

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prescription du PSA chez les patients asymptomatiques de plus de 50 ans
par les médecins généralistes.**

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2024 à 14h
au Pôle Formation
par **Marine MARTIN**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseurs :

Madame le Docteur Aline CROENNE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Marc BAYEN

TABLE DES MATIERES

Table des matières	1
Listes des abréviations	3
Introduction	4
I. Généralités :.....	4
A. Dépistage	4
B. Le cancer de la prostate.....	5
C. Le « Prostate Specific Antigen » ou PSA	6
II. Etat des recommandations en 2024	7
A. Haute Autorité de Santé	7
B. Collège de la Médecine Générale et Collège National des Généralistes Enseignants.....	7
C. Association Française d’Urologie.....	7
D. Recommandations à l’étranger.....	8
III. Prescriptions du PSA en France	8
IV. Justification et Objectifs de l’étude	9
Matériels et Méthodes	10
I. Type d’étude	10
II. Population étudiée.....	10
A. Critères d’inclusion	10
B. Critères d’exclusion.....	10
III. Questionnaire	10
IV. Cadre réglementaire	11
V. Recueil de données.....	11
VI. Analyses statistiques.....	11
Résultats	12
I. Diagramme de flux.....	12
II. Caractéristiques des participants.....	13
III. Prescription du PSA.....	15
A. Prescription du PSA en fonction de la situation clinique	15

B.	Information du patient	15
IV.	Motivations des Médecins.....	16
A.	Chez les prescripteurs.....	16
B.	Chez les non prescripteurs.....	17
V.	Remarques des Participants	18
A.	Concernant leurs habitudes de prescription	18
B.	Concernant l'information données aux patients	18
C.	Concernant leurs motivations à la prescription ou à la non-prescription	18
VI.	Statistiques analytiques	20
A.	Prescription du dépistage par PSA en fonction des caractéristiques démographiques	20
B.	Analyse des motivations des médecins prescripteurs	21
C.	Analyse des motivations des médecins non-prescripteurs	23
	Discussion.....	24
I.	Résultats principaux.....	24
A.	Recommandations, Absence de consensus et Etat des données de la science	24
B.	Présence de facteurs de risque, Peur du cancer asymptomatique, Risque médico-légal et Expérience professionnelle.....	26
C.	Demande du patient et Demande des urologues.....	28
D.	Coût du dépistage	29
E.	Maîtres de stages et Enseignants Universitaires de médecine Générale.....	30
II.	Résultats secondaires	30
III.	Forces et faiblesses de l'étude	31
A.	Limites de l'étude.....	31
B.	Forces de l'étude.....	32
IV.	Perspectives et Conclusion	32
	Bibliographie	34
	Annexes.....	39

LISTES DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ECR : Essai clinique randomisé

CaP : Cancer de la Prostate

PSA : Antigène Prostatique Spécifique

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CMG : Collège de la Médecine Générale

AFU : Association Française d'Urologie

DPO : Délégué à la Protection des Données

MSU : Maître de stage Universitaire

DU : Diplôme Universitaires

EBM : Evidence Based Medecine

INTRODUCTION

I. GENERALITES :

A. Dépistage

1) *Qu'est-ce qu'un « bon » dépistage ?*

La prévention secondaire, définie par l'OMS en 1948, vise à réduire la prévalence d'une maladie dans une population. Le dépistage est au cœur de cette prévention secondaire en permettant une détection précoce de la maladie ou de la présence d'un facteur de risque.

L'objectif d'un test de dépistage est d'estimer la probabilité d'une maladie [1], à la différence d'un test diagnostique.

L'OMS [1] a énuméré dix principes pour une « bonne » procédure de dépistage, qui sont les suivants :

- Une importance de santé publique
- Un traitement éprouvé
- Des moyens de diagnostic et de traitement disponibles
- Une détection en phase latente
- Un test adapté et efficace
- Un test acceptable pour la population
- Une connaissance de l'histoire naturelle de la maladie
- Un accord sur les sujets à traiter
- Un coût proportionné
- Une continuité dans la recherche des cas.

Il existe actuellement en France trois dépistages organisés : celui du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus plus récemment en 2018 [2].

L'évaluation d'un dépistage doit englober l'ensemble de la procédure [3,4] : du test de dépistage à la mesure des conséquences en termes de survie, de qualité de vie, de risque pour le patient, sans en oublier le coût. La méthode d'évaluation la plus rigoureuse et fiable est l'essai clinique randomisé (ECR).

2) *Problématiques soulevées par le dépistage*

Plusieurs problématiques peuvent être soulevées lorsqu'il s'agit de dépistage. [3,5,6]. Ne seront considérées dans cette partie que celles entraînant des conséquences directes pour le patient, écartant d'autres biais statistiques.

(a) Limites du test : Faux positifs et Faux négatifs

Les faux positifs peuvent entraîner une anxiété chez le patient, avec des tests complémentaires présentant régulièrement des effets secondaires. Les faux négatifs conduisent à une fausse réassurance, entraînant une négligence des premiers symptômes futurs.

(b) Surdiagnostic

Le dépistage peut diagnostiquer des maladies qui n'auraient pas affecté la personne de son vivant, la probabilité est d'autant plus grande chez les groupes à faible risque [7].

(c) Avance au diagnostic

L'objectif du dépistage est d'avancer le diagnostic, néanmoins une avance au diagnostic ne garantit pas une amélioration de la qualité de vie ou de la survie du patient. Il est « étiqueté » malade plus longtemps, subissant les conséquences (anxiété, traitements...) sans forcément en bénéficier.

(d) Surtraitement

Résultant des deux points précédents, le surtraitement consiste à traiter une pathologie potentiellement non cliniquement significative, notamment dans le cas des cancers, avec des thérapeutiques toxiques et invasives

B. Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate (CaP) est le cancer le plus fréquent chez l'homme en France avec 59 885 nouveaux cas en 2018 [8], soit 25% des cancers masculins. Il s'agit cependant du cancer avec le meilleur pronostic en France avec un taux de survie à 5 ans de 93% et à 10 ans de 80%. On compte 8100 décès en 2018 (3^e cause de décès par cancer chez l'homme). L'âge médian au diagnostic est de 69 ans et celui au moment du décès de 83 ans. Plus de trois quarts des décès surviennent après 75 ans.

Son histoire naturelle [9], est marquée par une évolution souvent lente et majoritairement indolente. La nature du cancer (différencié à faible risque ou indifférencié) exerce une influence majeure sur l'histoire de la maladie [10]. De ce fait, les patients (souvent âgé) atteints d'un cancer de la prostate à faible risque ont plus de probabilité de décéder d'une autre cause que de ce dernier.

Les facteurs de risques [11,12] reconnus du cancer de la prostate sont les suivants : l'âge, les antécédents familiaux de cancer de la prostate, l'origine ethnique (dont africaine et caribéenne), l'obésité ou embonpoint, la grande taille à l'âge adulte, des mutations génétiques héréditaires (BRCA2) et l'exposition à certains composés chimiques (chlordécone notamment). D'autres facteurs sont suspectés d'être des facteurs de risques mais sans preuve formelle à l'heure actuelle. En revanche il a été montré que l'hypertrophie bénigne de prostate ne constitue pas un facteur de risque de CaP.

Le diagnostic du cancer de la prostate repose sur la réalisation de biopsies prostatiques. Depuis 2020, l'IRM est largement utilisée et est désormais recommandée systématiquement avant biopsie, elle permet de mieux identifier les cancers de la prostate significatifs et de guider les biopsies si justifiées.

Les options thérapeutiques sont multiples, elles sont adaptées individuellement au patient et au stade du cancer : Abstention-surveillance, Surveillance active, Prostatectomie totale, Radiothérapie (externe ou curiethérapie), Suppression Androgénique et hormonothérapie, Chimiothérapie.

C. Le « Prostate Specific Antigen » ou PSA

L'Antigène Prostatique Spécifique (PSA), découvert en 1970 [9], est une protéine circulante produite par la prostate. Il est utilisé depuis les années 90 comme marqueur pour la détection du cancer de la prostate, la valeur du PSA total étant corrélée avec le risque de cancer.

Le PSA est caractéristique de l'épithélium prostatique. Il présente des variations intra-individuelles importantes [11] : rétention aigue d'urine, prostatite, sondage, biopsie ou toute manipulation à proximité de la prostate peuvent en augmenter le dosage. Une valeur de PSA doit être confirmée après un délai minimum d'une à deux semaines. A noter que le PSA est également sécrété dans l'hypertrophie bénigne de prostate.

A l'heure actuelle, il n'y a pas de consensus sur une valeur du PSA seuil, un dosage de 3 ou 4 ng/ml est souvent cité et utilisé dans les recommandations et études. Au seuil de 4 ng/ml [13,14] la spécificité du dosage du PSA pour le diagnostic précoce du CaP est comprise entre 20% et 75%, sa sensibilité est de l'ordre de 90%, sa valeur prédictive négative est de 90% et sa valeur prédictive positive de 30%.

Le suivi de la cinétique du PSA a beaucoup été proposé pour la détection précoce du CaP. En effet la cinétique du PSA diffère entre le CaP et l'hypertrophie bénigne de prostate [15,16]. Deux méthodes de mesure de la cinétique du PSA sont disponibles : la vitesse du PSA et le temps de doublement du PSA. Cependant si l'utilisation de la cinétique du PSA a montré un intérêt dans le pronostic de survie après prostatectomie totale ou radiothérapie, l'utilisation de la cinétique du PSA dans le cadre du diagnostic n'est pas supérieure au PSA total seul [13].

II. ÉTAT DES RECOMMANDATIONS EN 2024

A. Haute Autorité de Santé

En 2012, la Haute Autorité de Santé (HAS) [17] considérait que les connaissances actuelles ne permettaient pas de recommander un dépistage systématique du CaP par dosage du PSA en population générale et chez les populations considérées comme plus à risque de cancer de la prostate. La HAS insistait « sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate ». Cette recommandation est toujours en vigueur actuellement.

B. Collège de la Médecine Générale et Collège National des Généralistes Enseignants

En 2011, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et le Collège de la Médecine Générale (CMG) s'accordaient à dire qu'il n'y a pas d'argument pour recommander un dépistage systématique du cancer de la prostate par le toucher rectal et/ou le dosage du PSA et que toute démarche de dosage du PSA pour dépistage du CaP doit s'accompagner d'une information éclairée.

En lien avec l'Assurance Maladie et l'Institut National du Cancer, le Collège de la médecine Générale a publié en mars 2016 un document à l'intention des médecins généralistes confirmant cette position. [18]

C. Association Française d'Urologie

L'Association Française d'Urologie [11] (AFU) propose des recommandations ambiguës. En effet, l'absence de données interprétables sur les conséquences du dépistage sur la qualité de vie des patients amène les urologues à ne pas recommander de dépistage en population générale. Cependant ils préconisent une « détection précoce des cancers de la prostate à haut risque » chez les hommes ayant une probabilité de survie de minimum 10 ans après information loyale sur la détection, le diagnostic et les modalités thérapeutiques possibles. Cette détection précoce doit selon l'AFU être initiée à 50 ans, voire plus précocement selon le profil de risque du patient et la fréquence de détection recommandée est de 2 à 4 ans. La démarche de détection telle que décrite par l'AFU repose sur la recherche de facteurs de risques, le toucher rectal et la mesure du PSA, à la suite de cela une évaluation du risque cancer significatif est réalisée et guide les étapes suivantes de la prise en charge.

D. Recommandations à l'étranger

Une étude a été réalisée en 2018 par Ebell et al. [19] comparant les diverses recommandations de dépistage des cancers dans plusieurs pays.

Concernant le dépistage du cancer de la prostate, seuls l'Allemagne et l'Autriche recommandaient le dépistage du cancer de la prostate (PSA associé au toucher rectal en Autriche contre toucher rectal annuel seul en Allemagne).

Au contraire parmi les pays étudiés, huit déconseillaient le dépistage par dosage du PSA (France, USA, Suède, Canada, Australie, Royaume Uni, Nouvelle Zélande et Espagne).

Pour le reste des pays ne déconseillant pas le dépistage, on retrouvait en grande majorité une absence de dépistage organisé mais une proposition de consultation et d'évaluation individuelle avec le médecin généraliste.

III. PRESCRIPTIONS DU PSA EN FRANCE

Les données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie [20] montrent que le dosage du PSA reste encore largement prescrit en France avec 70% des hommes de 50 à 69 ans (90% chez les 65-79 ans) ayant au moins un dosage du PSA entre 2013 et 2015.

Les enquêtes EDIFICE [21,22] révèlent une forte augmentation du taux déclaré de dépistage du CaP entre 2005 et 2008 (36 à 49%), suivi d'une stabilisation jusqu'en 2014, une diminution est observée en 2016 (42%) notamment chez les catégories socialement favorisées et les plus jeunes (50-54 ans).

Une étude réalisée à partir des données de l'Echantillon généraliste des bénéficiaires [23] montre que plus de 95% des primo-prescriptions de PSA chez les hommes de 50 à 52 ans entre 2011 et 2017 sont faites par le médecin généraliste, avec une tendance à la diminution de la prescription entre ces dates.

En 2019, 84% des médecins généralistes du Colloque de Deauville [24] (regroupant les régions Normandie, Centre de Val de Loire et Hauts de France) déclaraient proposer un dépistage par PSA à partir de 50 ans dans le cadre d'une information préalable avec décision partagée.

IV. JUSTIFICATION ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA soulève des enjeux complexes et alimente le débat depuis de nombreuses années. Il n'y a pas de consensus, que ce soit au niveau national ou international. Malgré les recommandations de la HAS et des sociétés savantes de médecine générale, les médecins généralistes français continuent de prescrire largement le dosage du PSA pour dépister le CaP chez l'homme de plus de 50 ans asymptomatique.

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les motivations des médecins généralistes du Nord Pas de Calais à prescrire un dosage du PSA pour le dépistage du cancer de la prostate chez l'homme asymptomatique de plus de 50 ans. L'objectif secondaire de cette étude était de réaliser un état des lieux des pratiques de dosage du PSA dans cette indication dans le Nord Pas de Calais en Médecine Générale en 2024.

MATERIELS ET METHODES

I. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive transversale par questionnaire en ligne, réalisée du 18/02/2024 au 10/03/2024 auprès d'environ 900 médecins généralistes du Nord Pas de Calais.

II. POPULATION ETUDIEE

A. Critères d'inclusion

La population cible de l'étude était l'ensemble des médecins généralistes (installés ou remplaçants) du Nord et du Pas de Calais ayant une activité en cabinet de médecine générale.

B. Critères d'exclusion

Le seul critère d'exclusion était l'absence d'activité ambulatoire en cabinet de médecine générale.

III. QUESTIONNAIRE

Un questionnaire a été élaboré [Annexe 1] selon un plan en 3 parties afin de répondre aux objectifs de l'étude. Il s'agissait d'un auto-questionnaire comprenant 10 questions majoritairement à réponses fermées sous forme de questions à choix multiples ou d'échelles de Likert.

La première partie du questionnaire visait à évaluer les habitudes de prescription d'un dosage du PSA pour le dépistage du cancer de la prostate chez l'homme de plus de 50 ans asymptomatique (sur le plan urinaire) par les médecins généralistes. Selon leurs réponses à ces questions, les médecins étaient divisés en 2 groupes "Prescripteur" ou "Non Prescripteur" (détail dans le paragraphe Analyse Statistique).

La deuxième partie visait à questionner les motivations à la prescription ou à la non-prescription (selon le groupe attribué à la première partie) du dosage du PSA avec un choix de propositions et des réponses par échelle de Likert (Tout à fait d'accord / D'accord / Sans Opinion / Pas d'accord / Pas du tout d'accord). Ces propositions ont été élaborées à partir d'une recherche bibliographique réalisée en amont [25–30].

La troisième partie du questionnaire permettait de récolter les caractéristiques des participants.

IV. CADRE REGLEMENTAIRE

Les données ont été recueillies et exploitées de manière anonyme en conformité avec la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978. Une déclaration a été faite au délégué à la protection des données (DPO) de l'université de Lille qui a validé la recherche avec exonération de déclaration relative au règlement général sur la protection des données [Annexe 2]. S'agissant d'une étude purement observationnelle, aucune demande n'a été soumise au comité de protection des personnes.

V. RECUEIL DE DONNEES

Le questionnaire a été élaboré sur la plateforme LimeSurvey®, permettant un recueil des données anonymisé. Le lien du questionnaire a été diffusé par envoi de mail et publication sur des groupes de réseaux sociaux ciblant les médecins généralistes locaux.

VI. ANALYSES STATISTIQUES

Les réponses au questionnaire n'étant pas jugées exploitables car insuffisamment complètes et ne répondant pas à l'objectif principal (absence de réponse à la partie 1 ou 2) ont été exclues de l'étude.

L'ensemble des données a été extrait de LimeSurvey® vers le logiciel Excel®. L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel Jamovi®. Les variables qualitatives ou binaires sont exprimées en effectif et pourcentage. Les analyses bivariées ont été réalisées en utilisant le test du Khi^2 (ou le test exact de Fisher lorsque les conditions d'application du Khi^2 n'étaient pas respectées) avec un seuil de significativité à 5% [31].

Dans la première partie, lorsque les réponses aux échelles de Likert étaient "Jamais" ou "Rarement" elles étaient codées en "Non Prescripteur", lorsque les réponses aux échelles de Likert étaient "Souvent" ou "Toujours" elles étaient codées en "Prescripteur". Les médecins étant classé « Non Prescripteur » au 4 premiers items de la question 1 étaient questionnés sur leurs motivations à la non-prescription du PSA, tandis que ceux qui étaient prescripteur dans l'un de ces items étaient interrogés sur leurs motivations à la prescription.

