eux ( 15 % ) pensent que ce dosage se pratique jusqu'au décès.

#### 4) Signes cliniques qui font consulter les patients :



A cette question seulement 4 patients ont répondu qu'il n'y avait pas de signes d'appel ( soit 2 % ) des patients. La majorité évoque soit des difficultés à uriner, soit pense qu'uriner souvent est un signe d'appel, soit ne sait pas.

#### 5) Connaissances sur le toucher rectal :

A - Combien de patients savent qu'il existe un examen clinique de dépistage et combien savent nommer le TR :

Sur cet échantillon, à la question existe t'il un examen clinique de dépistage:

- ✓ 170 patients répondent OUI
- ✓ 14 répondent NON
- ✓ et 49 ne savent pas.

Sur cet échantillon de 170 patients qui disent savoir qu'il existe un examen clinique, à la question pourtant bien orientée de répondre lequel est cet examen, seul 77 savent nommer le Toucher Rectal.

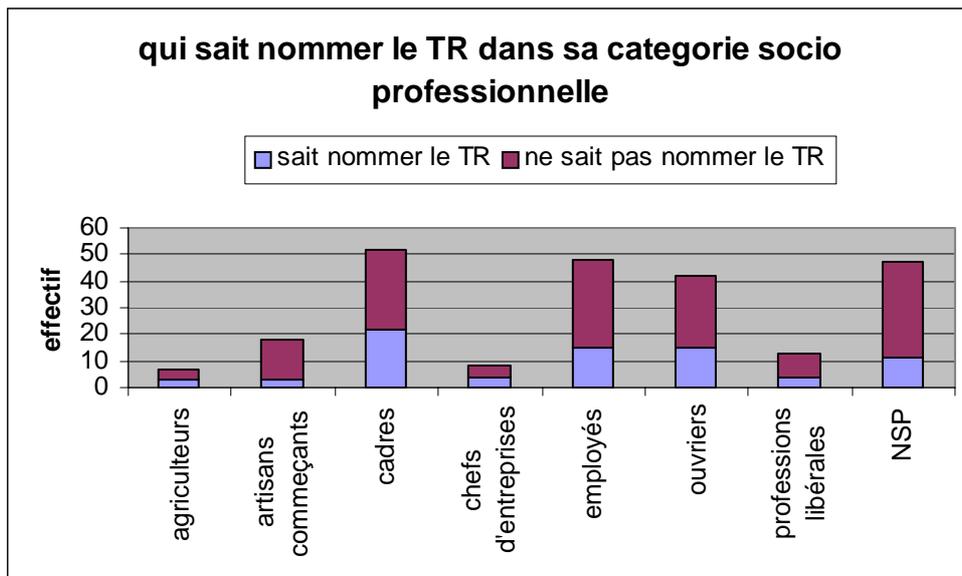
Soit 45 % d'entre eux et c'est donc seulement 33 % de l'effectif total des patients qui est capable de nommer le toucher rectal.

Dans l'analyse des sous effectifs, c'est 43 % des patients des villes de moins de 5 000 habitants qui nomme le TR et 31 % des patients des villes de plus de 5 000 habitants qui nomment le TR.

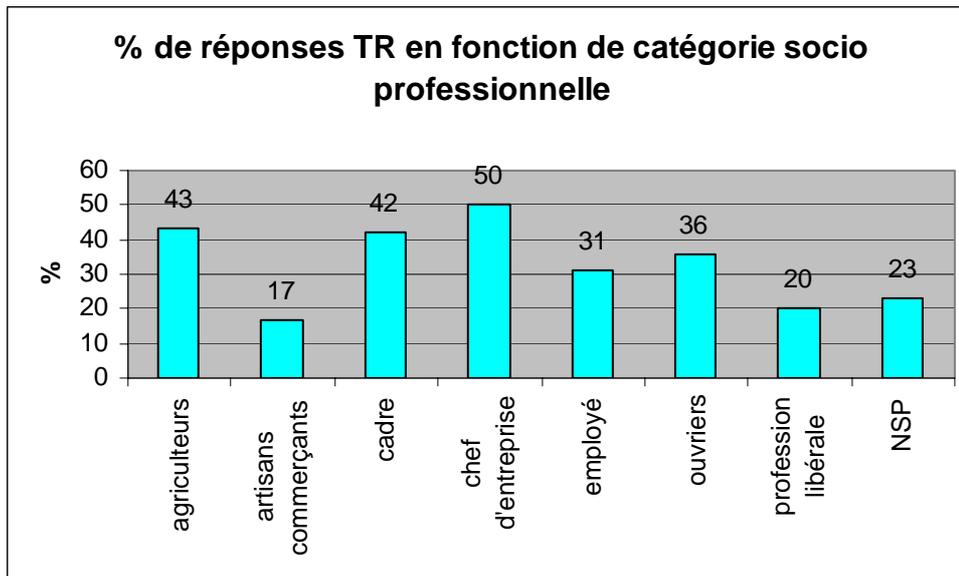
Ainsi donc seulement 33% des patients savent nommer le Toucher Rectal comme élément de dépistage clinique du cancer de la prostate, alors que c'est 84% des médecins de l'étude qui disent le pratiquer. On objective par ces réponses une certaine discordance. On peut se demander si le chiffre de 84 % de médecins à pratiquer le toucher rectal dans le cadre du dépistage clinique du cancer de la prostate est le chiffre proche de la réalité, car seul 33% des patients semblent donc « s'en rendre compte ».

B : Qui sait nommer le TR en fonction de catégories socio professionnelle ?

L'analyse des données permet d'affiner et de dire que c'est 3 agriculteurs sur 7 qui nomment le TR ; 3 artisans commerçants sur 18 ; 22 cadres sur 52 ; 4 chefs d'entreprises sur 8 ; 15 employés sur 48 ; 15 ouvriers sur 42 ; 4 professions libérales sur 13.