Dans la deuxième partie une première analyse statistique a évalué les pourcentages d'approbation de chaque proposition. Dans un second temps pour faciliter l'analyse multivariée les réponses "Tout à fait d'accord" et "D'accord" étaient codées en "Oui", les réponses "Pas d'accord" et "Pas du tout d'accord" étaient codées en "Non", et les réponses "Sans Opinion" étaient classées en « Neutre ».

RESULTATS

I. DIAGRAMME DE FLUX

Le diagramme de flux est présente en Figure 1. La population des médecins généralistes du Nord Pas de Calais a été estimée à environ 3500 individus [32]. Le lien du questionnaire a été envoyé par mail à environ 400 médecins , principalement des maîtres de stages (MSU). Il a également été diffusé via des groupes de réseaux sociaux, le nombre de médecins touchés sur les réseaux est estimé à environ 500.

217 réponses ont été obtenues, parmi celles-ci 7 questionnaires présentaient des réponses partielles mais permettant de répondre à l'objectif principal, ces réponses ont été incluses dans l'analyse. Au contraire, 57 réponses ont été exclues dont 49 réponses vierges et 8 questionnaires incomplets ne permettant pas de répondre à l'objectif principal.

Le taux de réponse était d'environ 18%.

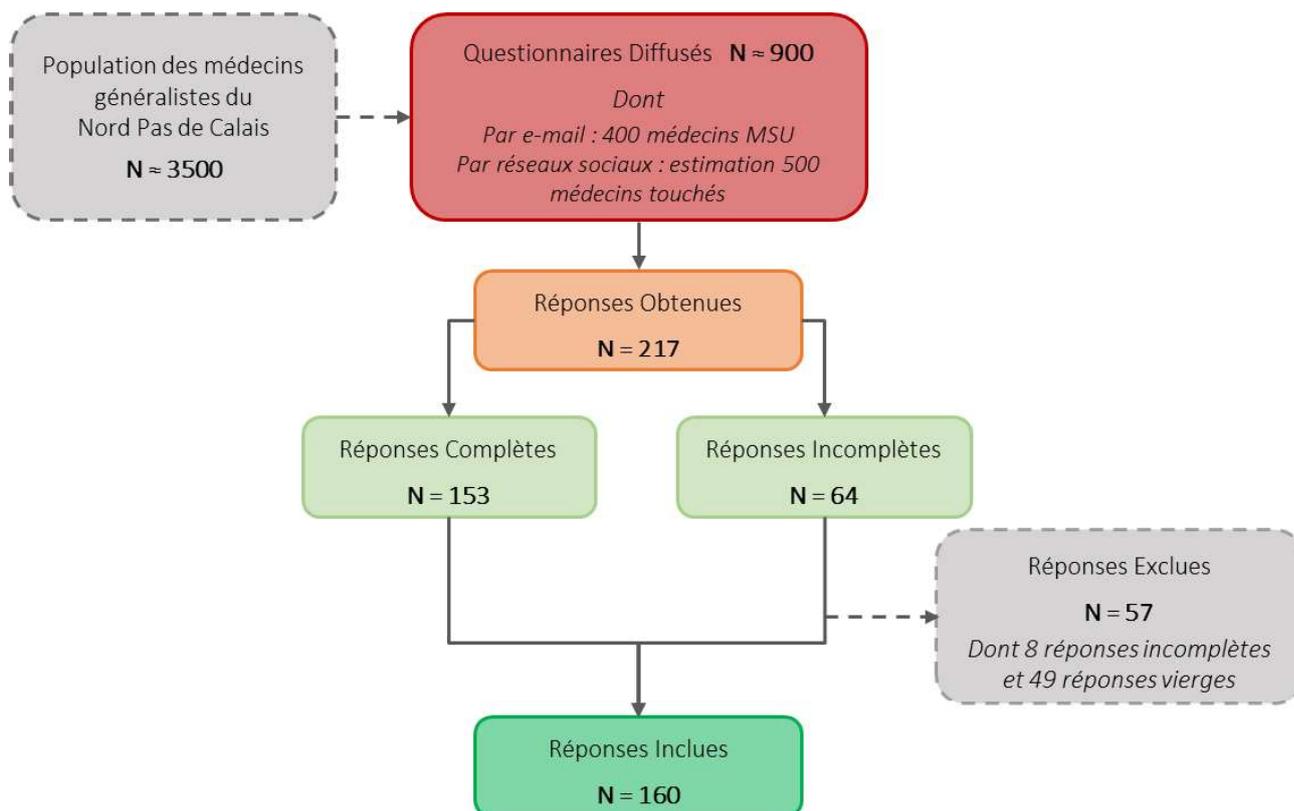


Figure 1 : Diagramme de Flux

II. CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

Les caractéristiques des participants sont détaillées dans le Tableau 1. Il y avait 7 participants pour lesquels des données étaient manquantes. (n=)

Le ratio femme/homme était équilibré avec 75 femmes et 77 hommes ayant répondu au questionnaire, un(e) participant(e) n'a pas souhaité se prononcer sur son genre. 75% des médecins (n=114) participants avaient moins de 45 ans et 86% d'entre eux était médecins installés (n=131).

Il y avait plus de médecins qui exerçaient en milieu urbain (46% (n=70) contre 39% (n=60) en milieu semi-rural et 15% (n=23) en milieu rural).

Concernant les activités annexes et/ou les formations complémentaires :

- 106 médecins étaient maîtres de stage
- 18 médecins étaient enseignants de médecine générale
- 7 médecins avaient une activité mixte (hospitalière, salariat etc...)
- 41 médecins avaient réalisé des formations ou Diplômes universitaires (DU)

Parmi ceux ayant précisé leur réponse on retrouvait :

- 1 DU approfondissement en médecine générale
- 5 DU gynécologie
- 1 tuteur à la faculté
- 1 médecin coordinateur
- 2 DU de gériatrie
- 1 médecin avec activité de psychothérapie et d'homéopathie
- 1 DIU ultrasonique
- 1 DU Pédiatrie
- 1 formation en troubles du neuro développement
- 1 DU Médecine du sport

<i>Caractéristiques</i>	<i>Effectif (Pourcentage)</i>
Données Manquantes	7 (4,3)
Âge	
25 – 35	55 (35,9)
36 – 45	59 (38,6)
46 – 55	22 (14,4)
> 55	17 (11,1)
Genre	
Femme	75 (49)
Homme	77 (50,3)
Ne se prononce pas	1 (0,7)
Activité	
Médecin installé	131 (85,6)
Médecin Remplaçant	22 (14,4)
Secteur d'Activité	
Rural	23 (15)
Semi-Rural	60 (39,2)
Urbain	70 (45,8)
Activités complémentaires et Formations	
Maître de stage	106 (66,3)
Enseignant Universitaire de Médecine Générale	18 (11,3)
Activité Mixte	7 (4,4)
DU / Formations	41 (25,6)

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins participants

III. PRESCRIPTION DU PSA

A. Prescription du PSA en fonction de la situation clinique

Les tendances de prescription du PSA pour dépister le CaP chez l'homme asymptomatique de plus de 50 ans variaient en fonction de la situation clinique, les résultats sont présentés sur la Figure 2.

L'absence de facteur de risque amenait 44% (n=70) des médecins à prescrire un dosage du PSA. La présence d'antécédents familiaux est le facteur de risque qui incitait le plus à la prescription du PSA (67,5% (n=108)). L'origine ethnique et l'âge supérieur à 70 ans impliquaient moins de prescriptions du PSA (respectivement 57,5% (n=92) et 35%(n=56)). Une majorité (67%, n=107) des répondants réalisait le dosage du PSA à la demande du patient asymptomatique.

Selon les critères définis a priori, 120 médecins (75%) ont été classés comme « Prescripteurs » et 40 (25%) en « Non prescripteurs ».

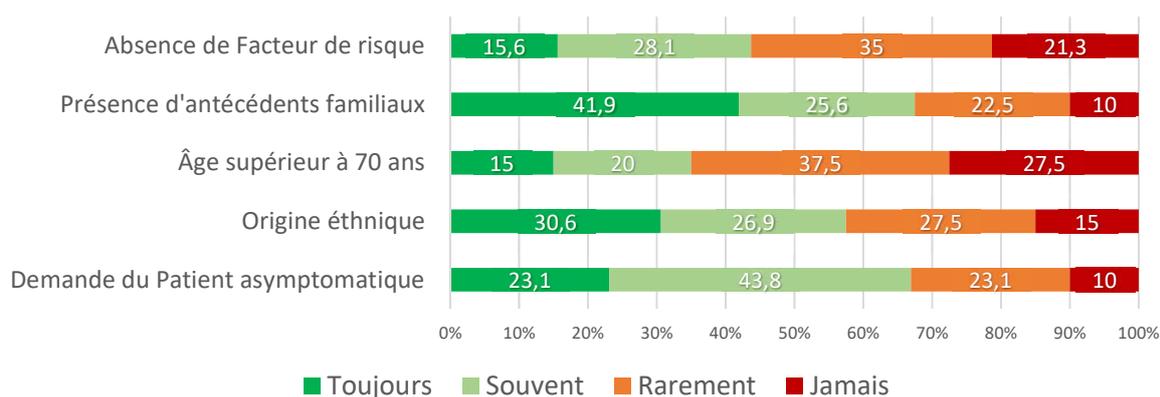


Figure 2 Prescription du PSA en fonction de la situation clinique

B. Information du patient

Parmi les répondants, 100 médecins (62,5%) déclaraient toujours réaliser une information sur le dépistage du CaP, 49 (30,6%) le faisaient souvent. Neuf médecins (5,6%) déclaraient ne le faire que rarement et seuls deux (1,3%) ne donnaient jamais d'information sur le dépistage.

Lorsqu'une information était donnée au patient, il s'agissait d'une information orale dans la quasi-totalité des cas (98%, n=157), 12 médecins (7,5%) fournissaient une information papier, parmi eux 11 l'associaient à l'information orale et un seul ne fournissait qu'une information papier. Un médecin a déclaré utiliser la revue « Exercer » pour informer ses patients, un autre s'appuyait sur les sites internet de l'AFU et de la HAS et un troisième utilisait un outil d'aide à la décision partagée. Concernant l'information orale donnée, l'un des répondants a détaillé sa réponse en expliquant communiquer une information sur le surdiagnostic et utiliser une comparaison avec le dépistage par mammographie.

IV. MOTIVATIONS DES MEDECINS

A. Chez les prescripteurs

Chez les médecins classés « Prescripteurs », à la question « Quelles sont vos motivations à la prescription du PSA chez l'homme asymptomatique de plus de 50 ans ? », dont les résultats sont présentés en Figure 3, les propositions suivantes ont reçu le plus d'approbation :

- La présence de facteurs de risque avec 84% (n=99) de « Tout à fait d'accord » et « D'accord »
- 80% (n=95) des médecins étaient motivés par la demande du patient
- La demande des urologues était approuvée à 69% (n=81), avec tout de même presque 20% (n=23) des médecins « sans opinion » sur le sujet
- L'expérience professionnelle influençait dans le sens de la prescription 76 (65%) médecins
- L'absence de consensus montrait 61% (n=72) d'accord.

En revanche les propositions suivantes ont reçu des réponses plus nuancées :

- La réalisation de formation n'était pas une motivation pour 77% (n=91) des médecins
- La peur de passer à côté d'un cancer asymptomatique montrait des résultats contrastés avec 52% (n=62) d'approbation et 39% (n=46) de désaccord
- Les recommandations étaient une motivation à la prescription chez 53% (n=63) des participants, 20% (n=23) restaient « Sans opinion » et 27% (n=32) des médecins étaient en désaccord avec cette proposition.
- Le risque médico-légal n'était un facteur de décision que chez 33% (n=39) des médecins, avec 21% (n=25) de médecins « sans opinion » et 45% (n=54) de « Pas d'accord » et « Pas du tout d'accord ».

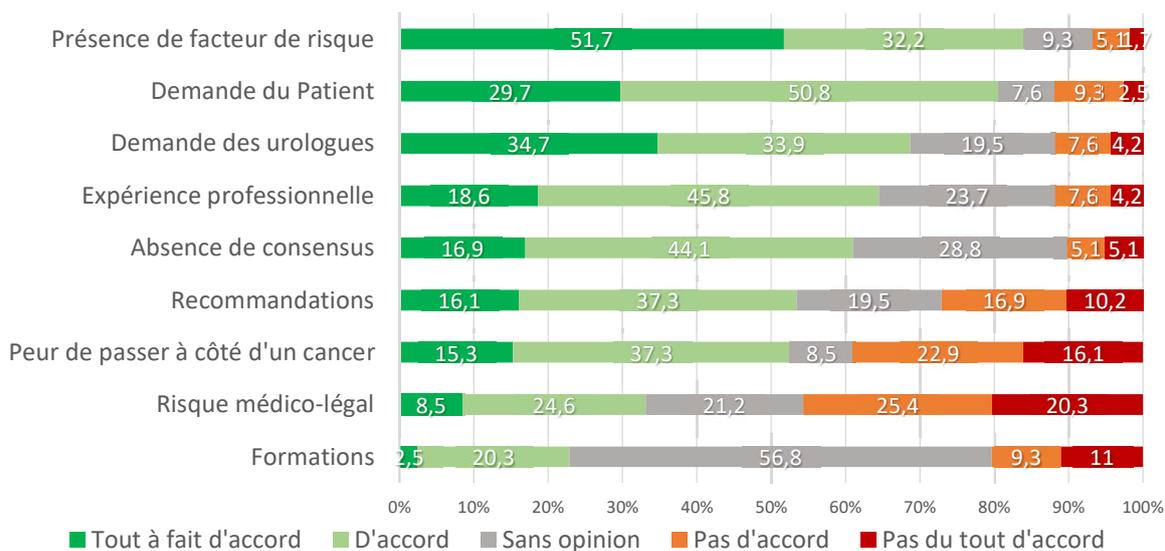


Figure 3 : Motivations à la prescription du PSA

B. Chez les non prescripteurs

Les réponses à la question « Quelles sont vos motivations à la non-prescription du dosage du PSA chez l'homme asymptomatique de plus de 50 ans ? » chez les médecins classés « Non Prescripteur » sont détaillées en Figure 4.

Le risque de surtraitement, le risque de surdiagnostic et l'absence de preuve de bénéfice ont presque fait l'unanimité (respectivement 97,5% (n=39), 92,5% (n=37) et 90% (n=36) d'approbation). L'absence de consensus était également approuvée par 80% (n=32) des médecins non prescripteurs.

Trois propositions montraient des résultats plus hétérogènes. Il s'agissait des recommandations, du refus du patient et du manque de fiabilité du dosage, avec des approbations aux alentours de 55% (respectivement n=23, n=22, n= 21) et un désaccord de 25 à 33% pour chacune (n=10, n=10 et n= 13).

Le coût financier du dépistage n'était une motivation à la non-prescription que pour environ un tiers des répondants, 25% (n=10) restant sans opinion sur le sujet tandis que 40% (n=16) n'étaient pas d'accord voire pas du tout d'accord.

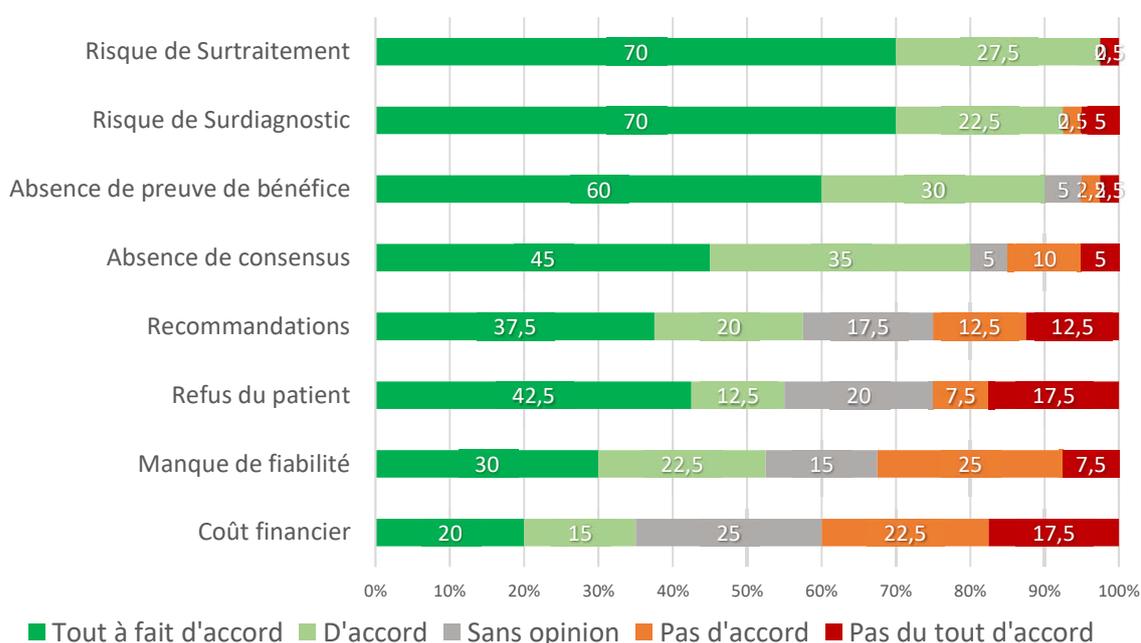


Figure 4 : Motivations à la non-prescription du PSA

V. REMARQUES DES PARTICIPANTS

Plusieurs médecins répondants au questionnaire ont souhaité ajouter des commentaires en précisant ainsi leurs motivations ou modalités de prescription. Les remarques complètes sont à retrouver en Annexe 3.