Soit en terme de pourcentages :

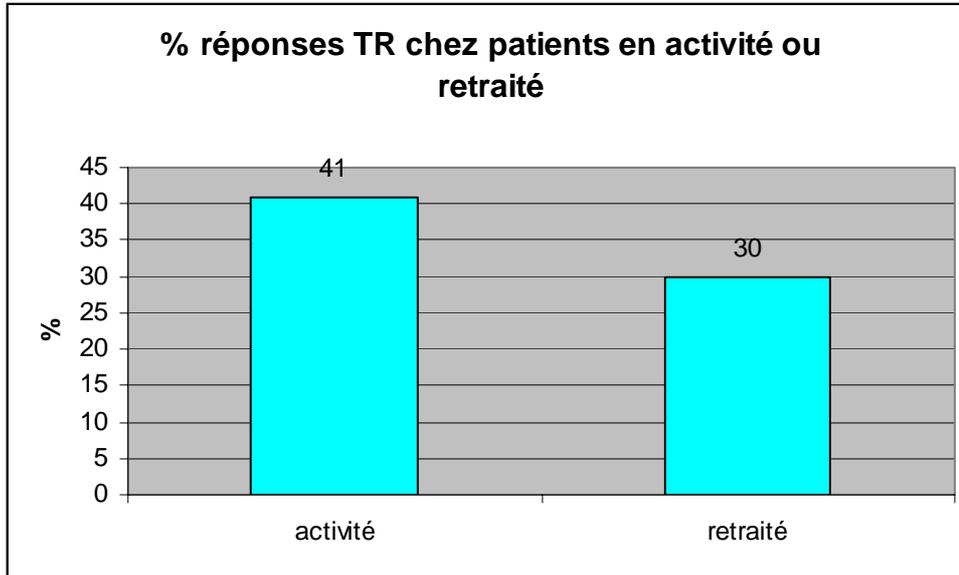


C'est donc seulement 1 chef d'entreprise sur 2 qui sait nommer le toucher rectal, et 1 artisan commerçant sur 5 qui sait nommer le toucher rectal comme élément clinique du dépistage du cancer de la prostate.

C : Pourcentage à nommer le Toucher Rectal chez les retraité et travailleurs en activités :

Dans cet échantillon, c'est 31 des patients en activité sur 76 qui ont nommé le TR ; et 45 patients retraités sur 148.

Soit en pourcentage :



## **6) Connaissance des patients concernant le dépistage**

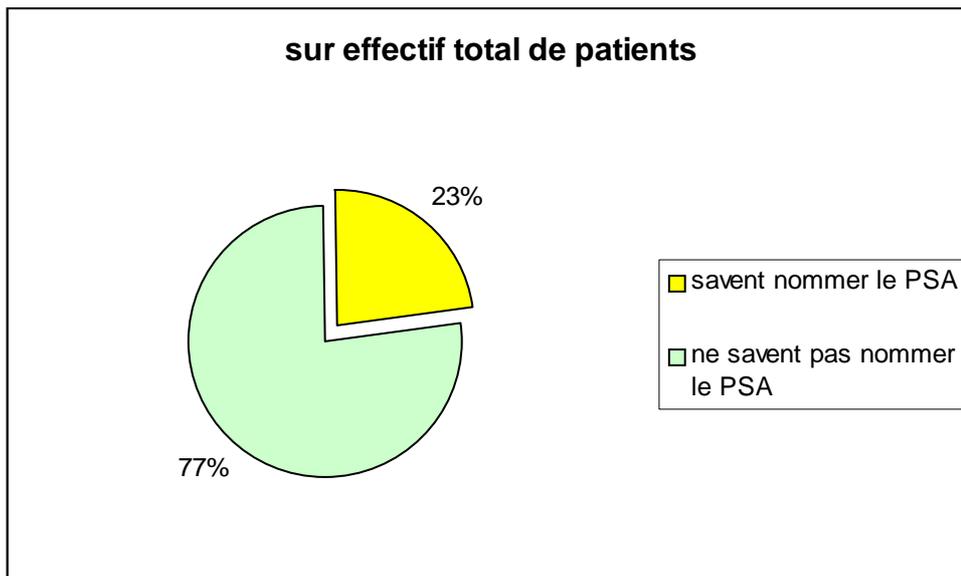
### **biologique :**

A : Combien de patients disent qu'il existe un dépistage

biologique et combien savent nommer le PSA :

183 patients répondent qu'il existe un dépistage biologique ; 16 répondent qu'il n'en existe pas et 34 ne savent pas.

Parmi les 183 à répondre oui, seulement 54 savent nommer le PSA à la réponse pourtant bien orientée de savoir lequel est cet examen biologique de dépistage, soit 23 % seulement de l'effectif total de patients.



Ce chiffre de 23 % de patients à savoir nommer le PSA, comme un élément du dépistage biologique du cancer de la prostate, est donc très faible. Quand on interroge les médecins directement sur cette question, nombreux répondent que « leurs patients » savent bien sur ce qu'est le PSA.

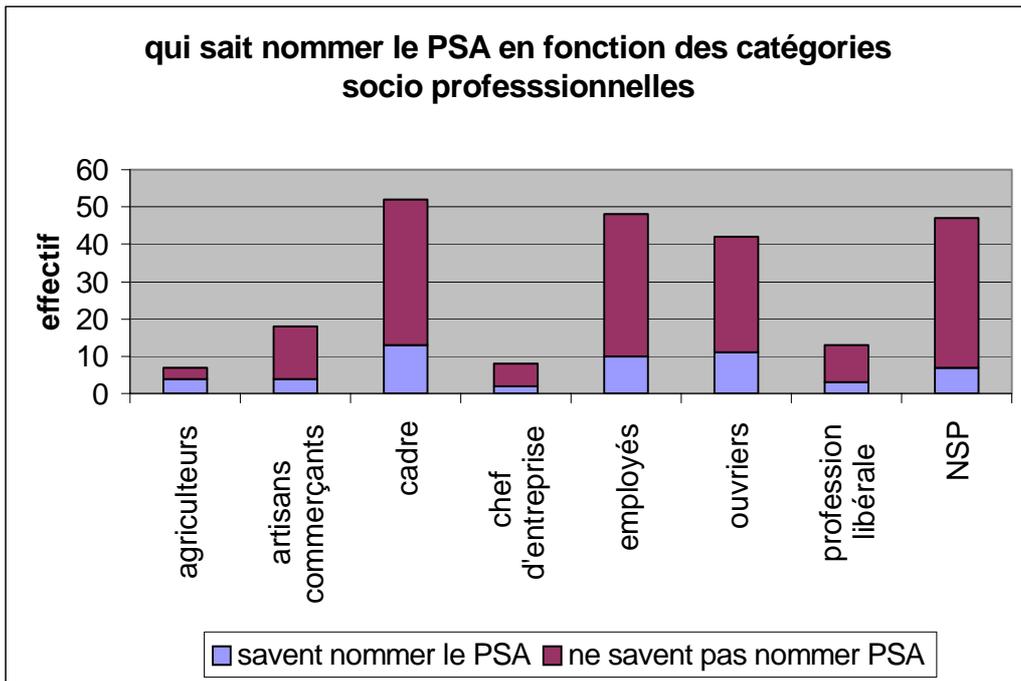
Mais la réalité semble très loin de cela. Il apparaît donc de grandes lacunes quant à l'information des patients sur le dépistage du cancer de la prostate.