A. Concernant leurs habitudes de prescription

R59 : « La conduite à tenir est délicate , en cas d'antécédents familiaux ou de demande du patient j'essaie sur 2 dosages d'estimer la célérité de progression des PSA. Si faible, j'en discute pour arrêter. Si l'augmentation est forte (IRM prostatique+ avis urologue) »

R73 : « Je propose le PSA à tous mes patients de plus de 50 ans même asymptomatiques 1 fois par an ou tous les 3 ans si le premier PSA est très faible entre 0,1 et 0,9 sauf antécédent familial »

B. Concernant l'information données aux patients

R66 : « je leur explique toujours que les conséquences du dosage ne sont pas anodines et qu'il faut les accepter sans quoi on ne le dose pas. »

R67 : « L'information est fréquente mais j'ai mis "rarement" parce que "rarement" de qualité optimale. »

C. Concernant leurs motivations à la prescription ou à la non-prescription

1) Demande des patients

R6 : « La pression des patients est forte et leur peur l'emporte souvent sur le raisonnement scientifique »

R67 : « Les patients qui veulent un PSA ont parfois des déterminants extrinsèques (parce que leur frère, beau-frère, voisin... a eu un cancer de prostate) ne sont pas forcément sensibles à l'exposition du risque si jamais on trouve un cancer. »

2) *Demande des urologues*

R72 : « Les médecins généralistes s'opposent aux urologues sur ce point mais compliqué de dire « on ne fait pas de PSA car pas d'incidence sur la morbi-mortalité » alors que les urologues ne voient la pathologie prostatique que ou quasi uniquement que par le dosage du PSA »

R115 : « l'intervenant urologue conseillait de faire le PSA aux hommes de plus de 50 ans »

3) *Risque médico-légal*

R66 : « Franchement c'est le risque médico-légal qui me motive de le faire entre 50 et 74 ans tous les 2 ans. »

4) *Expérience professionnelle*

R115 : « patient de 60 ans, suivi pour HTA, contrôle biologique systématique , ajout d'un PSA qui n'avait jamais été dosé auparavant (pas d'antécédents familiaux, asymptomatique, caucasien)... PSA 103... adénocarcinome prostatique métastaté »

R144 : « plusieurs cancers pris en charge assez rapidement via PSA annuel à partir de 50ans. Et moins "invasif" que le toucher rectal en première intention. »

VI. STATISTIQUES ANALYTIQUES

A. Prescription du dépistage par PSA en fonction des caractéristiques démographiques

Les résultats des tests d'indépendance (p-value) sont présentés dans le Tableau 2. Les tableaux de contingence des résultats significatifs sont disponibles en Annexe 4.

Les enseignants de médecine générale et les remplaçants étaient significativement moins classés « Prescripteurs » que leurs confrères (respectivement $p = 0,017$ et $p = 0,016$). Ils prescrivaient également moins de dosages du PSA dans un contexte d'antécédents familiaux que les autres ($p = 0,028$ et $p = 0,018$).

Les médecins classés « Prescripteurs » prescrivaient plus de dépistages par dosage du PSA à la demande du patient ($p < 0,001$), avec 74% ($n=89$) de demandes aboutissant à une prescription contre 45% ($n=18$) chez les non prescripteurs. De même, les femmes accédaient plus à la demande de prescription du PSA de leur patient ($p = 0,021$) que leurs homologues masculins. Au contraire les MSU avaient moins tendance à prescrire le PSA dans ce contexte ($p = 0,013$).

	Statut de Prescripteur	Âge	Genre	Remplaçant ou installé	Secteur d'exercice	Maîtres de stage	Enseignant de MG	Activité mixte	Formations complémentaires
Statut de prescripteur		0,86	0,923	0,016	0,304	0,895	0,017	0,366	0,73
PSA à la demande du patient	< 0,001	0,209	0,021	0,254	0,426	0,013	1	1	0,897
PSA en l'absence de FDR		0,976	0,887	0,247	0,579	0,797	0,161	0,465	0,8
PSA si ATCD familiaux		0,829	0,683	0,018	0,763	0,811	0,028	0,683	0,533
PSA selon origine ethnique		0,169	0,198	0,103	0,372	0,335	0,257	1	0,908
PSA si > 70 ans		0,585	0,646	0,07	0,059	0,88	0,078	1	0,084

Tableau 2 : P-value des tests d'indépendance entre prescription du PSA et caractéristiques des participants

B. Analyse des motivations des médecins prescripteurs

1) Par rapport à leurs caractéristiques démographiques

Les résultats des tests d'indépendance (p-value) entre motivations à la prescription et caractéristiques démographiques sont présentés dans le Tableau 3. Les tableaux de contingence des résultats significatifs sont disponibles en Annexe 4.

Parmi les médecins prescripteurs, en concordance avec l'analyse précédente, les femmes étaient significativement plus motivées par la demande du patient ($p = 0,003$). Les médecins installés se décrivaient plus influencés par leur expérience professionnelle que les remplaçants ($p = 0,019$). Les médecins exerçants en milieu rural étaient moins inquiets du risque médico-légal que leurs homologues ($p = 0,01$). Il y avait un lien entre la motivation « Présence de facteur de risque » et le statut de maître de stage ($p = 0,034$). Enfin les enseignants de médecine générale étaient moins influencés par la demande des urologues ($p = 0,036$) ou par la peur de passer à côté d'un cancer asymptomatique ($p = 0,032$).

	Age	Genre	Remplaçant ou installé	Secteur d'exercice	Maître de stage	Enseignant de MG	Activité Mixte	Formations complémentaires
Présence de facteurs de risque	0,33	0,866	0,157	0,418	0,034	0,457	0,127	0,519
Demande du Patient	0,502	0,003	1	0,835	0,359	0,534	0,102	0,068
Demande des Urologues	0,167	0,238	0,895	0,273	0,277	0,036	0,541	0,523
Peur de passer à côté d'un cancer	0,408	0,666	0,418	0,79	0,171	0,032	1	0,623
Risque Médico-légal	0,97	0,475	0,728	0,01	0,657	0,393	0,816	0,194
Recommandations	0,555	0,228	1	0,089	0,613	0,086	0,168	0,102
Formations	0,119	0,201	0,384	0,307	0,656	0,18	0,496	0,988
Expérience Professionnelle	0,636	0,28	0,019	0,69	0,118	0,516	1	0,636
Absence de Consensus	0,792	0,198	0,16	0,568	0,826	0,15	0,735	0,316

Tableau 3 : P-value des tests d'indépendance entre motivations des prescripteurs et caractéristiques des participants

2) Par rapport à leurs prescriptions du PSA

Les résultats des tests d'indépendance (p-value) entre motivations à la prescription et prescription en fonction de la situation clinique sont présentés dans le Tableau 4. Les tableaux de contingence des résultats significatifs sont disponibles en Annexe 4.

De toute évidence, les médecins motivés par la demande du patient prescrivaient significativement plus de PSA à la demande du patient ($p < 0,001$).

Les médecins motivés par le risque médico-légal prescrivaient plus de PSA que leurs homologues que ce soit en l'absence de facteur de risque ($p = 0,002$), en présence d'antécédents familiaux ($p = 0,018$), selon l'origine ethnique ($p = 0,041$) ou si l'âge était supérieur à 70 ans ($p = 0,01$).

La peur de passer à côté d'un cancer asymptomatique conduisaient les médecins à plus prescrire de PSA en l'absence de facteur de risque ($p < 0,001$), selon l'origine du patient ($p = 0,008$) et si l'âge était supérieur à 70 ans ($p < 0,001$).

La motivation « Expérience professionnelle » amenait à plus prescrire de PSA en l'absence de facteur de risque ($p = 0,004$), si présence d'antécédents familiaux ($p = 0,047$) et si l'âge était supérieur à 70 ans ($p < 0,001$).

Les médecins pour qui l'absence de consensus était une motivation avaient plus tendance à prescrire un dosage du PSA en l'absence de facteur de risque ($p = 0,01$).

	PSA à la demande du patient	PSA en l'absence de FDR	PSA si ATCD familiaux	PSA selon origine ethnique	PSA si > 70 ans
Présence de facteurs de risque	0,692	0,524	0,113	1	0,119
Demande du Patient	< 0,001	0,781	0,286	0,661	0,421
Demande des Urologues	0,068	0,078	0,247	0,445	0,351
Peur de passer à côté d'un cancer	0,068	< 0,001	0,143	0,008	< 0,001
Risque Médico-légal	0,426	0,002	0,018	0,041	0,01
Recommandations	0,662	0,666	0,662	0,397	0,107
Formations	0,876	0,782	0,771	0,589	0,433
Expérience Professionnelle	0,542	0,004	0,047	0,469	< 0,001
Absence de Consensus	0,1	0,01	0,426	0,053	0,064

Tableau 4 : P-value des tests d'indépendance entre motivations des prescripteurs et prescription en fonction de la situation clinique

C. Analyse des motivations des médecins non-prescripteurs

Les résultats des tests d'indépendance (p-value) entre motivations à la non-prescription et caractéristiques des participants sont présentés dans le Tableau 5. Les tableaux de contingence des résultats significatifs sont disponibles en Annexe 4.

L'analyse a permis de montrer que les médecins installés estimaient plus les recommandations comme une motivation à la non-prescription que les remplaçants. De plus les remplaçants considéraient moins le coût du dépistage comme une motivation que les installés. Les MSU tenaient également plus compte des recommandations que leurs homologues non maîtres de stage.

	Age	Genre	Remplaçant ou installé	Secteur d'exercice	Maître de stage	Enseignant de MG	Activité Mixte	Formations complémentaires
Recommandations	0,162	0,807	0,038	0,675	0,001	0,653	0,188	0,88
Absence de Consensus	0,533	0,66	1	0,25	0,672	1	0,467	0,816
Absence de bénéfice prouvé	0,411	0,105	1	0,56	1	0,567	0,083	0,196
Refus du Patient	0,804	0,076	0,69	0,384	0,719	0,668	0,754	0,328
Risque de surtraitement	1	1	1	1	1	1	1	1
Risque de surdiagnostic	1	1	0,462	0,1	0,538	1	1	1
Manque de fiabilité	0,528	0,647	0,886	0,214	0,635	0,573	1	0,62
Coût	0,65	1	0,022	0,413	0,214	0,316	0,768	0,363

Tableau 5 : P-value des tests d'indépendance entre motivations des non-prescripteurs et caractéristiques des participants

DISCUSSION

I. RESULTATS PRINCIPAUX

Cette étude a permis d'analyser les motivations à la prescription ou à la non-prescription du PSA pour dépister le cancer de la prostate chez l'homme asymptomatique de plus de 50 ans par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais.

A. Recommandations, Absence de consensus et Etat des données de la science

Il est intéressant de remarquer que les recommandations n'étaient considérées comme une motivation que pour seulement un peu plus de la moitié des participants que ce soit chez les prescripteurs ou les non prescripteurs (respectivement 53,4% (n=63) et 57,5% (n=23)). Cela est sûrement en lien avec les recommandations contrastantes entre urologues et généralistes et avec le manque de clarté des recommandations d'un côté comme de l'autre. L'absence de consensus motivait d'ailleurs 80% (n=32) des non-prescripteurs à se retenir de prescrire le PSA et les deux tiers des prescripteurs considéraient à l'inverse cela comme une motivation à la prescription.

Une revue de littérature étudiant les facteurs influençant le suivi des recommandations par les professionnels de santé [33] montrait en effet qu'un des principaux freins relevait de la complexité de la recommandation et de la difficulté à la comprendre. De plus, les recommandations non basées sur une base scientifique claire avaient tendance à être moins suivies.

Les recommandations actuelles françaises ont été émises en 2012 suite à la publication de deux études majeures sur le sujet : l'étude ERSPC en Europe [34] et l'étude PLCO aux États-Unis [35]. Ces deux études présentent des résultats contradictoires, alimentant le débat sur l'intérêt du dosage du PSA.

L'étude ERSPC, recrutant de 1993 à 2005 dans 8 pays européens, a étudié le dépistage du CaP chez des hommes âgés de 55 à 69 ans par dosage du PSA à intervalles variables (2 à 7 ans selon les centres), suivi de biopsies en cas d'élévation (>3 ng/ml). A noter que les résultats Français ont été exclus de l'analyse combinée devant le faible taux de participation. L'étude montre une réduction du risque de mortalité spécifique de l'ordre de 20%, avec 1 décès évité pour 570 dépistés après 16 ans de suivi. En 2019, les auteurs nuancent ce bénéfice devant deux problématiques. D'une part, le surdiagnostic (18 cas pour éviter un décès) en l'absence de données sur l'altération de la qualité de vie à la suite du dépistage. D'autre part, la faible spécificité du test avec de nombreux faux positifs (¼ des participants ont été biopsiés soit plus de 20 000 biopsies pour 5000 cancers diagnostiqués) suggérant la nécessité d'une procédure complémentaire (score, IRM, etc.) pour améliorer la prise en charge.

L'étude américaine PLCO [35], de 1993 à 2001 avec des hommes de 55 à 74 ans, a comparé un dépistage organisé du CaP par dosage du PSA annuel associé au toucher rectal aux pratiques habituelles. A 13 ans de suivi, il n'a pas été observé de bénéfice du dépistage en termes de mortalité par CaP. Les auteurs admettent que la divergence de résultat avec l'étude ERSPC pourrait être due à une plus grande proportion de contamination du bras contrôle avec des dosages du PSA opportunistes.

Par ailleurs d'autres études ont été menées, mais leur qualité scientifique varie et les résultats diffèrent selon les pays et modalités des essais.

L'étude CAP au Royaume uni [36], a étudié l'effet d'un dosage unique du PSA sur 10 ans. En suède, Lundgren et al. [37] ont étudiés un dosage unique du PSA, associé à un toucher rectal et une échographie, sur 20 ans. Ces deux études ne montrent pas de différence significative en termes de mortalité spécifique, avec une tendance à la détection des cancers à faible risque.

A contre-courant, une étude Québécoise par Labrie et al. [38] présente des résultats divergents. Sur un groupe d'homme de 45 à 80 ans (contrôlé) invité à des dosages répétés du PSA, les auteurs retrouvent une réduction du risque de mortalité spécifique de 62% (50% après ajustement), et affirment que 90% des cancers diagnostiqués présenteraient des caractéristiques de cancer potentiellement agressif.

Devant ces résultats contrastants, plusieurs revues de littérature et méta-analyses ont été réalisées.

En 2018, Ilic et al. [39] inclut les 5 ECR précédemment cités dans une revue et méta-analyse, notant des biais importants dans les études. Les résultats indiquent une absence d'effet sur la mortalité toute cause, un effet faible ou inexistant sur la mortalité spécifique, une augmentation des diagnostics de cancers localisés et une diminution de la détection des cancers avancés (faible niveau de preuve devant les biais). Seules les études PLCO et CAP étudiaient les effets secondaires. L'étude ERSPC est la seule considérée de bonne qualité, l'analyse statistique de ses résultats ne montrant pas d'effet sur la mortalité toute cause mais un effet potentiel très faible sur la mortalité spécifique (<1 décès évité pour 1000 testé).

Une seconde méta-analyse et revue de littérature par Rahal et al. [40] a retenu 11 études (chaque centre ESRPC étant traité individuellement, étude CAP non incluse). Elle conclue à une absence de réduction de la mortalité toute cause, à une absence de bénéfice d'un dépistage annuel et à un bénéfice faible pour les dépistages de longues durées avec un intervalle estimé de 4 ans entre les dosages.

Une revue Cochrane [41] conclue à l'absence de réduction de mortalité spécifique et toute cause. Seul ESRPC montrerait une réduction significative dans des sous-groupes spécifiques. Les auteurs notent des effets secondaires fréquents et une nécessité de minimum 10 ans de suivi pour espérer un bénéfice.

Ainsi, dans le contexte du dosage du PSA pour le dépistage du CaP, les études et les recommandations contradictoires et ambiguës ne permettent pas aux médecins généralistes de se définir une ligne de conduite claire, la majorité d'entre eux préférant ainsi prescrire le dépistage. Pour ceux ayant décidé de ne pas prescrire le PSA, l'absence de preuve de bénéfice et l'absence de consensus étaient des motivations importantes de cette non-prescription, plus que les recommandations en elles-mêmes.

B. Présence de facteurs de risque, Peur du cancer asymptomatique, Risque médico-légal et Expérience professionnelle

La présence de facteurs de risque était la motivation principale des prescripteurs même s'il est à noter que 58% (n=70) d'entre eux prescrivaient régulièrement le dépistage en l'absence de facteur de risque. Par ailleurs l'analyse bivariée a permis de montrer que les motivations des prescripteurs d'un dosage du PSA en l'absence de facteur de risque étaient plutôt subjectives, comme la peur de passer à côté d'un cancer asymptomatique, l'inquiétude du risque médico-légal ou leur expérience professionnelle. On peut retrouver dans la littérature plusieurs théories et concepts qui semblent rentrer dans le cadre de ces motivations, par exemple le regret anticipé ou la médecine défensive.