Dans l'analyse des sous effectifs, c'est 32 % des patients des villes de moins de 5 000 habitants qui nomment le PSA et 20 % des

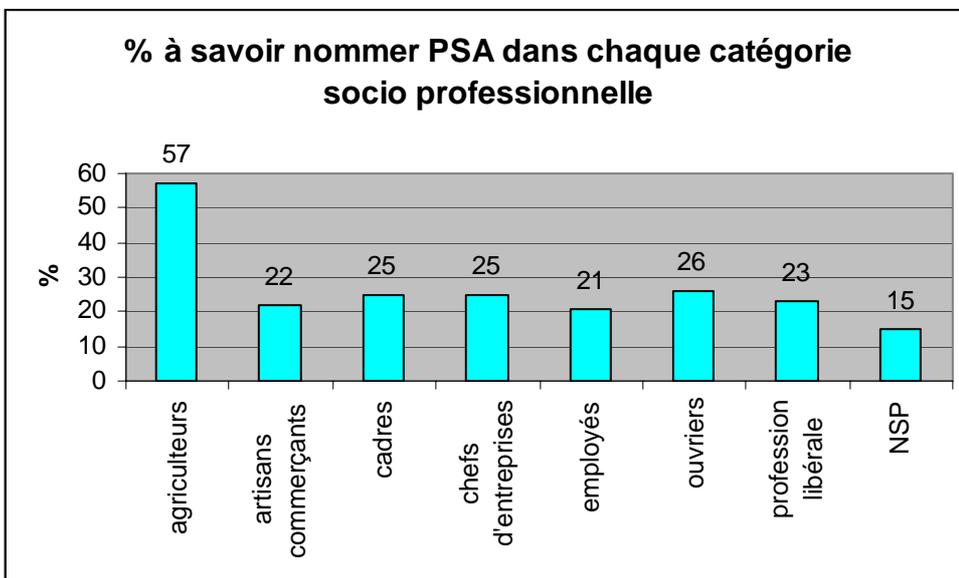
patients des patients des villes de plus de 5 000 habitants qui nomment le PSA.

En outre le résultats de 23 % à savoir nommer le PSA objective une fois de plus une certaine discordance entre ce que connaissent les patients et ce que disent réaliser les médecins. En effet, c'est 100% des médecins qui disent pratiquer le dosage du PSA dans le cadre du dépistage biologique du cancer de la prostate et c'est seulement 23% des patients qui disent connaître ce terme. Est ce là le reflet d'un manque d'information des patients ( à savoir que la prise de sang est peut être prescrite sans beaucoup plus d'explication ) ou une simple méconnaissance par oubli de la part des patients ?

B- Qui sait répondre PSA en fonction des catégories socio professionnelles :



Ce qui en terme de pourcentage permet d'établir l'histogramme suivant.



Cet histogramme montre donc que la connaissance du PSA est sensiblement la même dans les différentes catégories socio

professionnelles. ( hormis pour les agriculteurs mais dont l'échantillon manque dans cette étude d'effectif pour être vraiment représentatif).

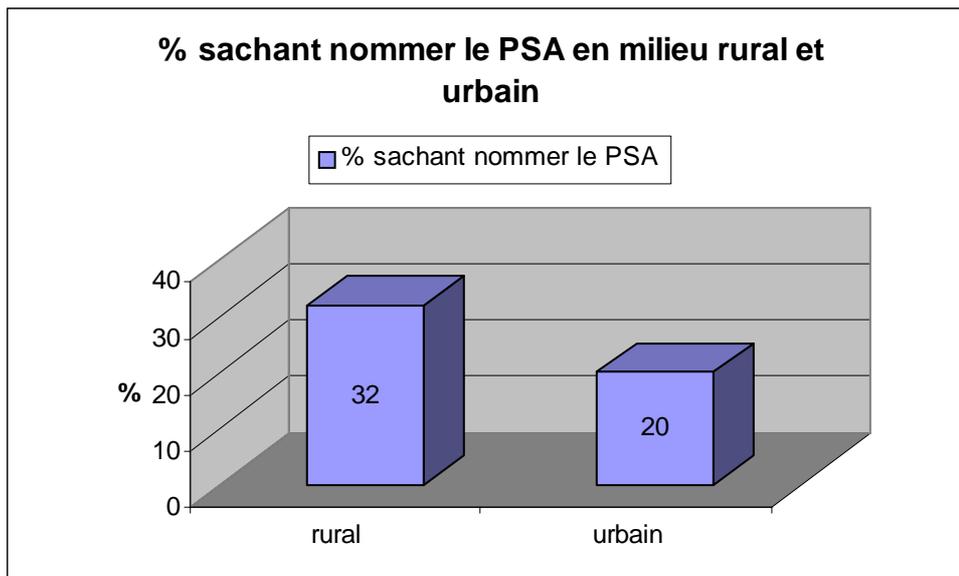
A savoir que contrairement à de nombreuses idées reçues, les chefs d'entreprises et les cadres ne savent pas plus que les ouvriers ou employés nommer le PSA comme élément du dépistage du cancer de la prostate.

#### C : Qui sait répondre PSA en fonction de rural ou urbain :

Par ailleurs, si l'on veut étudier si les patients qui vivent dans des villes de plus de 5 000 habitants nomment plus le PSA que ceux qui vivent dans des villes de moins de 5 000 habitants.

En analysant les résultats, on compte 22 patients (sur 69 ) dans des villes de moins de 5 000 habitants sachant nommer le PSA et 32 ( sur 157) vivant dans des villes de plus de 5 000 habitants et qui nomment le PSA.

Soit 32 % des patients vivant dans des villes de moins de 5 000 habitants contre 20 % des patients vivant dans des villes de plus de 5 000 habitants.



D: Pourcentage à savoir répondre PSA en fonction  
travailleur en activité ou retraité :

On note que 11 patients en activité savent nommer le PSA soit 14 % d'entre eux, et 43 patients retraités savent le nommer soit 29% d'entre eux..

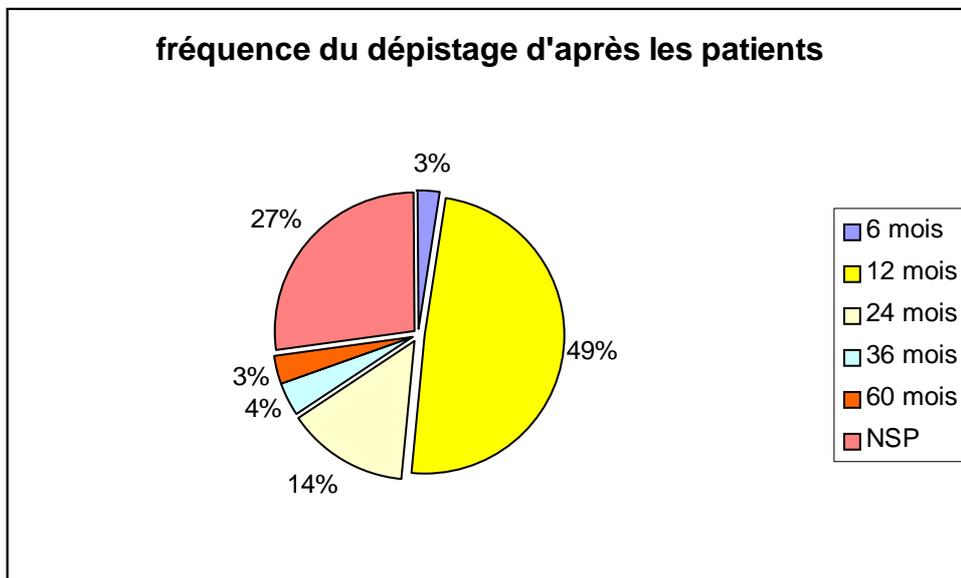
**7) Est-ce que les patients pensent qu'il existe un examen radiologique de dépistage ?**

67 patients disent penser qu'il existe un examen radiologique de dépistage, soit 29 % des patients, 65 pensent qu'il n'en existe pas soit 28% des patients, et 100 ne savent pas soit 43 % des patients.

Et parmi ceux qui disent qu'il existe un examen radiologique de dépistage : 61 % ne savent pas dire lequel ; 31 % nomment l'échographie comme examen de dépistage ; 6 % nomme le scanner ; et enfin 1,5 % nomme l'IRM.

### **8)Fréquence du dépistage d'après les patients :**

6 patients disent que le dépistage se réalise tous les 6 mois ; 113 disent que c'est tous les 12 mois ; 33 disent que c'est tous les 24 mois ; 9 tous les 36 mois ; 8 tous les 60 mois ; et 63 ne savent pas.

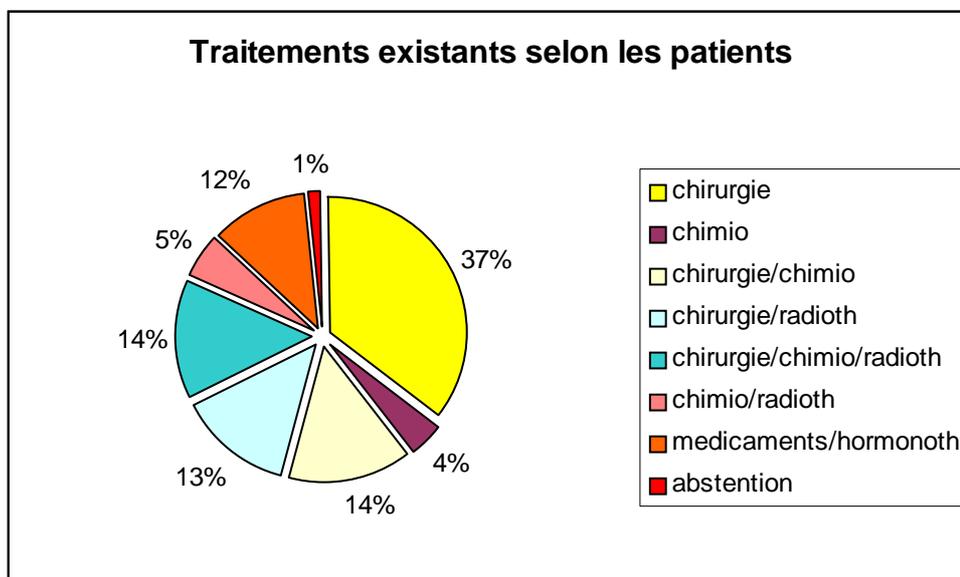


Il y a donc dans cet échantillon près de 50 % des patients qui disent savoir que la fréquence du dépistage est annuelle, et 27 % qui ne se prononcent pas.

Là encore on met en évidence une discordance entre la pratique médicale, où les médecins de l'étude répondent à 76 % réaliser un dépistage annuel, et ce que savent les patients, à savoir que seul 49 % pensent que la fréquence du dépistage est annuelle.