Le regret anticipé [26,42] est une théorie qui a été initialement formulée en économie, elle renvoie au niveau de regret que le sujet imaginerait ressentir à l'avenir s'il n'avait pas adopté un comportement. La « peur de passer à côté d'un cancer asymptomatique » des médecins pourrait ainsi être interprétée comme une peur de regretter de ne pas avoir réalisé ce dépistage si, à l'avenir, un cancer significatif venait à se déclarer. La sur-prescription, notamment dans le cadre du dépistage, peut constituer une conduite d'évitement de ce regret anticipé. Cette motivation semble ainsi étroitement liée à la problématique du surdiagnostic. Il est en effet très attrayant, que ce soit pour les médecins généralistes ou pour les patients, de considérer qu'une détection assez précoce du cancer de la prostate améliore le pronostic de la maladie. Cependant en considérant la nature du CaP et son évolution, beaucoup de ces « cancers asymptomatiques » détectés n'auraient pas été symptomatiques du vivant du patient. On estime en effet le surdiagnostic du cancer de la prostate de 25% jusqu'à plus de 80% selon les études [43–45]. La notion de surdiagnostic et celle du surtraitement qui en découle étaient d'ailleurs les deux principales motivations à la non-prescription chez les médecins « non prescripteurs ».

Dans cette étude, un tiers des médecins prescripteurs admettaient que le risque médico-légal avait un impact sur leur prescription. La « Médecine défensive » est un concept qui vient initialement des Etats Unis et qui fait débat dans le monde médical [46,47], il s'agit du fait de prescrire des examens complémentaires ou des traitements pour se prémunir du risque de plainte. Une étude suisse [48] réalisée en 2007 a montré que 75% des médecins généralistes interrogés recommandaient le dépistage par PSA à leur patient alors qu'ils n'étaient que 56% à penser qu'il s'agissait d'un dépistage efficace, 41% considéraient recommander ce dépistage en partie pour des raisons légales. Il est à noter qu'aucune condamnation de médecin généraliste n'a pu être retrouvée en France pour une absence de dépistage du cancer de la prostate chez un homme asymptomatique. Une seule jurisprudence existe [49] concernant la condamnation d'un médecin généraliste pour faute et retard diagnostique d'un CaP, l'affaire est passée en cours de cassation en 2019, mais il s'agissait d'un patient présentant des symptômes du bas appareil urinaire et une altération de l'état général, avec des faits datant d'avant la non recommandation du dépistage systématique.

L'expérience professionnelle quant à elle restait une motivation importante des prescripteurs (n=76, 65%). Ce facteur de décision, bien que subjectif, n'est pas à négliger, l'expertise clinique du praticien (incluant son expérience) étant reconnue comme faisant part entière de l'Evidence Based Medicine (EBM) [50–53]. L'expertise clinique guide le praticien dans la prise de décision, de manière à adapter la prise en charge à la situation individuelle du patient, en fonction du patient, de la situation clinique, tout en prenant en compte les dernières données de la science. Néanmoins, il n'est pas possible pour un clinicien de ne baser ses décisions que sur l'expérience seule. En effet, il ne faut pas négliger les différents biais cognitifs qui peuvent influencer le jugement du praticien [54,55], par exemple, le biais de disponibilité. Ce biais consiste à porter un jugement sur une probabilité selon la facilité avec laquelle des exemples viennent à l'esprit. Dans sa pratique médicale, un médecin gardera plus facilement en mémoire le cas d'un patient jeune asymptomatique atteint d'un cancer métastatique que celui d'un patient avec un cancer indolent en surveillance active (exemple donné dans les remarques des participants), conduisant à un biais de disponibilité sur la probabilité de détection d'un CaP à haut risque par le dépistage et dans le même temps à un risque de sur-prescription. Concernant le dosage du PSA dans le dépistage du CaP, un biais peut également apparaître chez le prescripteur qui se base sur son expérience si celui-ci n'a pas actualisé ses connaissances sur le sujet, en effet les recommandations ont changées et les habitudes de prescription initiales ont ensuite été remises en causes par les différents essais cliniques. Si l'Académie nationale de médecine, par exemple, avait initialement recommandé le dépistage par PSA en 2003 [56], elle a ensuite préféré nuancer sa position devant l'absence de preuve de bénéfice en 2008 [57].

C. Demande du patient et Demande des urologues

La demande du patient restait une importante source de prescription du PSA que ce soit dans le groupe des prescripteurs comme dans celui des non prescripteurs. On remarque cependant une différence importante de prescription entre les deux groupes (74% (n=89) chez les prescripteurs VS 45% (n=18) chez les non prescripteurs, $p < 0,001$). Cette étude n'a pas permis d'analyser les causes de cette différence, s'il s'agit par exemple d'un refus de prescription de la part du médecin « non-prescripteur » ou si les informations fournies par ce dernier ont fait changer d'avis le patient.

Les recommandations concernant le dépistage du CaP par dosage du PSA s'accordent unanimement sur un fait, celui de la nécessité d'une information loyale et éclairée sur les avantages et inconvénients de ce dépistage avant une éventuelle prescription. Même face à une demande explicite du patient, il semble nécessaire de lui fournir ces informations afin que la décision de réaliser ou non le dosage se fasse de manière éclairée, le patient n'ayant pas nécessairement tous les tenants et aboutissants à sa connaissance. A l'inverse un refus de prescription du dosage du PSA à un patient dument informé des risques semble également contraire aux recommandations. Cela s'inscrit dans la démarche de la décision médicale partagée. Dans la littérature [58,59] la décision partagée est décrite comme un processus interactif au cours duquel le patient et le médecin participent à la prise d'une décision médicale, ce processus incorpore les données probantes mais également les valeurs et préférences du patient. Plusieurs outils ont été mis en place pour aider à cette prise de décision partagée, tels que des brochures papier [Annexe 5 et Annexe 6] ou encore des sites internet [60]. Il est toutefois nécessaire de souligner que la démarche de décision partagée nécessite du temps, et régulièrement plusieurs consultations, les contraintes temporelles représentent ainsi un véritable frein pour les médecins généralistes dans ce processus [61]. Des études réalisées aux Etats Unis entre 2009 et 2010 ont d'ailleurs mis en évidence [62–64] que peu de patients étaient correctement informés sur le dépistage du CaP et que l'information donnée par les médecins semblait insuffisante à une prise de décision éclairée.

Il semble important de souligner dans cette discussion que les femmes considéraient plus la demande du patient comme une motivation à la prescription et accédaient plus à cette demande que leurs homologues masculins. Cette différence de pratiques entre médecins hommes et médecins femmes est certainement due à des différences plus globales de communications et de relation médecin-patient entre les 2 sexes. En effet, notre société est encore très influencée par le modèle patriarcal et les stéréotypes de genre. Il a été montré [65–67] que les médecins femmes adoptent un mode de communication plus participatif et impliquent plus facilement le patient dans la discussion, elles font également plus de prévention que leurs homologues. Des études ont également mis en

lumières des attentes différentes des patients selon le genre de leur médecin, un patient sera moins satisfait d'une médecin femme jugée « dominante » tandis ce facteur n'influencera pas sa satisfaction face à un médecin homme [68]. Un patient homme se comporte également de manière plus « dominante » et assertif face à une femme médecin [69]. Ces différences de comportements influencées par le genre du médecin pourraient être liées à la différence de pratiques observée.

Une autre motivation importante de prescription du dosage du PSA était la « demande des urologues » avec environ 70% (n=81) des médecins prescripteurs qui approuvaient cette proposition. Cette motivation renvoi à un biais d'autorité [70], l'avis du spécialiste faisant office d'argument d'autorité sur le médecin généraliste. En effet plusieurs études [71–73] ont montrées l'existence d'une influence certaine de l'opinion et des prescriptions et recommandations des confrères spécialistes et hospitaliers sur la prescription par les médecins généralistes, leurs confrères généralistes ayant une influence moindre sur leurs décisions. Dans cette étude, cette motivation était significativement moins marquée chez les médecins enseignants universitaires de médecine générale, il n'a pas été retrouvé d'étude expliquant cette différence, on pourrait émettre l'hypothèse d'une plus forte valorisation de la spécialité de généraliste chez les enseignants et ainsi d'un moindre effet de l'argument d'autorité du spécialiste d'organe sur la prise de décision.

D. Coût du dépistage

Le coût du dépistage ne représentait pas une motivation importante de non-prescription (14 des non prescripteurs (35%) d'accord, 16 d'entre eux soit 40% en désaccord). Les modalités d'interrogations des médecins (échelle de Likert) n'a pas permis de préciser les raisons de leurs réponses.

Il est important de préciser que le coût d'un dépistage ne s'évalue pas seulement sur le coût du test en lui-même mais sur tous les évènements qui en découlent : test complémentaires, traitement, surdiagnostique, etc. Plusieurs études relativement anciennes [74–76] ont évalué le coût potentiel d'un dépistage de masse du CaP par dosage du PSA, les résultats montrent des balances bénéfice-coût qui ne semble pas favorable à la mise en place d'un tel dépistage. Par exemple, en analysant des données de 1990 à 2006, Shteynshlyuger et Andriole [75] estiment un coût (aux USA) de plus de 5 millions de dollars pour éviter un décès sur l'ensemble du cycle de vie du dépistage (dosage du PSA et coûts médicaux associés).

Le médecin généraliste exerce un rôle de santé publique important, notamment par sa place privilégiée dans les soins de prévention tel que les dépistages. Les enjeux financiers du dépistage doivent être pris en compte dans le processus global de décision quant à la prescription ou non de celui-ci par le médecin.

E. Maîtres de stages et Enseignants Universitaires de médecine Générale

La population de l'étude était majoritairement composée de maîtres de stage. Une différence de pratique a pu être mise en évidence par rapport aux médecins répondants non MSU. Les MSU étaient moins motivée par la présence de facteurs de risque, ils prescrivait également moins de PSA à la demande du patient que les non-MSU, pour les MSU « non prescripteurs » les recommandations étaient également une plus grande motivation que pour leurs confrères. D'autre part, malgré le faible effectif d'enseignants universitaires de médecine générale inclus dans l'étude, il a été mis en évidence des différences de pratiques entre eux et le reste de la population. Les enseignants étaient significativement moins classés « prescripteurs », prescrivait moins de PSA en présence d'antécédents familiaux, ils étaient également moins motivés à prescrire par la demande des urologues et par la peur de passer à côté d'un cancer asymptomatique.

Ces différences de pratiques entre les MSU et les enseignants et le reste de leurs confrères pourraient être liées à une plus grande appétence à la formation [77], une actualisation des connaissances plus importante (de par le contact avec les étudiants par exemple) et à une tendance à mieux suivre les recommandations pour être un « modèle de rôle » [78].

Le modèle de rôle a été défini par Chamberland et Hivon [79] comme « un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des externes et des résidents avec qui il est en contact », d'autres auteurs [80] le définissent comme « une personne qui démontre une norme d'excellence à imiter [...] facilitant l'apprentissage par l'observation ». Un « bon » modèle rôle a été défini [81] comme quelqu'un qui « exerce sur l'apprentissage des étudiants une influence à la fois significative et conforme aux compétences finales visées ». Ainsi il est possible que les MSU et enseignants universitaires de médecine générale aient des pratiques qui suivent plus les recommandations afin de mieux former les étudiants.

II. RESULTATS SECONDAIRES

Dans cette étude, le taux de prescription du PSA pour le dépistage du CaP variait de 35% à 70% en fonction des situations cliniques. 75% (n=120) des médecins interrogés prescrivait un dosage de PSA pour dépister le cancer de la prostate dans au moins l'une des situations cliniques et un peu moins de 70% (n=107) des médecins prescrivait souvent ou toujours le PSA à la demande de leur patient. La prescription était accompagnée d'une information dans l'immense majorité des cas (93%, n=149), dont 98% (n=157) d'information orale.

Les chiffres retrouvés sont concordants avec les données de la littérature. A Deauville en 2019 [24] 84% des médecins proposaient le dépistage et 70% des médecins répondaient positivement à une demande de prescription du PSA par le patient. Dans le travail de Hamard C. [25] 70% des médecins répondants pratiquaient le dépistage, 86% utilisaient une information écrite et 14% ne délivraient aucune information avant le dépistage. 86% des médecins interrogés réalisaient un dépistage du cancer de la prostate dans l'étude de Bardet et al. en 2019 [82].

Les médecins ayant répondu au questionnaire ont affirmé en grande majorité fournir une information sur le dosage du PSA à leurs patients avant prescription, en concordance cette fois ci avec les recommandations, néanmoins le contenu et la qualité de cette information n'était pas évalué dans cette étude.

III. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

A. Limites de l'étude

Les réponses ont été obtenues par diffusion du lien du questionnaire par mail et publication sur les réseaux sociaux. La liste d'envoi de mail était majoritairement composée de médecins maîtres de stage. Parmi les répondants à l'étude, les deux tiers des médecins étaient MSU (N=106). De ce fait, un biais de sélection évident rend l'extrapolation des résultats à la population des médecins généralistes du Nord Pas de Calais discutable. De même, une grande proportion des répondants avait moins de 45 ans (75%, n=114), le questionnaire ayant été diffusé sous format numérique seul, on peut émettre l'hypothèse que la faible proportion de médecins plus âgés soit en lien avec une maîtrise moindre de l'outil informatique et une utilisation moindre des réseaux sociaux.

La taille de l'échantillon était relativement réduite, ce qui pourrait impacter la validité externe de l'étude et sa puissance. Il est possible que l'analyse statistique n'ait pas retrouvé de différence significative entre certains groupes en raison d'un manque de puissance de l'étude, notamment chez les médecins non-prescripteurs (N=40).

Il s'agissait d'un questionnaire avec anonymisation des réponses, cela a permis de limiter au maximum le biais de désirabilité sociale qui peut être induit face à un sujet controversé comme le dépistage du CaP, néanmoins on ne peut éliminer formellement un biais de déclaration. Un biais de mémorisation ne peut pas non plus être totalement écarté dans le cadre de cette étude déclarative.

B. Forces de l'étude

Les études retrouvées sur le sujet, notamment dans la population des médecins généralistes du Nord Pas de Calais [27,29,30] avaient pour objectif principal de réaliser un état des lieux des pratiques et des points de vue des médecins généralistes sur le dosage du PSA pour le dépistage du CaP. Cette étude était originale puisqu'elle s'est concentrée sur les motivations et déterminants de la prescription du PSA.

La population de l'étude semble représentative, en tout cas pour la population des médecins généralistes de moins de 50 ans qui ont majoritairement répondu au questionnaire. En effet, les caractéristiques de la population étudiée sont similaires à celles des données sur la démographie médicale du Nord Pas de Calais [32,83] que ce soit en terme de parité femmes/hommes, d'activité mixte, etc. La grande proportion de médecins exerçant en milieu urbain répond à la forte densité de population de la région et à son urbanisation diffuse.

L'étude des pratiques de la population de médecin interrogée est concordante avec les données de la littérature.

Concernant le questionnaire, la majorité des questions étaient à réponses fermées, permettant un temps de réponse au questionnaire plutôt réduit et ainsi un meilleur taux de réponse. Il était laissé quelques questions à réponses ouvertes afin de laisser les répondants s'exprimer ou préciser leurs réponses. L'utilisation d'échelles de Likert est intuitive et a permis aux répondants d'affiner et nuancer leurs réponses. La proposition de réponse neutre « sans opinion » a permis d'éviter la prise de position forcée et de limiter les biais.

IV. PERSPECTIVES ET CONCLUSION

Ce travail de recherche a permis de remettre en lumière la prescription du PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate par les médecins généralistes du Nord Pas de Calais. En 2024, cette prescription semble s'inscrire dans le cadre d'un dépistage que l'on pourrait presque qualifier de généralisé. Cela en dépit des recommandations actuelles des autorités de santé et des sociétés savantes de médecine générale.

L'étude des motivations des médecins généralistes à prescrire ce dosage a montré des motifs variés et une difficulté de ces derniers à se positionner en l'absence d'un consensus et de recommandations claires, préférant ainsi en majorité prescrire ce dépistage. La pression de la demande des patients et des confrères urologues étaient très présentes dans les motivations à prescrire le PSA.

Le médecin généraliste, du fait de sa position de premier interlocuteur du patient, joue un rôle crucial dans la prévention et en particulier dans les démarches de dépistage. Néanmoins, ce rôle ne doit pas faire oublier l'un des principes fondamentaux de la médecine « Primum non Nocere », il est nécessaire d'éviter des interventions inutiles qui pourraient entraîner des conséquences néfastes pour le patient. A l'heure actuelle, il n'y a pas de preuve de bénéfice au dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate dans les études scientifiques, et les risques inhérents à ce dépistage (surdiagnostic, surtraitement...) ne sont pas à négliger. La décision de réaliser ce dosage doit être prise avec le patient de manière individualisée et réfléchie en informant celui-ci des risques et bénéfices potentiels qui peuvent en être attendus (démarche de décision médicale partagée).

Il est toutefois nécessaire de préciser que les études sur le bénéfice du dosage du PSA pour dépister le CaP à l'origine des recommandations actuelles datent des années 90 et 2000. Depuis une vingtaine d'année, les procédures diagnostics ont grandement évoluées avec notamment l'avènement de l'IRM, maintenant recommandée systématiquement avant biopsies, qui permet la réalisation de biopsies ciblées et ainsi la réduction du nombre de biopsies « inutiles ». Plusieurs études ont ainsi permis de démontrer la non infériorité de l'utilisation de l'IRM pour cibler les biopsies comparé à une procédure de biopsies standards et son bénéfice dans la réduction du risque de surdiagnostic [84–89]. De même les protocoles de traitements ont évolués, laissant de plus en plus de place à la surveillance active [90] qui se fait de moins en moins invasive, et conduisant à la diminution des prostatectomies radicales [91,92]. De nouvelles techniques diagnostic (séquences IRM etc...) et thérapeutiques (traitement focal...) sont en cours d'étude et semblent prometteuses [93,94]. Il semble désormais indispensable d'évaluer les potentiels bénéfices et risques d'un dépistage du CaP par dosage du PSA à la lumière des nouvelles technologies, idéalement par des essais cliniques prospectifs, afin d'établir des recommandations de dépistage ou de non-dépistage actualisées et consensuelles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Wilson JMG, Jungner G. PRINCIPLES AND PRACTICE OF SCREENING FOR DISEASE. Geneva: World Health Organization; 1968.
2. Institut National du Cancer. Modalités de dépistage des cancers - Stratégies de dépistage [Internet]. 2020 [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Strategies-de-depistage/Modalites-de-depistage-des-cancers>
3. Huas C, Aubin-Auger I, Partouche H, Rat C, Bousageon R. Dépister ou ne pas dépister : comment s'y retrouver ? Exercer. 2016;27(127):216-25.
4. Guide Méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage. ANAES, Service évaluation technologique - Service évaluation économique; 2004 mai.
5. Brawley OW, Kramer BS. Cancer Screening in Theory and in Practice. J Clin Oncol. 10 janv 2005;23(2):293-300.
6. Dickinson JA, Pimlott N, Grad R, Singh H, Szafran O, Wilson BJ, et al. Dépistage : quand les choses tournent mal. Can Fam Physician. juill 2018;64(7):e299-306.
7. Singh H, Dickinson JA, Thériault G, Grad R, Groulx S, Wilson BJ, et al. Surdiagnostic : causes et conséquences en soins primaires. Can Fam Physician. sept 2018;64(9):e373.
8. Lapôtre-Ledoux B, et al. INCIDENCE DES PRINCIPAUX CANCERS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2023 ET TENDANCES DEPUIS 1990. Bull Épidmiologique Hebd. 4 juill 2023;(12-13):188-204.
9. Sathianathen NJ, Konety BR, Crook J, Saad F, Lawrentschuk N. Landmarks in prostate cancer. Nat Rev Urol. oct 2018;15(10):627-42.
10. Albertsen PC. 20-Year Outcomes Following Conservative Management of Clinically Localized Prostate Cancer. JAMA. 4 mai 2005;293(17):2095.
11. Ploussard G, Fiard G, Barret E, Brureau L, Créhange G, Dariane C, et al. French AFU Cancer Committee Guidelines - Update 2022-2024: prostate cancer - Diagnosis and management of localised disease. Prog En Urol. 1 nov 2022;32(15):1275-372.
12. Risques de cancer de la prostate. Société Canadienne du cancer; 2020 oct.
13. Boissier R. L'antigène spécifique de la prostate ou PSA. Prog En Urol. 1 nov 2011;21(11):798-800.
14. Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA. Institut National du Cancer; 2016 mars.
15. Branger N, Muraciolle X, Bastide C, Garcia S, Giusano S, Lechevallier E, et al. Modélisation mathématique de la cinétique du PSA appliquée à la détection précoce du cancer de la prostate. Prog En Urol. nov 2014;24(13):787.
16. Carter HB, Pearson JD, Metter EJ, Brant LJ, Chan DW, Andres R, et al. Longitudinal Evaluation of Prostate-Specific Antigen Levels in Men With and Without Prostate Disease. JAMA. 22 avr 1992;267(16):2215-20.
17. Cancer de la prostate : identification des facteurs de risque et pertinence d'un dépistage par dosage de l'antigène spécifique prostatique (PSA) de populations d'hommes à haut risque ? Haute Autorité de Santé (HAS); 2012 févr.
18. L'Assurance Maladie, Collège de la Médecine Générale, Institut National du Cancer. La première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique. 2016.
19. Ebell MH, Thai TN, Royalty KJ. Cancer screening recommendations: an international comparison of high income countries. Public Health Rev. 2 mars 2018;39(1):7.
20. Tuppin P, Leboucher C, Dougé M, Peyre-Lanquar G, Gabach P, Descotes JL, et al. Dépistage individuel du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, France, 2009-2015. Données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie. Feuille Biol. sept 2017;(338):81-6.

21. Eisinger F, Pivot X, Greillier L, Couraud S, Cortot AB, Touboul C, et al. Dépistage du cancer en France : 10 ans d'analyse des comportements par les enquêtes EDIFICE. *Bull Cancer (Paris)*. 1 mars 2017;104(3):258-66.
22. Morère JF, Touboul C, Lhomel C, Rouprêt M. Dépistage du cancer de la prostate en France : résultats des enquêtes EDIFICE. *Prog En Urol*. 1 mai 2020;30(6):332-8.
23. Scailteux LM, Capelle V, Balusson F, Oger E, Vincendeau S, Mathieu R, et al. Changes in prostate cancer screening practice by blood PSA testing between 2011 and 2017, a French population-based study. *Curr Med Res Opin*. août 2021;37(8):1435-41.
24. Villers A, Ringeval T, Guittet L, Volk G, Perrocheau JF, Guerin-Wallner JG, et al. Colloque de Deauville sur le dépistage du cancer de la prostate en 2019 : description des pratiques et recherche d'un accord professionnel local. In Palais des congrès de Deauville; 2019.
25. Hamard C. Dépistage du cancer de la prostate : état des pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire. Université d'Angers; 2016.
26. Cogneau J. Dépistage du cancer de la prostate : pourquoi les médecins prescrivent-ils un dosage du PSA ? Le « regret anticipé ». *Exercer*. 2012;23(103):183-4.
27. Fenart A, Olariu V. Dépistage et diagnostic précoce du cancer de la prostate, évaluation de ses pratiques en médecine générale dans le Nord et le Pas-de-Calais. Université de Lille; 2019.
28. Vaillant P. Effet des dernières publications de la HAS concernant le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA auprès des médecins généralistes lorrains. Université de Lorraine; 2016.
29. Flinois B. Le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA: attitude et pratique des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais. Université de Lille; 2012.
30. Lemaire J. Dosage des marqueurs tumoraux en soins de santé primaires: pratiques et besoins des médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2015 [cité 5 juill 2023]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2015/2015LIL2M390.pdf
31. Bewick V, Cheek L, Ball J. Statistics review 8: Qualitative data – tests of association. *Crit Care*. 30 déc 2003;8(1):46.
32. Rault JF, Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais : situation en 2015. *Ordre National des Médecins*; 2015.
33. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 12 sept 2008;8(1):38.
34. 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. *Lancet Lond Engl*. 6 déc 2014;384(9959):2027-35.
35. 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. *JNCI J Natl Cancer Inst*. 18 janv 2012;104(2):125-32.
36. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, Metcalfe C, Young GJ, Walsh EI, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 6 mars 2018;319(9):883-95.
37. Lundgren PO, Kjellman A, Norming U, Gustafsson O. Long-Term Outcome of a Single Intervention Population Based Prostate Cancer Screening Study. *J Urol*. juill 2018;200(1):82-8.
38. Labrie F, Candas B, Cusan L, Gomez JL, Bélanger A, Brousseau G, et al. Screening decreases prostate cancer mortality: 11-year follow-up of the 1988 Quebec prospective randomized controlled trial. *The Prostate*. 15 mai 2004;59(3):311-8.
39. Ilic D, Djulbegovic M, Jung JH, Hwang EC, Zhou Q, Cleves A, et al. Prostate cancer screening with prostate-specific antigen (PSA) test: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 5 sept 2018;362:k3519.

40. Rahal AK, Badgett RG, Hoffman RM. Screening Coverage Needed to Reduce Mortality from Prostate Cancer: A Living Systematic Review. *PLOS ONE*. 12 avr 2016;11(4):e0153417.
41. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cité 27 juill 2023];(1). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004720.pub3/full/fr?highlightAbstract=screen%7Cscreening%7Cpsa>
42. Brewer NT, DeFrank JT, Gilkey MB. Anticipated regret and health behavior: A meta-analysis. *Health Psychol*. 2016;35(11):1264-75.
43. Welch HG, Black WC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst*. 5 mai 2010;102(9):605-13.
44. Draisma G, Etzioni R, Tsodikov A, Mariotto A, Wever E, Gulati R, et al. Lead time and overdiagnosis in prostate-specific antigen screening: importance of methods and context. *J Natl Cancer Inst*. 18 mars 2009;101(6):374-83.
45. Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *BMJ*. 14 août 2018;k2820.
46. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. *Sci Soc Santé*. 2006;24(2):5-33.
47. Steurer J, Gächter T. La médecine défensive – une médecine inutile? *Forum Méd Suisse – Swiss Med Forum* [Internet]. 8 sept 2015 [cité 13 mars 2024];15(37). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2015.02404>
48. Steurer J, Held U, Schmidt M, Gigerenzer G, Tag B, Bachmann LM. Legal concerns trigger prostate-specific antigen testing. *J Eval Clin Pract*. avr 2009;15(2):390-2.
49. Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 9 mai 2019, 18-14.344, Inédit [Internet]. Inédit. 2019 [cité 30 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000038488610?init=true&page=1&query=9+mai+2019+Cour+de+cassation+Pourvoi+n%C2%B0+18-14.344&searchField=ALL&tab_selection=all
50. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 13 janv 1996;312(7023):71-2.
51. Thompson C. Clinical experience as evidence in evidence-based practice. *J Adv Nurs*. août 2003;43(3):230-7.
52. Haynes RB. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *Evid Based Med*. 1 mars 2002;7(2):36-8.
53. Alexopoulos S, Cancelliere C, Côté P, Mior S. Reconciling evidence and experience in the context of evidence-based practice. *J Can Chiropr Assoc*. août 2021;65(2):132-6.
54. Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 3 nov 2016;16(1):138.
55. Whelehan DF, Conlon KC, Ridgway PF. Medicine and heuristics: cognitive biases and medical decision-making. *Ir J Med Sci* 1971 -. 1 nov 2020;189(4):1477-84.
56. Bourel M, Ardaillou R. Sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) dans le plasma. *Bull Académie Natl Médecine*. 1 mai 2003;187(5):985-95.
57. GROSCLAUDE P. Le cancer de la prostate, le point sur le dépistage. *Bull Académie Natl Médecine*. 2008;192(5):1013-9.
58. Cornuz J, Junod N, Pasche O, Guessous I. Cancers screening in clinical practice: The value of shared decision-making. *Rev Médicale Suisse*. 14 juill 2010;6:1410-4.
59. Grad R, Dickinson J, Moore AE. Prise de décision partagée en soins de santé préventifs : Ce que c'est; ce que ce n'est pas. *Can Fam Physician • Médecin Fam Can*. sept 2017;63:e377-80.
60. Tchuente V, Giguère A, Boulanger J. Boîte à décision : Dépistage du cancer de la prostate [Internet]. Université Laval. 2019 [cité 15 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.boitedecision.ulaval.ca/fr/boite->

- a-
decision/?tx_tmboites_tmboitesmain%5Bboite%5D=18&tx_tmboites_tmboitesmain%5Baction%5D=intro&tx_tmboites_tmboitesmain%5Bcontroller%5D=Boite&cHash=31a486bebe123bfaed42ddcd0326290
61. Malengreaux S, Grenier C. La décision partagée en consultation de médecine générale. Service universitaire de promotion de la santé - RESO / IRSS / UCL; 2017 nov. Report No.: 03.
 62. Vallée JP. Cancer de la prostate : la décision de dépistage est-elle réellement « partagée » ? Médecine. 1 janv 2010;6(1):8-8.
 63. Hoffman RM, Couper MP, Zikmund-Fisher BJ, Levin CA, McNaughton-Collins M, Helitzer DL, et al. Prostate cancer screening decisions: results from the National Survey of Medical Decisions (DECISIONS study). Arch Intern Med. 28 sept 2009;169(17):1611-8.
 64. Han PKJ, Kobrin S, Breen N, Joseph DA, Li J, Frosch DL, et al. National evidence on the use of shared decision making in prostate-specific antigen screening. Ann Fam Med. 2013;11(4):306-14.
 65. Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? Rev Med Suisse. 28 juill 2010;257(27):1444-7.
 66. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. JAMA. 14 août 2002;288(6):756-64.
 67. Henderson JT, Weisman CS. Physician Gender Effects on Preventive Screening and Counseling: An Analysis of Male and Female Patients' Health Care Experiences. Med Care. déc 2001;39(12):1281.
 68. Klinge R, BURGOON M. Patient Compliance and Satisfaction With Physician Influence Attempts: A Reinforcement Expectancy Approach to Compliance-Gaining Over Time. Commun Res - COMMUN RES. 1 avr 1995;22:148-87.
 69. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. Patient Educ Couns. déc 2002;48(3):217-24.
 70. Argument d'Autorité. Prescrire. 2008;28(298):586-7.
 71. Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs—the importance of who says what. Fam Pract. 1 févr 2003;20(1):61-8.
 72. Robertson J, Treloar CJ, Sprogis A, Henry DA. The influence of specialists on prescribing by GPs.
 73. Åström K, Duggan C, Bates I. Influences on prescribing: the perceptions of general practitioners in two primary care trusts. Int J Pharm Pract. 22 févr 2011;10:R10-R10.
 74. Ekwueme DU, Stroud LA, Chen Y. Cost Analysis of Screening for, Diagnosing, and Staging Prostate Cancer Based on a Systematic Review of Published Studies. Prev Chronic Dis. 15 sept 2007;4(4):A100.
 75. Shteynshlyuger A, Andriole GL. Cost-Effectiveness of Prostate Specific Antigen Screening in the United States: Extrapolating From the European Study of Screening for Prostate Cancer. J Urol. 1 mars 2011;185(3):828-32.
 76. Heijnsdijk E a. M, der Kinderen A, Wever EM, Draisma G, Roobol MJ, de Koning HJ. Overdetection, overtreatment and costs in prostate-specific antigen screening for prostate cancer. Br J Cancer. 1 déc 2009;101(11):1833-8.
 77. Bouton C, Leroy O, Huez JF, Bellanger W, Ramond-Roquin A. Représentativité des médecins généralistes maîtres de stage universitaires. Santé Publique. 2015;27(1):59-67.
 78. Devillers L, Sicsic J, Delbarre A, Bel JL, Ferrat E, Lary OS. General Practitioner trainers prescribe fewer antibiotics in primary care: Evidence from France. PLOS ONE. 25 janv 2018;13(1):e0190522.
 79. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. mai 2005;6(2):98-111.
 80. Jochemsen-van der Leeuw HGAR, van Dijk N, van Etten-Jamaludin FS, Wieringa-de Waard M. The Attributes of the Clinical Trainer as a Role Model: A Systematic Review. Acad Med. janv 2013;88(1):26.

81. Wright SM, Carrese JA. Excellence in role modelling: insight and perspectives from the pros. *CMAJ Can Med Assoc J.* 9 sept 2002;167(6):638.
82. Bardet F, Frontczak A, Schneider A, Delattre B, Kleinclauss F, Cormier L. IRM de prostate et dépistage : enquête de la pratique auprès des médecins généralistes de Bourgogne-Franche-Comté. *Prog En Urol.* déc 2019;29(16):974-80.
83. Arnault A. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE. *Ordre National des Médecins;* 2022 janv.
84. Kasivisvanathan V, Rannikko AS, Borghi M, Panebianco V, Mynderse LA, Vaarala MH, et al. MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis. *N Engl J Med.* 10 mai 2018;378(19):1767-77.
85. Eklund M, Jäderling F, Discacciati A, Bergman M, Annerstedt M, Aly M, et al. MRI-Targeted or Standard Biopsy in Prostate Cancer Screening. *N Engl J Med.* 2 sept 2021;385(10):908-20.
86. Hugosson J, Månsson M, Wallström J, Axcróna U, Carlsson SV, Egevad L, et al. Prostate Cancer Screening with PSA and MRI Followed by Targeted Biopsy Only. *N Engl J Med.* 8 déc 2022;387(23):2126-37.
87. Drost FJH, Osses DF, Nieboer D, Steyerberg EW, Bangma CH, Roobol MJ, et al. Prostate MRI, with or without MRI-targeted biopsy, and systematic biopsy for detecting prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cité 21 mars 2024];(4). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012663.pub2/full>
88. Rouvière O, Puech P, Renard-Penna R, Claudon M, Roy C, Mège-Lechevallier F, et al. Use of prostate systematic and targeted biopsy on the basis of multiparametric MRI in biopsy-naive patients (MRI-FIRST): a prospective, multicentre, paired diagnostic study. *Lancet Oncol.* 1 janv 2019;20(1):100-9.
89. Falagario UG, Jambor I, Lantz A, Ettala O, Stabile A, Taimen P, et al. Combined Use of Prostate-specific Antigen Density and Magnetic Resonance Imaging for Prostate Biopsy Decision Planning: A Retrospective Multi-institutional Study Using the Prostate Magnetic Resonance Imaging Outcome Database (PROMOD). *Eur Urol Oncol.* 1 déc 2021;4(6):971-9.
90. Baboudjian M, Breda A, Rajwa P, Gallioli A, Gondran-Tellier B, Sanguedolce F, et al. Active Surveillance for Intermediate-risk Prostate Cancer: A Systematic Review, Meta-analysis, and Metaregression. *Eur Urol Oncol.* 1 déc 2022;5(6):617-27.
91. Ploussard G, Grabia A, Beauval JB, Barret E, Brureau L, Dariane C, et al. A 5-Year Contemporary Nationwide Evolution of the Radical Prostatectomy Landscape. *Eur Urol Open Sci.* 1 déc 2021;34:1-4.
92. Cornu JN, Terrasa JB, Cussenot O, Haab F, Lukacs B. Evolution of the Landscape of Surgical Management of Prostate Cancer in France: The Case of Radical Prostatectomy. *Eur Urol.* oct 2012;62(4):735-6.
93. Peyrottes A, Rouprêt M, Fiard G, Fromont G, Barret E, Brureau L, et al. Détection précoce du cancer de la prostate : vers un nouveau paradigme ? *Prog En Urol.* 1 déc 2023;33(15):956-65.
94. Villers A, Olivier J, Annoot A, Puech P, Leroy X. Émergence de la simple surveillance du cancer de prostate et des traitements partiels. Rôle clé de l'IRM. *Bull Académie Natl Médecine.* mai 2018;202(5-6):1049-57.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de Thèse