### **9 ) Les patients connaissent ils les traitements :**

Seul 78 patients (soit 33 %) disent connaître le ou les traitements du cancer de la prostate, et 155 ne pas les connaître ( soit 67 %). Parmi les patients qui disent connaître le ou les traitements, ils répondent selon la répartition suivante :



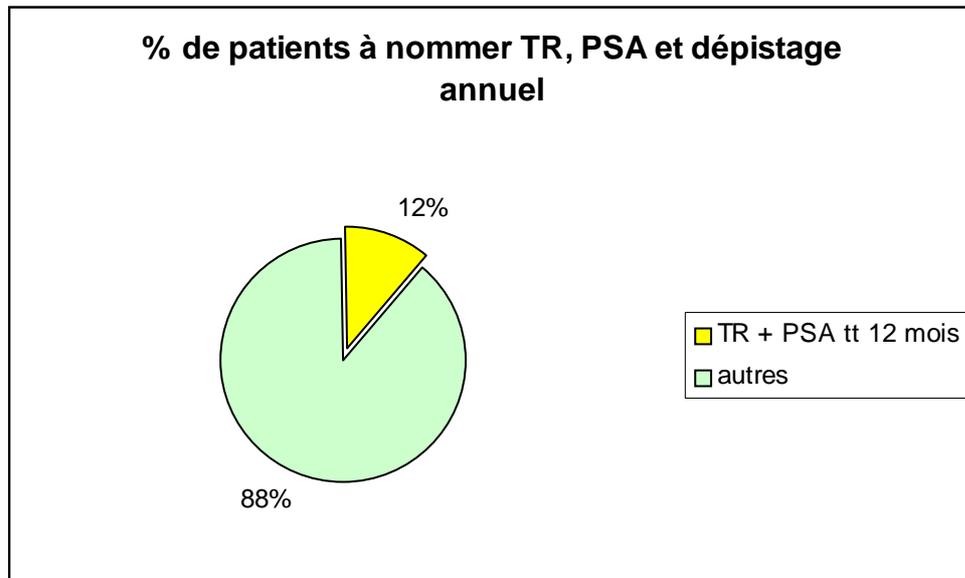
C'est donc dans ce groupe 78 % des patients qui répondent que la chirurgie est un traitement seul ou associé du cancer de la prostate,

32 % qui répondent que la radiothérapie est un traitement possible du cancer de la prostate. Et c'est seulement 12 % des patients, de ce groupe, qui savent nommer l'hormonothérapie. Par ailleurs seul 1 % des patients de ce groupe a su dire que l'abstention thérapeutique est un traitement .

**10) Combien de patients connaissent les bonnes recommandations suivant l'AFU :**

Comme nous l'avons vu chez les médecins, il nous intéressait de savoir combien de patients connaissaient les trois points que sont le dépistage clinique par toucher rectal, le dépistage biologique par dosage du PSA et le fait que le dépistage soit annuel .

Dans cette étude, 27 patients ont répondu à la fois à ces trois questions, soit 12 % de l'effectif patient total.



**11) Etude d'une corrélation entre suivi des bonnes pratiques médecins selon l'AFU et connaissance des bonnes pratiques selon les patients :**

Quand on étudie quels sont les patients de l'étude qui savent nommer le TR, le PSA et dépistage annuel ; et si l'on cherche à étudier si la majorité d'entre eux consultent les 63 % de médecins qui disent pratiquer le TR, et le PSA de façon annuelle. Alors on retrouve que sur les 27 patients à bien répondre à ces trois questions 14 patients sont du groupe des médecins qui disent pratiquer TR et PSA de façon annuelle et 13 sont de l'autre groupe.

Il ne semble donc pas exister de corrélation entre le groupe de médecins qui dit suivre au mieux les recommandations et leurs patients. En effet seulement 50 % des patients à connaître les bonnes règles du suivi « appartiennent » à ce groupe de 63 % des médecins .

## **VI- DISCUSSION**

### **1) Pratiques médicales :**

#### **A-Effectif :**

Cette étude a donc regroupé 60 réponses médecins sur la Loire Atlantique ( dont 51 exploitables ) soit un taux de réponses exploitable faible de 4,7 %. Taux de réponse faible qui peut être lié soit au fait que :

- ✓ Les médecins n'ont pas eu le temps de répondre du fait d'une surcharge de travail.
- ✓ Soit au fait que le sujet du dépistage du cancer de la prostate en médecine générale est actuellement un sujet très épineux en médecine générale, sujet à de nombreuses controverses. Où les médecins sont partagés entre le tout interventionnel et l'abstentionnisme. cette étude a peut être été ressentie comme une incitation à suivre plus les recommandations de l'AFU.
- ✓ Soit ce questionnaire a été par certains mal perçu et vu comme une surveillance de leurs pratiques.

- ✓ Soit comme trois d'entre eux l'ont répondu, ils ne « voulaient pas susciter l'idée d'un dépistage chez les patients sains ».
- ✓ Soit les médecins ayant répondu sont peut être les plus impliqués dans le dépistage. Il se peut que nombre de ceux qui n'ont pas répondu aient une pratique différente et pour eux loin des recommandations. Ce qui est malheureusement constitue un biais de sélection important de cette étude.

#### B-Une pratique homogène :

La première analyse des résultats médecins nous inciterait à observer que la majorité des médecins ont une pratique assez homogène et proche des recommandations de l'AFU. A savoir que pour 98 % d'entre eux ils pratiquent un dépistage individuel, pour 88 % dès 50 ans. Pour 84 % ils pratiquent le TR et y associent tous à 100 % le dosage du PSA. Enfin pour 76 % ils réalisent ce dépistage individuel tous les 12 mois.

Mais l'analyse plus fine des résultats met en évidence que c'est finalement seulement 27 % des médecins qui réalisent TR et PSA de façon annuelle entre l'âge de 50 et 75 ans, et 63 % des médecins qui réalisent TR et PSA annuel avec d'autres limites d'âge.

### C-Quelques pratiques différentes :

Certains médecins ont par ce questionnaire exprimé leur attitude vis à vis du dépistage du cancer de la prostate. En effet, 2 d'entre eux ( sur 51 ) expriment ne pas réaliser de dépistage individuel systématique, mais le réalisent uniquement à la demande du patient et après des explications complètes sur les conséquences de ce dépistage. De plus, 2 médecins ont dit réaliser le dosage du PSA libre de 1<sup>ère</sup> intention. Cette attitude est peu soulignée dans cette étude, mais elle e peut être plus importante sur l'ensemble des médecins n'ayant pas répondu à ce questionnaire.