Questionnaire de Thèse : Enquête sur la prescription du PSA en Médecine Générale

Habitudes de prescription du PSA

Concernant le dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA :

1. Prescrivez-vous un dosage du PSA dans ces situations ? (Jamais / Rarement / Souvent / Toujours)
 - a. Homme asymptomatique de plus de 50 ans sans facteurs de risque
 - b. Homme asymptomatique de plus de 50 ans avec antécédents familiaux
 - c. Homme asymptomatique de plus de 50 ans d'origine antillaise ou africaine
 - d. Homme asymptomatique de plus de 70 ans
 - e. A la demande du patient asymptomatique

2. Avant la prescription du dosage du PSA, délivrez-vous une information sur le dépistage à vos patients ? (Jamais / Rarement / Souvent / Toujours)
 - o *Sauf si réponse jamais* : Par quel moyen ? :
 - a. Information orale
 - b. Information papier
 - c. Autre :

Motivation à la (non-)prescription du PSA

Partie du questionnaire conditionnée par réponse Toujours / Souvent à l'un des items de la première question (sauf « à la demande du patient ») :

Partie du questionnaire conditionnée par réponse Rarement/ Jamais à tous les items de la première question (sauf « à la demande du patient ») :

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">3. Quelles sont vos motivations à la prescription du PSA dans le cadre du dépistage chez l'homme > 50 ans asymptomatique (Pas du tout d'accord/Pas d'accord/Sans opinion/D'accord/Tout à fait d'accord)<ol style="list-style-type: none">a. Votre expérience professionnelleb. La présence de facteurs de risquesc. La demande du Patientd. La demande des urologuese. La peur de passer à côté d'un cancer asymptomatiquef. Le risque médico-légalg. Les recommandationsh. La réalisation de Formationsi. L'absence de consensus | <ol style="list-style-type: none">4. Quelles sont vos motivations à la non-prescription du dosage du PSA dans le cadre du dépistage chez l'homme > 50 ans asymptomatique (Pas du tout d'accord/Pas d'accord/Sans opinion/D'accord/Tout à fait d'accord)<ol style="list-style-type: none">a. Les recommandationsb. L'absence de consensusc. L'absence de preuve de bénéfice du dépistaged. Le refus du patiente. Le risque de Surtraitementf. Le risque de Surdiagnosticg. Le manque de fiabilité du dosageh. Le coût financier du dépistage |
|--|---|

Caractéristiques des participants

4. Votre Age :
 - a. 25-35
 - b. 36-45
 - c. 46-55
 - d. > 55 ans
5. Votre genre :
 - a. Homme
 - b. Femme
 - c. Non binaire
 - d. Ne se prononce pas
6. Vous êtes :
 - a. Médecin Remplaçant
 - b. Médecin installé
7. Votre Milieu d'exercice :
 - a. Rural
 - b. Semi-rural
 - c. Urbain
8. Vos Activités et/ ou Formations :
 - a. Maître de stage
 - b. Enseignant de médecine générale
 - c. Activité mixte (hospitalière, ...)
 - d. Diplômes Universitaires et/ou formations complémentaires
 - e. Autres proposition ou détail des DU / formations réalisés :

9. Avez-vous des remarques / Précisions à apporter :

RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Motivations au dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA : Enquête par questionnaire auprès des médecins généralistes du Nord Pas de Calais

Responsable chargé de la mise en œuvre : M. Marc BAYEN
Interlocuteur (s) : Mme Marine MARTIN

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille via le lien <https://enquetes.univ-lille.fr/> (en cliquant sur "Réaliser une enquête anonyme" puis "demander une ouverture d'enquête").
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

Le 19 février 2024

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données



REMARQUES DES PARTICIPANTS

R6 : « La pression des patients est forte et leur peur l'emporte souvent sur le raisonnement scientifique »

R44 : « s'il existe un consensus J'aimerais en être informé Merci »

R59 : « La conduite à tenir est délicate , en cas d'antécédents familiaux ou de demande du patient j'essaye sur 2 dosages d'estimer la célérité de progression des PSA. Si faible, j'en discute pour arrêter. Si l'augmentation est forte (IRM prostatique+ avis uro) »

R66 : « Je suis bien consciente de l'absence de consensus. Franchement c'est le risque médico-légal qui me motive de le faire entre 50 et 74 ans tous les 2 ans. Mais je leur explique toujours que les conséquences du dosage ne sont pas anodines et qu'il faut les accepter sans quoi on ne le dose pas. »

R67 : « L'information est fréquente mais j'ai mis ""rarement"" parce que ""rarement"" de qualité optimale. Les patients qui veulent un PSA ont parfois des déterminants extrinsèques (parce que leur frère, beau-frère, voisin... a eu un cancer de prostate) ne sont pas forcément sensibles à l'exposition du risque si jamais on trouve un cancer. »

R72 : « Les médecins généralistes s'opposent aux urologues sur ce point mais compliqué de dire « on ne fait pas de PSA car pas d'incidence sur la morbi mortalité » alors que les urologues ne voient la pathologie prostatique que ou quasi uniquement que par le dosage du PSA »

R73 : « Je propose le PSA à tous mes patients de plus de 50 ans même asymptomatique 1 fois par an ou tous les 3 ans si le premier PSA est très faible entre 0,1 et 0,9 sauf ATCD familial »

R76 : « Manque de consensus, interrogation sur la place du TR chez homme asymptomatique, proposition FMC locale sur le sujet »

R80 : « -1de toutes façons l'expectative armée est éclairante dans certains cas sur la conduite à tenir
-2 les résultats de nécropsies et le nombre de cancer non diagnostiqués sans conséquences aussi mais le gériatre que je suis espérant des vies plus longues et confortables m'incitent à dépister »

R115 : « FMC locale(1/mois): l'intervenant urologue conseillait de faire le PSA homme plus 50 ans) --
expérience professionnelle : patient de 60 ans, suivi pour HTA, contrôle biologique systématique , ajout d'un PSA qui n'avait jamais été dosé auparavant (pas ATCD familiaux, asymptomatique, caucasien)... PSA 103... adénocarcinome prostatique métastasé/ »

R144 : « Reco française avec dépistage via le PSA préconisé non aligné sur les recommandations internationales. D'expérience personnelle - plusieurs cancers pris en charge assez rapidement via PSA annuel à partir de 50ans. Et moins ""invasif"" que le toucher rectal en première intention. »

Annexe 4 : Tableaux de contingences des résultats statistiquement significatifs

Activité	Statut de Prescripteur		Total
	Prescripteur	Non Prescripteur	
Médecin installé	103	28	131
	78.6%	21.4%	100.0%
Médecin Remplaçant	12	10	22
	54.5%	45.5%	100.0%
Enseignant Universitaire ?			
Oui	9	9	18
	50.0%	50.0%	100.0%
Non	106	29	135
	78.5%	21.5%	100.0%
Total	115	38	153
	75.2%	24.8%	100.0%

Statut de Prescripteur	Prescription si demande du Patient		Total
	oui	non	
Prescripteur	89	31	120
	74.2%	25.8%	100.0%
Non Prescripteur	18	22	40
	45.0%	55.0%	100.0%
Genre			
Femme	57	18	75
	76.0%	24.0%	100.0%
Homme	45	32	77
	58.4%	41.6%	100.0%
Maître de Stage			
Oui	64	42	106
	60.4%	39.6%	100.0%
Non	38	9	47
	80.9%	19.1%	100.0%
Total	103	50	153
	67.3%	32.7%	100.0%

Enseignant Universitaire ?	Prescription si ATCD familiaux		Total
	oui	non	
Oui	8	10	18
	44.4%	55.6%	100.0%
Non	95	40	135
	70.4%	29.6%	100.0%
Activité			
Médecin installé	93	38	131
	71.0%	29.0%	100.0%
Médecin Remplaçant	10	12	22
	45.5%	54.5%	100.0%
Total	103	50	153
	67.3%	32.7%	100.0%

Demande de l'urologue	Enseignant Universitaire ?		Total
	Oui	Non	
oui	3 3.8%	75 96.2%	78 100.0%
neutre	3 13.0%	20 87.0%	23 100.0%
non	3 21.4%	11 78.6%	14 100.0%
Peur du Cancer Asymptomatique			
oui	2 3.3%	58 96.7%	60 100.0%
neutre	3 30.0%	7 70.0%	10 100.0%
non	4 8.9%	41 91.1%	45 100.0%
Total	9 7.8%	106 92.2%	115 100.0%

Secteur d'exercice	Motivé par risque médico-légal ?			Total
	oui	neutre	non	
Rural	1 5,90%	3 17,60%	13 76,5	17 14.8%
Semi-rural	13 26,50%	12 24,50%	24 49%	49 42.6%
Urbain	23 46,90%	10 20,40%	16 32,70%	49 42.6%
Prescription en l'absence de FDR				
oui	24 35,30%	21 30,90%	23 33,80%	68 57.6%
non	15 30%	4 8%	31 62%	50 42.4%
Prescription si ATCD familiaux				
oui	37 34,90%	25 23,60%	44 41,50%	106 89.8%
non	2 16,70%	0 0.0%	10 83,30%	12 10.2%
Prescription selon origine				
oui	31 34,40%	23 25,60%	36 40%	90 76.3%
non	8 28,60%	2 7,10%	18 64,30%	28 23.7%
Prescription si > 70 ans				
oui	18 32,70%	18 32,70%	19 34,50%	55 100%
non	21 33,30%	7 11,10%	35 55,60%	63 100%
Total	39 33,10%	25 21,20%	54 45,80%	118 100.0%

Prescription si demande du patient	Motivé demande du patient ?			Total
	oui	neutre	non	
oui	83	2	3	88
	94.3%	2.3%	3.4%	100.0%
non	12	7	11	30
	40.0%	23.3%	36.7%	100.0%
Genre				
Femme	51	0	6	57
	89.5%	0.0%	10.5%	100.0%
Homme	41	9	8	58
	70.7%	15.5%	13.8%	100.0%
Total	92	9	14	115
	80.0%	7.8%	12.2%	100.0%

Activité	Motivé par expérience professionnelle ?			Total
	oui	neutre	non	
Médecin installé	69	21	13	103
	67.0%	20.4%	12.6%	100.0%
Médecin Remplaçant	4	7	1	12
	33.3%	58.3%	8.3%	100.0%
Prescription en l'absence de FDR				
oui	51	14	3	68
	75.0%	20.6%	4.4%	100.0%
non	25	14	11	50
	50.0%	28.0%	22.0%	100.0%
Prescription si ATCD familiaux				
oui	71	25	10	106
	67.0%	23.6%	9.4%	100.0%
non	5	3	4	12
	41.7%	25.0%	33.3%	100.0%
Prescription si > 70 ans				
oui	47	7	1	55
	85.5%	12.7%	1.8%	100.0%
non	29	21	13	63
	46.0%	33.3%	20.6%	100.0%
Total	76	28	14	118
	64.4%	23.7%	11.9%	100.0%

Enseignant universitaire de MG	Peur du cancer asymptomatique ?			Total
	oui	neutre	non	
Oui	2	3	4	9
	22.2%	33.3%	44.4%	100.0%
Non	58	7	41	106
	54.7%	6.6%	38.7%	100.0%
Prescription en l'absence de FDR				
oui	49	7	12	68
	72.1%	10.3%	17.6%	100.0%
non	13	3	34	50
	26.0%	6.0%	58.0%	100.0%
Prescription selon origine				
oui	53	9	28	90
	58.9%	10.0%	31.1%	100.0%
non	9	1	18	28
	32.1%	3.6%	54.3%	100.0%
Prescription si > 70 ans				
oui	39	6	10	55
	70.9%	10.9%	18.2%	100.0%
non	23	4	36	63
	36.5%	6.3%	57.1%	100.0%
Total	62	10	46	118
	52.5%	8.5%	39.0%	100.0%

Enseignant universitaire de MG	Motivé par demande urologues ?			Total
	oui	neutre	non	
Oui	3	3	3	9
	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
Non	75	20	11	106
	70.8%	18.9%	10.4%	100.0%
Total	78	23	14	115
	67.8%	20.0%	12.2%	100.0%

Maître de stage	Motivé par présence de facteur de risque ?			Total
	oui	neutre	non	
Oui	69	4	7	80
	86.3%	5.0%	8.8%	100.0%
Non	27	7	1	35
	77.1%	20.0%	2.9%	100.0%
Total	96	11	8	115
	83.5%	9.6%	7.0%	100.0%

Prescription en l'absence de FDR	Motivé par l'absence de consensus			Total
	oui	neutre	non	
oui	44	22	2	68
	64.7%	32.4%	2.9%	100.0%
non	28	12	10	50
	56.0%	24.0%	20.0%	100.0%
Total	72	34	12	118
	61.0%	28.8%	10.2%	100.0%

Activité	Non prescription par rapport aux recos			Total
	oui	neutre	non	
Médecin installé	20	3	5	28
	71.4%	10.7%	17.9%	100.0%
Médecin Remplaçant	3	4	3	10
	30.0%	40.0%	30.0%	100.0%
Maitre de stage				
Oui	20	1	5	26
	76.9%	3.8%	19.2%	100.0%
Non	3	6	3	12
	25.0%	50.0%	25.0%	100.0%
Total	23	7	8	38
	60.5%	18.4%	21.1%	100.0%

Activité	Non prescription par rapport au coût			Total
	oui	neutre	non	
Médecin installé	11	10	7	28
	39.3%	35.7%	25.0%	100.0%
Médecin Remplaçant	3	0	7	10
	30.0%	0.0%	70.0%	100.0%
Total	14	10	14	38
	36.8%	26.3%	36.8%	100.0%

Si vous envisagez de réaliser un dosage du PSA ou si votre médecin vous le propose, il est essentiel de disposer d'une information complète sur le sujet.

Ce document a été réalisé en partenariat avec des experts médicaux pour vous aider à mettre en balance les bénéfices attendus par rapport aux risques encourus.

Votre médecin est la personne la mieux formée pour répondre à vos questions et vous aider dans votre réflexion.

Il est important d'en parler avec lui et avec votre entourage avant de prendre votre décision.

—

Pour en savoir plus, parlez-en avec votre médecin ou rendez-vous sur e-cancer.fr

Cette brochure, éditée par l'Institut national du cancer, a été élaborée avec le Collège de la Médecine Générale.

MEDIUM - © Confluc et Ostry - Ne pas jeter sur la voie publique - INCa - SEIN - 30 313 777 - Février 2022 - 300105042E12


RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité


INSTITUT NATIONAL DU CANCER

LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

—

S'INFORMER AVANT DE DÉCIDER





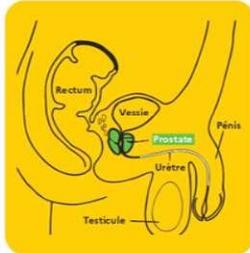
La décision de s'engager dans une démarche de dépistage du cancer de la prostate est un choix personnel qui nécessite d'être réfléchi.

Si vous vous posez des questions sur le dépistage du cancer de la prostate ou si vous envisagez de le réaliser, à votre initiative ou à celle de votre médecin, **il est important que vous soyez informé de l'ensemble des avantages, inconvénients et conséquences des examens de dépistage.**

Le but de cette brochure est de vous fournir les informations nécessaires pour vous aider à mieux comprendre ce dépistage et à aborder cette question avec votre médecin.

INFORMATION PRÉALABLE SUR LE CANCER DE LA PROSTATE

La prostate est une glande sexuelle masculine. Après 50 ans, elle peut être atteinte par des maladies beaucoup plus fréquentes que le cancer, comme l'hypertrophie bénigne de la prostate ou la prostatite, qui sont susceptibles de provoquer des troubles urinaires.



- Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez les hommes mais pas le plus meurtrier. C'est la 3^e cause de décès par cancer après le cancer du poumon et le cancer colorectal.
- Fortement lié à l'âge, le cancer de la prostate est rare avant 50 ans et c'est autour de 70 ans que le nombre de cas est le plus élevé. Trois quarts des décès ont lieu après 75 ans.

- Il touche plus fréquemment les hommes ayant des antécédents familiaux (père, frère, fils...) de cancer de la prostate et les personnes d'origine africaine ou antillaise.
- Il évolue le plus souvent lentement, sur 10 à 15 ans en moyenne, avant que n'apparaissent des symptômes. Mais certains cancers de la prostate agressifs peuvent évoluer plus rapidement et entraîner des métastases.

Les signes qui doivent vous inciter à consulter.

Si vous avez des inquiétudes concernant des troubles urinaires (difficulté ou incapacité à uriner, besoin plus fréquents d'uriner, douleurs ou brûlures...), des éjaculations douloureuses ou des troubles de l'éjaculation, consultez votre médecin pour les lui signaler. Cela ne signifie pas nécessairement que vous avez un cancer. L'hypertrophie bénigne de la prostate ou la prostatite peuvent avoir des symptômes similaires à ceux du cancer de la prostate.

4

L'ESSENTIEL

Un dépistage qui n'est pas recommandé.