## **2) La population masculine de Loire-atlantique face au dépistage du cancer de la prostate**

### A-Connaissances sur les modalités du dépistage

Dans l'étude réalisée, on constate que 88% des patients connaissent l'existence du dépistage du cancer de la prostate alors que 12% n'ont aucune connaissance sur ce sujet.

Face à ce constat, on peut donc penser qu'il y a une assez bonne connaissance de l'existence du dépistage du cancer de la prostate dans la population de Loire-atlantique.

Cependant, étant donné la petite taille de l'échantillon et l'introduction possible de biais de sélection des patients, on peut formuler l'hypothèse d'un pourcentage minoré qui serait supérieur à 12 % dans la réalité. Il semble donc insatisfaisant de conclure sur la connaissance ou non de l'existence du dépistage du cancer de la prostate par la population masculine de Loire Atlantique.

Il apparaît donc pertinent d'analyser les connaissances des patients sur les modalités du dépistage qui pourront alors être un indice sur le degré de connaissance de la population masculine concernant le dépistage du cancer de la prostate.

Concernant les modalités de dépistage du cancer de la prostate, on constate que sur les 88% connaissant l'existence d'un dépistage du cancer de la prostate : 37% de l'échantillon sait nommer le toucher rectal, 25% sait nommer le PSA. Il semble donc y avoir une méconnaissance des modalités de dépistage au vue de la faiblesse de ces pourcentages.

De plus, concernant la fréquence de réalisation du dépistage seul 50% de l'échantillon indique que le dépistage se réalise tous les ans. Il nous semble pourtant important dans le cadre de la médecine générale que le patient soit informé d'une part sur les modalités du

dépistage et sur sa fréquence et d'autre part sur l'absence de signes cliniques significatifs afin qu'il soit acteur de sa santé.

Or, au vue de ces résultats on peut penser qu'il existe un manque d'information des patients de même à corrélér à une certaine discordance entre les réponses des médecins et des patients.

Différentes hypothèses peuvent donc être formulées.

Tout d'abord : les différentes sources d'informations sur le sujet, cités par les patients sont un élément de réponse. En effet, il est important de noter que 58% des patients ont été informés par leur médecin, 11% par un ami 12% par les médias et 4 % par ami et médias soit au total 27%. Ainsi plus d'un quart de l'échantillon a été informé par une source différente du médecin.

Ces résultats permettent donc de soulever une hypothèse concernant la mauvaise connaissance des modalités de dépistage, les sources autres que celles du médecin délivrant peut être une information partielle qui reste insuffisante. Cependant, il est important de souligner que ces résultats mettent en évidence une réelle préoccupation des patients.

D'autre part : d'autres hypothèses peuvent peut être expliquer ce manque d'information :

- ✓ Tout d'abord un manque d'information provenant des médecins, le sujet étant pour eux source de nombreuses interrogations.
- ✓ Ensuite, on peut penser que les patients face à ce sujet ne retiennent qu'une information partielle.

B-Disparités sociales et démographique concernant les connaissances du cancer de la prostate ?

L'analyse des données ci dessus objectivait que pour les patients vivant

- ✓ dans des villes de moins de 5 000 habitants :
  - 83 % d'entre eux avait entendu parlé du dépistage
  - 45 % d'entre eux disaient qu'il se débute à 50 ans
  - 43 % d'entre eux savaient nommer le TR
  - 32 % d'entre eux savaient nommer le PSA
- ✓ Pour les patients vivant dans des villes de plus de 5 000 habitants :
  - 92% d'entre eux avaient entendu parlé du dépistage
  - 57 % d'entre eux disaient qu'il se débute à 50 ans

31 % d'entre eux savaient nommer le TR

20 % d'entre eux savaient nommer le PSA

On constate donc qu'on ne peut mettre en évidence de disparités démographiques concernant le dépistage du cancer de la prostate. Il semble quand même important de nuancer ces résultats étant donné la taille de notre échantillon.

Cependant la variable démographique ne semble pas être un facteur discriminant sur les connaissances du patient concernant le dépistage du cancer de la prostate.

Concernant la variabilité des réponses fonction des catégories socio professionnels, on note une connaissance homogène quelque soit le groupe. En effet, concernant le dépistage biologique du cancer de la prostate on constate que seul 20 à 25 % des personnes savent nommer le PSA quel que soit leur catégorie professionnelle. ( il faut noter que notre échantillon étant faible le résultat de cette question concernant les agriculteurs a été exclu)

On peut donc penser que la catégorie socio professionnelle ne semble pas être une variable influençant les connaissances sur le dépistage du cancer de la prostate.

Ces résultats mettent donc en évidence une absence de disparités sociale et démographique concernant les connaissances du dépistage du cancer de la prostate.

Cependant il est important de souligner l'introduction hypothétique de biais qui modifieraient ces résultats. En effet, les questionnaires patients distribués par les médecins généralistes eux-mêmes peuvent induire des biais de sélection.

### **3)Discordance entre pratique médicale et connaissances patients :**

En effet d'après cette étude on peut mettre en évidence quatre points importants de discordance:

- ✓ Seulement 33 % des patients savent nommer le toucher rectal comme élément de dépistage clinique du cancer de la prostate, alors que 84 % des médecins disent le réaliser. Différence qui s'explique difficilement pour un examen important et dont il semble étonnant de ne pas se souvenir.

- ✓ Seulement 23 % des patients savent nommer le PSA comme élément de dépistage biologique du cancer de la prostate, alors que c'est 100 % des médecins de l'étude qui disent le réaliser.
- ✓ Seulement 12 % des patients sont capables de dire que le dépistage se constitue du TR, et du PSA de façon annuelle alors que c'est 63 % des médecins de l'étude qui disent pratiquer ainsi.
- ✓ Et parmi les 12 % de patients bien au fait des recommandations de dépistage, ils sont 50 % à être les patients de médecins qui ne disent pas pratiquer ainsi et qui représentent seulement 37 % du total de nos médecins de l'étude.