Il n'existe pas en France, ni dans aucun autre pays, de programme national de dépistage organisé du cancer de la prostate s'adressant aux hommes de manière systématique. En effet :

- le bénéfice du dépistage du cancer de la prostate n'est pas clairement démontré : il n'est pas certain que ce dépistage permette d'éviter des décès liés au cancer de la prostate. Les deux plus importantes études scientifiques internationales ont des résultats contradictoires sur ce point ;
- le dosage du PSA⁽¹⁾ et le toucher rectal comme tests de dépistage sont insuffisamment fiables ;
- ce dépistage expose au risque de détecter et de soigner de nombreux cancers de la prostate qui n'auraient eu aucune conséquence pour les hommes et n'auraient donc pas nécessité de traitement. En effet, ce cancer évoluant habituellement lentement, sur plusieurs années, de nombreux cancers de la prostate restent « latents » ;
- or, les conséquences physiques (risque d'incontinence, d'impuissance, de troubles intestinaux...) et psychologiques du diagnostic et des traitements du cancer de la prostate peuvent être importantes.

Mais un choix personnel à discuter avec votre médecin.

Cependant, pour un homme dont le cancer deviendrait agressif, le dépistage peut être bénéfique. Mais actuellement, il est impossible de savoir, au moment du diagnostic, si un cancer détecté à un stade précoce deviendra agressif ou non. Malgré les inconvénients de ce dépistage et les incertitudes sur les bénéfices, certains hommes peuvent donc considérer, en lien avec leur médecin, qu'un dépistage du cancer de la prostate est envisageable.

Il s'agit d'un choix qui mérite d'être réfléchi et discuté avec votre médecin.

(1) Antigène prostatique spécifique.

5

CE QU'IL FAUT SAVOIR SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Le toucher rectal et le dosage du PSA :
des tests de dépistage insuffisamment fiables.

- Le **toucher rectal** (examen de la prostate en introduisant un doigt ganté dans le rectum) permet au médecin de vérifier le volume, la consistance et la texture de la surface de la prostate. Cet examen est inconfortable mais indolore.
- Le **dosage du PSA** (antigène prostatique spécifique) permet, via une prise de sang, de mesurer le taux de PSA dans le sang. Le PSA est une protéine produite par la prostate, présente normalement en faible quantité dans le sang. Il existe des précautions à prendre avant de réaliser un dosage du PSA (éviter de le réaliser dans les jours suivant un rapport sexuel ou un toucher rectal).



Dans 70% des cas, un dosage du PSA élevé n'est, en réalité, pas lié à un cancer de la prostate.

6

Les avantages et inconvénients de ces deux examens.

Les avantages	Les inconvénients
<p>+</p> <p>Des résultats normaux sont le plus souvent rassurants : dans 90% des cas, un taux de PSA faible signifie qu'il n'y a pas de cancer de la prostate.</p> <p>Si votre dosage du PSA est élevé, cela peut être lié à la présence d'un cancer de la prostate et donc permettre de le détecter à un stade précoce, avant l'apparition d'éventuels symptômes.</p>	<p>-</p> <p>Mais ces examens peuvent aussi « passer à côté » d'un cancer et rassurer à tort :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10% des hommes ayant un taux de PSA faible ont un cancer de la prostate ; • un toucher rectal normal n'exclut pas un cancer car cet examen ne permet de détecter que des tumeurs palpables. <p>Mais un dosage élevé ne signifie pas toujours que vous avez un cancer : d'autres maladies (hypertrophie bénigne de la prostate, prostatite ou infection urinaire) peuvent aussi augmenter le taux de PSA dans le sang. Si le dosage du PSA est élevé, des examens complémentaires sont alors le plus souvent prescrits. Dans 70% des cas, il s'avère qu'un dosage du PSA élevé n'est, en réalité, pas lié à un cancer de la prostate et a inquiété l'homme à tort.</p>

Par ailleurs, les modalités d'utilisation de ces examens (toucher rectal et dosage du PSA) en tant que tests de dépistage ne font pas consensus (intervalle entre les dépistages, taux au-dessus duquel un dosage du PSA devrait être considéré comme anormal) et la conduite à tenir par le médecin en cas de dosage considéré comme anormal n'est pas standard.

7

La biopsie : un examen indispensable au diagnostic.

Si une anomalie est détectée au toucher rectal ou si votre taux de PSA est élevé, une biopsie vous sera généralement proposée par l'urologue vers lequel votre médecin vous aura orienté. Elle permet de confirmer, ou non, la présence de cellules cancéreuses dans la prostate.

La biopsie consiste à prélever, sous anesthésie locale, des échantillons de la prostate avec une fine aiguille, en passant par le rectum.

Il s'agit d'un examen désagréable, voire douloureux, et qui peut générer des complications transitoires (sang dans les urines, le sperme ou les selles, dans près de 5% des cas). Plus rarement, il peut entraîner des infections ou une inflammation de la prostate (dans moins de 1% des cas).

La biopsie présente des limites : 20% des hommes ayant un résultat de biopsie négatif ont, en réalité, un cancer.

L'essentiel à retenir.

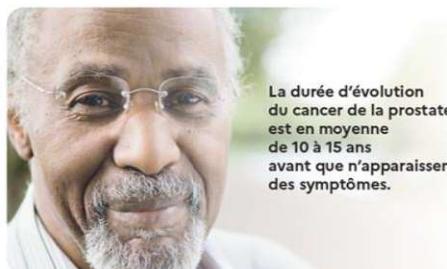
- Si les résultats du toucher rectal et du dosage du PSA sont normaux, cela peut, le plus souvent, permettre de vous rassurer.
- Si le dosage du PSA est élevé, cela peut vous donner une indication précoce sur le développement d'un cancer de la prostate.
- Mais ces examens ne sont pas totalement fiables : ils peuvent « passer à côté » d'un cancer et vous rassurer à tort.
- Inversement ils peuvent vous inquiéter à tort, vous amener à faire inutilement une biopsie et, si un cancer est diagnostiqué, à suivre un traitement qui peut être à l'origine de complications.

8

Le problème du surdiagnostic et du surtraitement.

Le cancer de la prostate évoluant souvent lentement, de nombreux cancers restent « latents » ou n'auraient jamais fait parler d'eux s'ils n'avaient pas été détectés par le dépistage (on parle de « surdiagnostic »). C'est le cas de près de la moitié des cancers de la prostate dépistés. Ces cancers auraient pu ne pas être diagnostiqués et ne pas être traités sans que cela ne porte préjudice à ces hommes.

Cependant, à l'heure actuelle, on ne sait pas distinguer, au moment du diagnostic, les cancers détectés à un stade précoce, qui vont devenir agressifs et qui doivent être traités, des cancers qui resteront « latents » et ne nécessiteraient pas de traitement. On risque donc de vous opérer ou de vous donner un traitement dont vous n'auriez peut-être pas eu besoin (on parle de « surtraitement »).



La durée d'évolution du cancer de la prostate est en moyenne de 10 à 15 ans avant que n'apparaissent des symptômes.

9

Les effets secondaires des traitements.

Il existe différents traitements du cancer de la prostate⁽¹⁾. Les principaux sont la chirurgie (ablation de la prostate ou prostatectomie), la radiothérapie externe, la curiethérapie (implants radioactifs placés à l'intérieur de la prostate), l'hormonothérapie et la chimiothérapie.

Ces traitements sont efficaces mais peuvent entraîner des effets indésirables plus ou moins sévères. Au total, plus d'un homme sur deux aura au moins une complication dans les deux ans qui suivent le début de son traitement :

- **incontinence urinaire** (perte incontrôlable de gouttes d'urine, parfois jusqu'à l'incontinence complète) : plus de 20% des hommes sont traités pour incontinence après avoir reçu un traitement ;
- **changements importants dans la vie sexuelle** (difficultés d'érection pouvant aller jusqu'à l'impuissance) : après une opération, 100% des hommes ne peuvent plus éjaculer ; entre 20% et 80% des hommes présentent des troubles de l'érection et près de 50% des hommes sont traités médicalement pour cela ;
- **troubles intestinaux** après une radiothérapie ou une curiethérapie.

L'option de la surveillance.

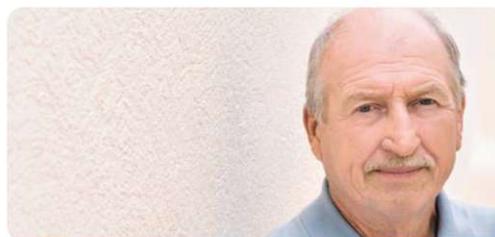
Parce que le cancer de la prostate évolue lentement, il n'y a pas toujours d'urgence à le traiter. Certaines équipes médicales proposent une surveillance dite « active » avec des contrôles réguliers. Si le cancer devient agressif, un traitement est proposé dans un second temps. Cette stratégie vise à éviter le traitement agressif des cancers à évolution lente et à limiter les risques de complications et les effets indésirables des traitements. Mais l'incertitude, l'inquiétude et l'inconfort liés aux examens à répétition peuvent être difficiles à vivre. Par ailleurs, les protocoles de suivi restent encore à évaluer. Vous devez discuter avec votre médecin des avantages et des risques de chaque option avant de débiter un traitement.



Retrouvez le Guide Cancer Info
« Les traitements des cancers de la prostate »
sur e-cancer.fr ou en scannant ce QR Code.

(1) Guide Cancer info « Les traitements des cancers de la prostate » : www.e-cancer.fr

10



L'essentiel à retenir.

- De nombreux cancers de la prostate ne se seraient jamais révélés au cours de la vie des hommes et n'auraient donc pas nécessité de traitement. Ces hommes feront face aux conséquences physiques et psychologiques des traitements sans tirer bénéfice du dépistage, puisque leur cancer n'aurait jamais fait parler de lui.
- Les traitements sont efficaces mais peuvent exposer les hommes à des effets secondaires lourds de conséquences, qui affectent la qualité de vie (troubles sexuels, urinaires et digestifs).

11

Le dépistage du cancer de la prostate

Brochure d'information



unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Table des matières

Pourquoi en parler avec votre médecin ?	3
Quand faut-il se poser la question d'un dépistage ?	4
Les mêmes bénéfices du dépistage pour tous ?	4
Prévention	4
Le cancer de la prostate : de quoi s'agit-il ?	5
La prostate	5
Le cancer de la prostate	5
Les symptômes d'un cancer de la prostate	5
Dépister le cancer de la prostate	6
Pourquoi un dépistage ?	6
Comment le dépistage se fait-il ?	6
Le diagnostic – La biopsie	6
Les traitements et approches possibles	7
Quelle est l'efficacité du dépistage pour diminuer la mortalité par cancer de la prostate ?	8
Les bénéfices et inconvénients du dépistage du cancer de la prostate	9
Les limites des tests de dépistage de la prostate	10
Que disent les sociétés de médecins ?	10
Le surdiagnostic	11
Et vous, quelles sont vos préférences ?	12
Parler du dépistage du cancer de la prostate avec votre médecin	13
Le dépistage du cancer de la prostate en un clin d'œil : 50 ans à 75 ans	14

Un lexique avec les termes médicaux se trouve en page 15

**Il n'y a
pas qu'une
solution...**



**...parlez-en
avec votre
médecin.**

Cette brochure :

- Vous invite à vous poser la question si un dépistage du cancer de la prostate serait une bonne chose pour vous.
- Vous informe sur les risques de cancer de la prostate, sur les avantages et les inconvénients liés au dépistage.
- Vous prépare à discuter avec votre médecin pour définir si un dépistage du cancer de la prostate serait une bonne chose pour vous.

Pourquoi en parler avec votre médecin ?

En Suisse, le cancer de la prostate est fréquent chez les hommes. Chaque année, 6100 hommes reçoivent ce diagnostic.

La majorité des situations évolue lentement. Seule une minorité des cancers de la prostate entraîne des conséquences graves.

Le dépistage est un examen qui a pour but de détecter la maladie avant même l'apparition de symptômes. Il n'existe **pas de consensus médical** en faveur ou en défaveur du dépistage du cancer de la prostate, car chaque situation exige une approche individuelle.

Choisir de faire un dépistage est donc une décision personnelle.

Pour prendre cette décision, il faut tenir compte de l'histoire de chacun, évaluer les bénéfices et les inconvénients liés au dépistage et aux traitements, et respecter **ses propres valeurs et préférences.**

Quand faut-il se poser la question d'un dépistage ?



Après l'âge de 75 ans, on arrête de faire le dépistage du cancer de la prostate.
Voir p.6

Les mêmes bénéfices du dépistage pour tous ?

Les hommes avec un risque élevé de cancer de la prostate :

- Les hommes avec un proche parent (père, frère, fils) atteint d'un cancer de la prostate avant l'âge de 65 ans
- Les hommes d'origine africaine

Les **bénéfices du dépistage** pourraient être plus grands chez ces hommes à risque élevé de cancer de la prostate

Prévention

Il n'existe malheureusement pas de protection absolue contre le cancer de la prostate et on ignore à ce jour quelles seraient les mesures à prendre pour prévenir le cancer de la prostate.

Le cancer de la prostate : de quoi s'agit-il ?

La prostate

La prostate est une glande située au-dessous de la vessie de l'homme. Elle est traversée par l'urètre. La prostate produit une partie du sperme qui permet la mobilité des spermatozoïdes.

- 1 Vessie
- 2 Rectum
- 3 Prostate



Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate se développe lorsque des cellules anormales apparaissent et se multiplient de façon incontrôlée. Ces cellules peuvent former une tumeur qui peut se répandre dans d'autres parties du corps si on ne la traite pas. On parle alors de métastases.

Le cancer de la prostate se développe lentement. Seule une minorité des hommes qui en sont atteints développent des métastases et en meurent, souvent à un âge avancé.

Les symptômes d'un cancer de la prostate

Un cancer de la prostate localisé peut générer des changements dans les habitudes d'uriner, notamment la difficulté à uriner et le fait d'uriner plus souvent. Ceci peut se traduire par le besoin de se lever plus souvent la nuit pour uriner.

Un cancer de la prostate plus avancé peut entraîner des douleurs osseuses, en particulier dans le bas du dos ou du bassin, ainsi qu'une fatigue importante.

ATTENTION

Quel que soit votre âge, consultez votre médecin pour un contrôle si vous présentez des symptômes tels que des changements dans les habitudes d'uriner :

- difficulté à uriner ;
- uriner plus souvent

Dépister le cancer de la prostate

Pourquoi un dépistage ?

Le dépistage est un examen qui a pour but de détecter la maladie tôt, avant l'apparition de symptômes. Le dépistage du cancer de la prostate vise à détecter le cancer avant qu'il ne se répande dans le corps. Si un cancer de la prostate est détecté, il faudra discuter d'un suivi plus rapproché ou d'un traitement.

Comment le dépistage se fait-il ?

1. Le dépistage du cancer de la prostate se fait d'abord par une prise de sang. L'examen dans le sang est nommé «test PSA». PSA est l'abréviation de «Antigène Spécifique de la Prostate». PSA est une protéine libérée dans le sang par la prostate.
2. Le médecin fait parfois un toucher rectal pour palper une éventuelle grosseur de la prostate, signe possible de cancer.

Si le test PSA est anormal :
il faut faire des examens plus poussés comme une biopsie, une IRM ou des ultrasons.
Parmi les hommes qui font un test PSA, environ 10% font une biopsie.
Voir «Le diagnostic» ci-dessous.

Si le test PSA est normal :
il faut le refaire tous les 1 à 2 ans.

Au-delà de 75 ans :
on arrête de faire le test PSA car les risques l'emportent sur les bénéfices.

En résumé, si on choisit de faire un dépistage, il y a :

- Toujours une prise de sang (test PSA) ;
- Parfois un toucher rectal ;
- Seulement suite à un test PSA anormal : une biopsie.

Le diagnostic – La biopsie

Pourquoi faire un diagnostic ?

Le test diagnostique est fait quand le patient se plaint de signes ou de symptômes possibles de cancer ou quand le dépistage avec le test PSA a donné un résultat anormal.

Le test diagnostique est une biopsie de la prostate, c'est-à-dire un prélèvement d'un petit bout de prostate pour l'analyser et confirmer un cancer de la prostate ou pas.

Selon les cas, on fait aussi une IRM ou des ultrasons pour mieux reconnaître les personnes qui ont besoin d'une biopsie.

Les conséquences et complications possibles d'une biopsie de la prostate

Sur 100 hommes qui font une biopsie :

- environ 33 hommes ont des conséquences comme des difficultés passagères à uriner ou du sang dans l'urine ou le sperme.
- environ 4 hommes ont des complications comme des douleurs ou de la fièvre.
- environ 1 homme doit être hospitalisé.

- Si un cancer de la prostate n'est pas confirmé par la biopsie, il faut discuter des modalités de suivi avec son médecin.
- Si un cancer de la prostate est confirmé par la biopsie, il faut discuter avec son médecin des possibilités de traitements ou d'un suivi rapproché.

Les traitements locaux et approches possibles

1. Opération – la prostatectomie : chirurgie qui enlève toute la prostate. C'est le traitement le plus courant.

Complications possibles :

- incontinence urinaire (incapacité à retenir ses urines) : 5 à 8 hommes sur 100 opérés ;
- impuissance (incapacité d'avoir une érection) : 40 à 50 hommes sur 100 opérés.

2. Radiothérapie : Traitement local de rayons qui détruisent les cellules cancéreuses.

Complications possibles :

- inflammation du rectum et de la vessie ;
- impuissance (incapacité d'avoir une érection) : 20 à 30 hommes sur 100 traités.

3. Surveillance active, suivi rapproché :

- option permettant de proposer un traitement seulement si le cancer progresse ;
- réduction du nombre d'interventions et de leurs complications ;
- possible dans un tiers des cas où le cancer est à faible risque de progression ;
- visites médicales, prises de sang et/ou IRM, et biopsies régulières.