Ainsi donc des discordances importantes sont mises en évidence entre le discours médical et ce que savent les patients. En effet, face à ce constat, différentes hypothèses peuvent être formulées. D'une part, on peut penser qu'il existe un manque d'informations au près des patients. Cependant, on peut également envisager que l'information est délivrée mais ne permet pas au patient de se l'approprier (peut être par une non-adaptation du vocable) entraînant une incompréhension de la part du patient. Enfin, on peut également formuler l'hypothèse

d'un gap entre les réponses des médecins au questionnaire et la réalité du terrain.

## **VII- CONCLUSION**

Cette étude dresse donc un état des lieux, d'une part de ce que semble être actuellement la pratique médicale dans la prise en charge du dépistage du cancer de la prostate en Loire Atlantique ; et d'autre part, de ce que semble connaître les patients sur le dépistage du cancer de la prostate.

A l'heure actuelle, où se pose la question d'instaurer un dépistage de masse du cancer de la prostate, question qui ne pourra être élucidée qu'après les résultats de grandes études actuellement encore en cours. Alors si un tel dépistage de masse devenait systématique, cette étude serait un argument fort pour mettre en évidence les défauts de l'information des patients. Il conviendrait donc dans le cadre d'un dépistage de masse d'organiser parallèlement à ce dépistage une grande campagne d'information des patients pour pallier à leurs lacunes vues dans cette étude et par la même mieux répondre aux interrogations des patients et certainement améliorer l'observance et la réalisation du dépistage de masse.



# **ANNEXES**

BURIN Benoît  
1 rue du château  
44 000  
NANTES  
06.83.52.71.39.

NANTES le 26 Janvier 2005

email : burin\_benoit@hotmail.com

Objet : Thèse de médecine générale.

« Etat des lieux » des pratiques courantes de dépistage du cancer de la prostate auprès des médecins généralistes et de leurs patients.

Me , Mr vous trouverez ci-joint un questionnaire adressé à vous médecins généralistes et à vos patients, dont le but est d'évaluer les pratiques appliquées et les connaissances de nos patients dans le cadre du suivi et du dépistage du cancer de la prostate.

A l'heure actuelle où cette question de dépistage du cancer de la prostate pose de grandes questions en médecine générale, où le positionnement du médecin généraliste est difficile entre patients et urologues, aucune étude ne semble reprendre et établir un état des lieux de ce qui est actuellement pratiqué par les médecins généralistes et de ce que connaissent les patients de médecine générale.

L'AFU ( Association française d'Urologie ) a décidé de mettre en œuvre une campagne d'information et de recommander le dépistage du cancer de la prostate. A l'inverse l'ANAES quant à elle a conclu en septembre 2004 : « qu'il n'est pas démontré à ce jour que la mise en œuvre d'un dépistage systématique du cancer de la prostate soit associé à un bénéfice significatif en terme de réduction de la mortalité globale » et par conséquent ne le recommande pas de manière systématique

Il nous semble donc intéressant de faire un état des lieux des pratiques actuelles des médecins généralistes, et des connaissances des patients consultants en médecine générale. Cette étude se situe donc dans le cadre d'une thèse de médecine générale sous la direction et la présidence des Dr Rigaud et Pr Bouchot , urologues au CHU Nantes.

Ce questionnaire avec un volet médecin et cinq volets patients, est donc adressé à tous les médecins généralistes de Loire Atlantique. Si vous le voulez bien il doit être réalisé sur vos **5 prochains patients consécutifs**, pour éviter les biais de sélection, de sexe masculin âgés de plus de 50 ans, que vous verrez ces jours-ci en consultation.

En espérant que cette étude d'évaluation vous intéressera et que vous accepterez d'y participer. Dans l'attente de pouvoir vous retourner les résultats de cette étude (par e-mail si possible), veuillez Madame, Monsieur, agréer mes sincères salutations distinguées.

## **VOLET MEDECIN**

NOM :

VILLE : Plus ou moins de 5000 habitants

E-mail :

**1 Pratiquez-vous un dépistage individuel du cancer de la prostate ?**

OUI

NON

**2 A partir de quel âge dépistez-vous les patients et jusqu'à quel âge ?**

**3 Comment le faites-vous ?**

**4 Quel est la fréquence des dépistages réalisés ?**

**5 Quel est votre attitude si vos examens ( clinique et complémentaires )  
évoquent un cancer de la prostate ?**

**6 Quels sont les différentes informations que vous donnez si le cancer semble  
localisé à la prostate ?**

**7 Quels sont les différentes informations que vous donnez si le cancer de la  
prostate semble métastatique ?**

## VOLET PATIENT

NOM : ( facultatif )

AGE :

Profession en période d'activité : ( entourer ce qui convient ) :

Agriculteur / Ouvrier / Artisan commerçant / Chef d'entreprise / Profession libérale /

Cadre / Employé /

Activité actuelle : ( entourer ce qui convient ) :

En activité / Retraité / Sans emploi /

**Avez vous entendu parler d'un dépistage du cancer de la prostate ?**

OUI

NON

**Comment en avez vous entendu parler ?**

Par -votre Médecin

-Média

-Ami

-Autre :

**A partir de quel âge conseille-t-on un dépistage et jusqu'à quel âge ?**

**Quels signes doivent vous faire consulter ?**

**Quel est le principe de réalisation de ce dépistage ?**

Examen clinique (examen de la prostate) : OUI NON

Si Oui, le(s)quel(s) ?

Examen biologique ( prise de sang ) : OUI NON

Si Oui, le(s)quel(s) ?

Examen radiologie : OUI NON

Si Oui, le(s)quel(s) ?

Autres : OUI NON

Si Oui, le(s)quel(s) ?

**A quelle fréquence réalise-t-on ce dépistage ?**

\_\_\_\_\_ MOIS

**Connaissez-vous les différents traitements possibles du cancer de la prostate ?**

NON

OUI

Si Oui, le(s)quel(s) ?



# **BIBLIOGRAPHIE**

1) S.R. POTTER, W. HORNIGER, G. BARTSCH, A.W.  
PARTIN

L'âge, l'antigène spécifique de prostate et le toucher rectal  
comme facteurs de probabilité d'avoir un cancer

Urology, 2001, 57, 1100-1104.