IMPORTANT À SAVOIR

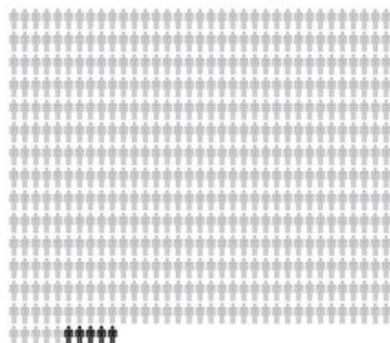
- **Le traitement** du cancer de la prostate détecté à un **stade précoce** peut éviter de développer des métastases et de mourir de ce cancer.
- **Le dépistage ne prolonge pas la durée de vie en général.** La majorité des hommes avec un cancer de la prostate meurt d'autres causes que du cancer de la prostate.

Quelle est l'efficacité du dépistage pour diminuer la mortalité par cancer de la prostate ?

Ces chiffres proviennent d'une grande étude européenne, à laquelle la Suisse a participé.

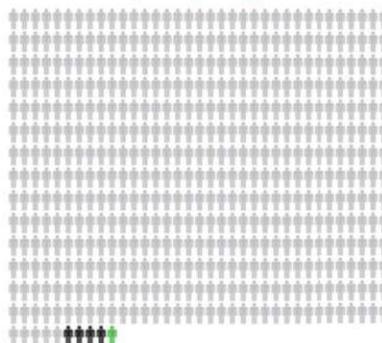
Cette figure représente un groupe de 500 hommes entre 55 et 70 ans suivis pendant 16 ans et l'impact d'un dépistage tous les 2 à 4 ans, sur le nombre de diagnostics du cancer de la prostate et sur le nombre de décès par cancer de la prostate, au sein de ce groupe.

En l'absence de dépistage



- 43 hommes auront un diagnostic de cancer de la prostate
- 5 hommes mourront du cancer de la prostate

Avec un dépistage régulier



- 58 hommes auront un diagnostic de cancer de la prostate
- 4 hommes mourront du cancer de la prostate

Suite au dépistage, sur 500 hommes :

- 15 hommes de plus auront un diagnostic de cancer de la prostate, dont certains seront un surdiagnostic. Voir p.11 ;
- 1 homme de moins mourra du cancer de la prostate.

Les bénéfices et inconvénients du dépistage du cancer de la prostate

Bénéfices	Inconvénients
<p>Savoir si on a un cancer ou pas</p> <ul style="list-style-type: none">• Le dépistage permet de savoir si on a un cancer de la prostate ou pas.• Si le résultat est normal, vous êtes rassuré de ne pas avoir de cancer de la prostate.• Si le résultat est anormal, un traitement contre le cancer ou un suivi rapproché est commencé.	<p>Subir des examens plus poussés avec des risques de complications, parfois pour rien</p> <ul style="list-style-type: none">• Suite à un test PSA anormal, il est possible que la biopsie de la prostate soit faite en l'absence de cancer.• Les hommes qui font une biopsie peuvent avoir des complications.
<p>Augmenter ses chances de ne pas mourir d'un cancer de la prostate</p> <ul style="list-style-type: none">• Le traitement du cancer de la prostate peut éviter de développer des métastases et de mourir du cancer de la prostate.	<p>Suivre un traitement qui n'aurait pas été nécessaire</p> <ul style="list-style-type: none">• Le dépistage peut mettre en évidence un cancer dont l'homme n'aurait jamais eu connaissance si le dépistage n'avait pas été fait. Cet homme risque d'avoir des effets secondaires du dépistage ou du traitement du cancer sans bénéfice pour sa santé. On parle de surdiagnostic. Voir p. 11

Les limites des tests de dépistage de la prostate

Les tests de dépistage du cancer de la prostate doivent être refaits régulièrement. Ils permettent ainsi, dans la plupart des cas, de découvrir cette maladie à ses débuts.

Cependant, il est important de savoir qu'aucun test ne peut détecter de manière certaine tous les cancers débutants.

En cas de symptômes, il est recommandé de consulter son médecin.

IMPORTANT À SAVOIR

Le test n'est pas parfait.

Le test PSA peut entraîner des :

- faux positifs : le test PSA est anormal, mais il n'y a pas de cancer ; le PSA est élevé dans le sang pour une autre raison que le cancer. Souvent, la prostate a simplement augmenté de volume à cause de l'âge. On appelle cette condition une hypertrophie bénigne de la prostate. C'est une fausse alerte du dépistage.
- faux négatifs : le test PSA est normal, mais un diagnostic de cancer de la prostate apparaît dans le laps de temps entre deux tests de dépistage.

Que disent les sociétés de médecins ?

Il n'y a pas de consensus médical en faveur ou en défaveur du dépistage du cancer de la prostate en Suisse.

Certaines sociétés médicales recommandent aux médecins de discuter systématiquement avec leurs patients âgés de 50 à 75 ans des bénéfices et des inconvénients du dépistage. Les médecins doivent s'assurer que leurs patients ont bien compris les conséquences du test avant de prendre la décision.

D'autres sociétés médicales ne recommandent pas le dépistage du cancer de la prostate. Elles recommandent de ne pas en discuter systématiquement avec les patients.

Le surdiagnostic

Le dépistage peut mettre en évidence un cancer dont l'homme n'aurait jamais eu connaissance si le dépistage n'avait pas été réalisé. Cet homme risque d'avoir des effets secondaires du dépistage ou du traitement du cancer sans bénéfice pour sa santé.

- un tel dépistage n'apporte pas de bénéfice ;
- il est actuellement impossible de prédire l'homme qui aura des bénéfices suite au dépistage.

Ce schéma explique le surdiagnostic :

Exemple de diagnostic qui ne change pas la durée de vie.

Imaginons Jean, 65 ans, qui a un cancer de la prostate sans le savoir car il n'a pas de symptômes. Ce cancer n'est pas agressif (bas grade), se développe très lentement et ne sera jamais diagnostiqué sans dépistage.

Scénario 1

Jean **fait** un dépistage



Le cancer est trouvé

Jean sait désormais qu'il a un cancer. Il est suivi médicalement et va peut-être suivre un traitement.



Jean vit jusqu'à 85 ans et meurt d'un infarctus.

Scénario 2

Jean **ne fait pas** de dépistage



Le cancer n'est pas trouvé

Jean ne sait pas qu'il a un cancer. Le cancer n'a pas d'influence sur sa santé.



Dans cette situation, **la durée de vie de Jean est la même**, qu'il ait décidé de faire un dépistage ou non. Un **surdiagnostic** est un diagnostic, le plus souvent suivi par un traitement, qui n'apporte pas de bénéfice pour la santé.

Et vous, quelles sont vos préférences ?

Afin de **vous aider dans votre réflexion**, vous pouvez lire les énoncés ci-dessous et cocher ceux qui sont **les plus importants pour vous**.

Je décide de faire le dépistage parce que :

- J'aimerais savoir si j'ai un cancer de la prostate
- Le test PSA est le test à disposition pour le moment qui permet de faire un dépistage du cancer de la prostate
- Je veux faire tout mon possible pour éviter de mourir du cancer de la prostate
- Si le test PSA est anormal, je suis prêt à accepter les effets secondaires d'une biopsie (douleurs, infection)
- Si la biopsie montre que j'ai un cancer, je suis prêt à accepter les effets secondaires du traitement du cancer (incontinence urinaire, impuissance)
- Je suis prêt à accepter que le cancer détecté par dépistage ne m'aurait peut-être jamais causé de problèmes si j'avais décidé de ne pas faire de dépistage

A ce stade de ma réflexion, je pense que...

- Le dépistage n'est pas adapté pour moi
- Le dépistage est une bonne chose pour moi
- J'hésite si le dépistage est une bonne chose pour moi ou pas
- Je ne sais pas du tout
- Cela ne m'intéresse pas

Je décide de ne pas faire le dépistage parce que :

- Je préfère ne pas savoir si j'ai un cancer de la prostate ou non
- Je pense que le test de dépistage dont nous disposons n'est pas assez fiable
- Je pense que la diminution du risque de mourir d'un cancer de la prostate suite au dépistage est insuffisante
- Si le test PSA est anormal, je ne veux pas prendre le risque d'avoir des effets secondaires d'une biopsie (douleurs, infection)
- Si la biopsie montre que j'ai un cancer, je ne veux pas prendre le risque d'avoir les effets secondaires du traitement du cancer (incontinence urinaire, impuissance)
- Je suis prêt à accepter que je pourrais être diagnostiqué avec un cancer plus tardivement que si j'avais décidé de ne pas faire de dépistage

Parlez du dépistage du cancer de la prostate avec votre médecin

Prendre la décision de faire le dépistage est un choix personnel. Vous pouvez en parler avec votre médecin et choisir avec lui ce qui est le plus juste pour vous.

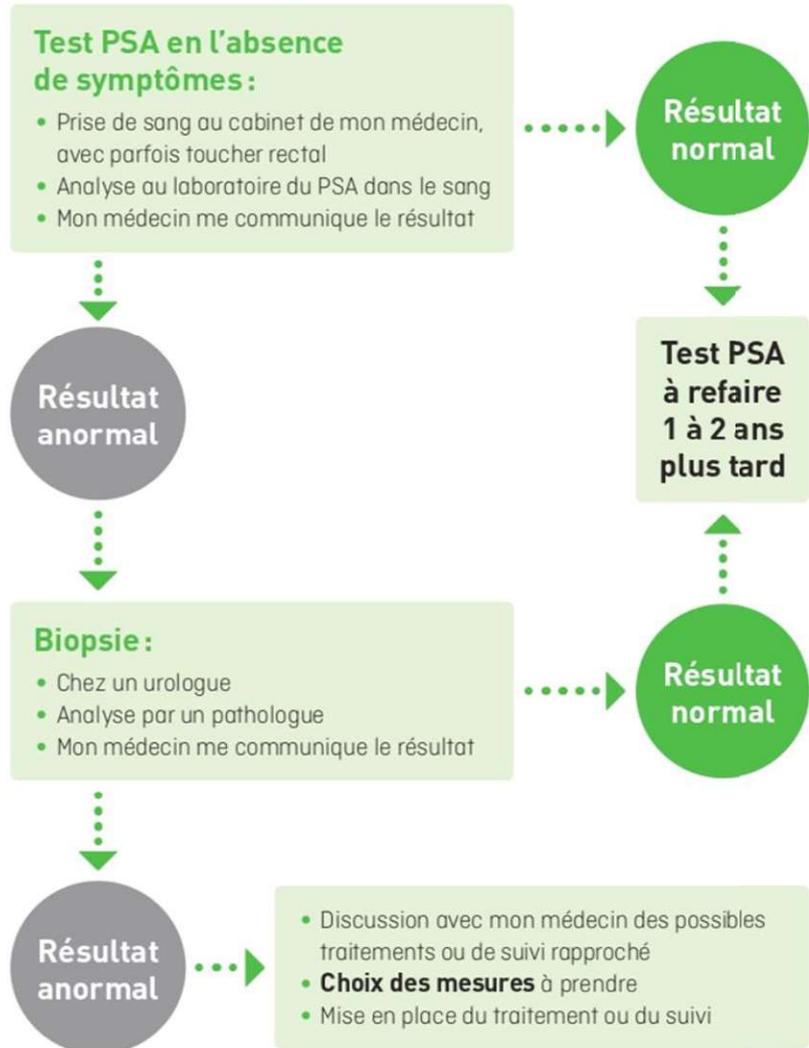
Décidez avec votre médecin



- **Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise décision** concernant le dépistage du cancer de la prostate.
- **La meilleure décision** est celle qui vous convient le mieux.
- **Votre médecin** est la personne la mieux formée pour répondre à toutes vos questions et vous aider à prendre la décision qui sera la plus appropriée pour vous.

Le dépistage du cancer de la prostate en un clin d'œil : 50 ans à 75 ans

J'ai choisi de faire le dépistage du cancer de la prostate. Que se passe-t-il en général ?



Lexique des termes médicaux

Biopsie de la prostate	Prélèvement d'un échantillon de tissus de la prostate avec une ponction par aiguille.
Cancer	Cellules anormales qui se multiplient de façon incontrôlée. Elles peuvent former des masses de tissu ou se propager dans le corps.
Dépistage	Examen ayant pour but de détecter la maladie au stade précoce, avant l'apparition de symptômes.
Diagnostic	Raisonnement menant à l'identification de la cause (l'origine) d'une douleur ou d'un symptôme.
Effets secondaires	Effets indésirables suite à une intervention médicale ou une prise de médicaments.
Glande	Organe pouvant produire et sécréter une substance. La prostate est une glande qui produit un liquide qui devient partie du liquide séminal.
Hypertrophie bénigne de la prostate	Augmentation de la taille de la prostate sans cancer. Une prostate volumineuse peut interférer avec l'écoulement normal de l'urine et augmenter les taux de PSA.
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique: technique d'imagerie médicale qui donne des vues en deux ou trois dimensions de l'intérieur du corps.
Métastases	Cellules cancéreuses qui se sont propagées dans d'autres régions du corps. Elles peuvent former des tumeurs secondaires.
Prostate	Glande située au-dessous de la vessie de l'homme et traversée par l'urètre. La prostate produit une partie du sperme qui garantit la mobilité des spermatozoïdes.
PSA	«Prostate Specific Antigen» en anglais, «Antigène Spécifique de la Prostate» en français. C'est une protéine dans le sang produite par la prostate.
Radiothérapie	Traitement local de rayons radioactifs pour détruire les cellules cancéreuses.
Rectum	Dernière partie du tube digestif, juste avant le canal anal et l'anus.
Surdiagnostic	Diagnostic par un test médical d'une maladie peu évolutive, qui n'aurait jamais été perçue au cours de la vie du patient.
Surveillance active	Suivi régulier d'un cancer localisé qu'on croit être à bas risque de croissance ou de métastases.
Symptôme	Manifestation d'une maladie, comme la fièvre en cas de grippe ou la détresse respiratoire lors d'une crise d'asthme.
Urètre	Canal de sortie de la vessie par lequel passe l'urine.
Toucher rectal	Examen de la prostate en palpant avec le doigt à travers la paroi du rectum.
Vessie	Organe du système urinaire qui reçoit l'urine et la conserve avant son évacuation au cours de la miction.

Informations complémentaires

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique - Lausanne

Rue du Bugnon 44
1011 Lausanne
Tél : 021 314 60 60
Fax : 021 314 48 88
www.unisante.ch

Ligue suisse contre le cancer

www.liguecancer.ch/prevention

Références

Les références scientifiques pour la rédaction de cette brochure ne sont pas précisées pour une question de lisibilité.

Conception / rédaction

Centre universitaire de médecine générale et santé publique – Unisanté, Lausanne, Suisse

Partenariat



**ligue vaudoise
contre le cancer**

Financement

Cette brochure a été développée avec la participation de citoyen-ne-s dans le cadre d'un projet soutenu par la Commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions du Canton du Vaud.

Octobre 2019

AUTEURE : Nom : MARTIN

Prénom : Marine

Date de soutenance : 11 juin 2024

Titre de la thèse : Prescription du PSA chez les patients asymptomatiques de plus de 50 ans par les médecins généralistes.

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine générale Mots-clés : PSA, dépistage, Cancer de la prostate, Médecine Générale, Médecin Généraliste

Résumé :

Contexte : Le dosage du PSA pour dépister le cancer de la prostate est controversé. Les recommandations des urologues en sa faveur vont à l'encontre de celles des autorités et des sociétés savantes de médecine générale. En France, les médecins généralistes prescrivent en grande majorité ce dosage, l'objectif principal de cette étude était de déterminer leurs motivations.

Méthode : Etude quantitative observationnelle transversale. Questionnaire en ligne diffusé par voie électronique à un échantillon de Médecins Généralistes du Nord Pas de Calais.

Résultats : Parmi les 160 réponses, 120 médecins (75%) étaient classés « Prescripteurs » et 40 (25%) « Non prescripteurs ». Les enseignants universitaires et les remplaçants étaient moins prescripteurs ($p=0,017$ et $0,016$) et prescrivaient moins en présence d'antécédents familiaux ($p=0,028$ et $0,018$). Les médecins prescripteurs et les femmes accédaient plus à la demande de prescription du patient ($p<0,001$ et $0,021$) au contraire des MSU ($p=0,013$). Parmi les motivations principales des prescripteurs on retrouvait la présence de facteurs de risque, la demande des patients, la demande des urologues, l'expérience professionnelle et l'absence de consensus. Dans une moindre mesure les recommandations et la peur de passer à côté d'un cancer asymptomatique étaient des motivations pour un peu plus de la moitié des prescripteurs tandis que le risque médico-légal et la réalisation de formation étaient des motivations peu approuvées. Les enseignants étaient significativement moins motivés par la demande des urologues ou la peur d'un cancer asymptomatique ($p=0,036$ et $0,032$). Le risque médico-légal, la peur du cancer asymptomatique et l'expérience professionnelle étaient étroitement liés à la prescription en l'absence de facteur de risque ($p=0,002$, $<0,001$ et $0,004$) mais aussi à la prescription en présence de certains facteurs de risque. Chez les non prescripteurs le risque du surtraitement, de surdiagnostic, l'absence de bénéfice prouvé et l'absence de consensus étaient les principales motivations à la non-prescription.

Conclusion : Les médecins généralistes du Nord Pas de Calais continuent en 2024 de prescrire largement le PSA pour dépister le cancer de la prostate en dépit des recommandations. Leurs motivations sont variées et montrent une difficulté à se positionner en l'absence de recommandations et d'une base scientifique claires, la pression des urologues et des patients l'emportant sur les recommandations actuelles.

Composition du Jury :

Président : Pr Nassir MESSAADI

Assesseur : Dr Aline CROENNE

Directeur de thèse : Pr Marc BAYEN