2) W.J. CATALONA

Prostate cancer screening - Clinical prostate Cancer Program,  
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer center, Freiberg school  
of medecine, Northwestern University, Chicago, Illinois, USA.

2004 BJU International, 964.

3) THOMSON IM., PAULER DK., GOODMAN PJ., et Al.

Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-  
specific antigen level < 4 ng/ml

N. Engl. J. Med 2004; 350, 2239-46.

4) FINNE P., ZHANG WM., AUVINEN A., LEINONEN J

Utilisation du complexe PSA- inhibiteur de l'alpha I  
protéase pour le dépistage de cancer prostatique

J. Urology, 2000, 164, 1956-1960.

5) Me DUHAMEL L.

Faut il doser le PSA et dépister le cancer de la prostate ?

Thèse de médecine générale Me DUHAMEL L.

Octobre 2002. Université de Rouen. France. 29-72.

6) IPSTEG : Rationale for randomized trials of prostate cancer screening. The International Prostate Screening trial Evaluation Group.

Eur. J . Cancer, 1999, 35, 262-271

7) LABRIE E., CANDAS B ., DUPONT A., CUSAN L.,  
GOMEZ J.L., SUBURU R.E., DUMOND P., LEVEQUE J.,  
BELLANGER A .,

Screening decreases prostate cancer death : first analysis of the  
1988 Quebec prospective randomized controlled trial

Prostate, 1999,38,83-91

8) BARTHSCH G., HORNIGER W., KLOCKER H.,  
REISSIGL A., OBERAIGNER W., SCHONITZER D.,  
SEVERI G., ROBERTSON C., BOYLE P., Tyrol Prostate

Cancer Screening Group: Prostate cancer mortality after introduction of prostate-specific antigen mass screening in the federal state of Tyrol, Austria.

Urology, 2001, 58, 417-424

9) SOULIE M., REBILLERD X., VILLERS A.. Dépistage du cancer de prostate.

Progrès en Urologie, 2003, 13, 1272-1275.

10) SOULIE M., BARRE C., BEUZEBOC P., CHAUTARD D., CORNUD F., ESCHWEGE P., FONTAINE E., MOLINE V., MOREAU J.L., PENEAU M., RAVERY V., REBILLARD X., RICHAUD P., RUFFION A., SALOMON L., STAERMAN F., VILLIERS A.

Dépistage du cancer de la prostate : quelles nouveautés depuis 2 ans ?

Progrès en Urologie, Nov. 2004, 919-920.

11) DRAISMA G., BOER R., OTTO S.J., VAN DER CRUIJSEN I.W., DAMHUIS R.A., SCHODER F.H., DE KONING H.J.: Lead times and overdetction due to

prostate-specific antigen screening: estimates from the European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer.

J.N.C.I.,2003, 18, 95, 868-878.

- 12) TORNBLOM M., ERIKSSON H., FRANZEN S., GUSTAFSSON O., LILJA H., NORMING U., HUGOSSON J.: Leadtime associated with screening for prostate cancer

Int. J. Cancer, 2004, 108, 122-129.

- 13) HANKEY B.F., FEUER E.J., CLEEG L., HAYES R.B., LEGLER J.M., PROROK P.C., RIES L.A., MERILL R.M., KAPLAN R.S.:

Cancer surveillance series: interpreting trends in prostate cancer- Part I : Evidence of the effects of screening in recent prostate cancer incidence, mortality, and survival rates.

J.Natl. Cancer Inst., 1999, 91, 1017-1024.

- 14) O'ROURKE ME, GERMINO BB. Prostate cancer treatment decisions: a focus group exploration.

Oncol Nurs Forum 1998; 25 ( 1 ) : 97-104.

**15)** STEGINGA SK, OCCHIPINTI S, GERDINER RA,  
YAXLEY J, HEATHCOTE P.

Making decisions about treatment for localized prostate cancer .

Br J Urol Int 2002; 89 ( 3 ); 255 -60

**16)** ANAES 1998

Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'Antigène spécifique de la prostate

Dr B. CUZIN, Dr H. MAISONNEUVE, Me F. THORAL, Me S. CHARVET PRETAT, PR O. HAILLOT , PR F.RICHERD, PR P. SCHAFFER.

**17)** ANAES / Service Evaluation Technologique / MAI 1998.

DRAHI E., EMERIAUD, HAILLOT O., LASNE Y., LEBRUN T., RICHARD F., RICHAUD P., RUFFIE A., SCHAFFER P., SOULIE M., VILLIERS A.

P. 107-110.

**18)** REBILLARD X., VILLIERS A., RUFFION A.,  
BEUZEBOC P., SOULIE A., RICHAUD P., BARRE B.,  
ESCHWEGE P., FONTAINE E., MOLINIE V., MOREAU  
J.L., PENEAU M., RAVERY V., STAERMAN F.

Progrès en Urologie

Comité de Cancérologie de l'Association Française  
d'Urologie / Recommandation 2002

Novembre 2002, p 29-67.

**19)** VILLIERS A., CHAUTARD D. :

PSA libre : l'utilisation en routine est prématurée pour le  
dépistage du cancer de prostate.

Progrès Urol 2000 ; 10 : 618-621

**20)** ANAES / Service des recommandations professionnelles

Service évaluation économique

Recommandations pour la pratique clinique

Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation  
d'un dépistage individuel du cancer de la prostate / Document à  
l'usage des professionnels de santé / Septembre 2004.

**21) RIGAUD J., BOUCHOT O.**

Antigène spécifique de la Prostate et diagnostic des cancers  
prostatiques

La Revue du Praticien , 2003, 53.

**22) ZERBIB M., CONQUY S.**

La Prostate

Collection conduites.

**23) VINCENDEAU S., ABI MOUSSA M., MANUNTA A.,  
PATARD JJ.,**

PSA : Le difficile positionnement du médecin généraliste entre  
patients et urologues .

Service d'Urologie, CHU Pontchaillou, Rennes

Progrès en Urologie 2003, 13, 252-255.

