

# L'information du patient dans le dépistage du cancer de la prostate

Sabrina Mucciante-Menuel

▶ **To cite this version:**

Sabrina Mucciante-Menuel. L'information du patient dans le dépistage du cancer de la prostate. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00619115

**HAL Id: dumas-00619115**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00619115**

Submitted on 17 May 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année 2011 N°

# L'INFORMATION DU PATIENT DANS LE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

## THESE

Présentée pour l'obtention du

## Doctorat en médecine

Diplôme d'Etat

Par
Sabrina MUCCIANTE-MENUEL
Née le 11 juin 1983 à Echirolles

Soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble*

Le 30 mai 2011

Devant le jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Luc DESCOTES

Membres du Jury : Professeur Jean-Jacques RAMBEAUD,
Professeur Mireille MOUSSEAU,
Docteur Mathieu LARAMAS

Directeur de Thèse : Docteur Jacques BOUCHAUD

** La faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

# REMERCIEMENTS

Merci au Professeur Jean-Luc DESCOTES de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Merci au Professeur Jean-Jacques RAMBEAUD,
au Professeur Mireille MOUSSEAU,
et au Docteur Mathieu LARAMAS
de me faire l'honneur de juger mon travail.

Je remercie le Docteur Jacques BOUCHAUD d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour tes conseils et ta disponibilité.

Merci au Docteur Sandra David-Tchouda pour votre aide et vos conseils.

Merci au Docteur Guy Forestier pour m'avoir reçue et avoir accepté le dépôt des questionnaires.

Merci au Docteur Jean-Yves Rousset et au Docteur Philippe Dumoulin pour m'avoir fait découvrir et aimer la médecine générale.

Merci à ma famille, mes amis pour m'avoir accompagnée durant toutes ces années.

Merci à Maxime et Lily, mon petit ange, d'être là chaque jour.

# ABREVIATIONS

**AFU:** Association Française d'Urologie

**ERSPC:** European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer

**HAS:** Haute Autorité de Santé

**OPEPS:** Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé

**PLCO:** the Prostate Lung Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial

**PSA:** Antigène Prostatique Spécifique

**TR:** Toucher rectal

# Table des matières

REMERCIEMENTS ..... 2
ABREVIATIONS ..... 3

INTRODUCTION ..... 6

MATERIEL ET METHODE ..... 8
1- Population ..... 8
2- Réalisation du questionnaire ..... 8
3- Distribution et récupération des questionnaires ..... 9
4- Analyse statistique ..... 9
5- Elaboration d'un score évaluant le niveau de connaissance des patients ..... 10
6- Ethique ..... 10

RESULTATS ..... 11
1- Caractéristiques de l'échantillon ..... 11
2- Connaissance du motif de prescription de l'examen ..... 11
3- Objectif du dépistage ..... 12
4- Résultats des questions entrant dans le score de bonnes réponses ..... 12
a) Moyens de dépistage ..... 12
b) Evolution du cancer de la prostate ..... 13
c) Performances du test de dépistage par dosage du PSA ..... 13
d) Nécessité d'examens complémentaires pour confirmer le diagnostic ..... 14
e) Existence de plusieurs traitements ..... 14
5- Score total ..... 14
6- Informations données par le médecin avant l'examen ..... 15

DISCUSSION ..... 16
1- Le niveau d'information du patient ..... 16
2- Les informations données par le médecin avant la réalisation de l'examen ..... 18

CONCLUSION ..... 22

BIBLIOGRAPHIE ..... 25

ANNEXES ..... 27

SERMENT D'HIPPOCRATE ..... 32

Liste des Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers ..... 33
Liste des Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers ..... 36

SUMMARY ..... 38
RESUME ..... 39

# INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers tous sexes confondus, 71577 nouveaux cas estimés en 2010.

C'est la troisième cause de mortalité par cancer en France chez l'homme (1).

C'est le cancer dont l'incidence a le plus augmenté ces 25 dernières années avec une augmentation moyenne annuelle de 6,3%, plus marquée entre 2000 et 2005 (8,5%) (2).

Cette augmentation s'explique par le vieillissement de la population mais aussi par les progrès liés au dépistage avec l'apparition et la généralisation du dosage de l'antigène spécifique de prostate (3).

Le dosage de PSA et le toucher rectal sont proposés actuellement dans le dépistage du cancer de la prostate.

Le PSA est une glycoprotéine produite par la glande prostatique qui joue un rôle dans la reproduction en permettant de liquéfier le liquide séminal afin de faciliter le déplacement des spermatozoïdes. Elle se trouve dans le sang à faible concentration.

Les cellules cancéreuses peuvent entrainer une augmentation de la concentration sanguine de cette protéine.

Le PSA peut néanmoins se retrouver augmenté dans d'autres situations comme l'hypertrophie bénigne de prostate et la prostatite aigue (4).

Le dépistage systématique du cancer de la prostate est toujours controversé et ne fait pas l'objet d'un dépistage organisé par les autorités de santé comme le cancer du sein ou le cancer colorectal. Les résultats intermédiaires, très attendus de l'essai européen ERSPC et américain PLCO, n'ont pas permis de dissiper la controverse (5)(6).

Ces deux études avaient pour objectif d'évaluer l'effet du dépistage systématique par le dosage du PSA sur la mortalité spécifique liée au cancer de la prostate.

L'essai européen a montré une baisse de la mortalité de 20% liée au cancer de la prostate de manière statistiquement significative dans le sous-groupe des participants ayant débuté un dépistage entre 55 et 69 ans. Elle a également mis en évidence un taux de sur-diagnostic important estimé par les auteurs à 50% (7).

Dans le même temps, ont été publiés les résultats intermédiaires de l'essai américain ne montrant pas de différence statistiquement significative en termes de mortalité par cancer de la prostate (8).

Le dépistage individuel, qui repose sur une initiative du médecin, sur la base de la présence de facteurs de risques personnels ou à la demande de son patient, est donc recommandé actuellement en France par les sociétés savantes, dans l'attente de données nouvelles sur l'intérêt du dépistage organisé (9).

La Haute Autorité de Santé et l'Association Française d'Urologique s'accordent pour proposer à titre individuel un dépistage après une information objective du patient.
Cette information doit être claire, hiérarchisée et porter sur plusieurs points :

- les modalités du dépistage,
- les conséquences et la signification d'un test positif ou négatif,
- l'évolution naturelle du cancer de la prostate,
- les traitements du cancer de la prostate (10).

En 2004, un guide à l'usage des professionnels de santé a été publié par la HAS reprenant les différents éléments d'information pour les hommes envisageant un dépistage individuel (11).

C'est pourquoi, il nous semble intéressant d'évaluer les connaissances et les besoins d'informations des patients sur ce sujet.
L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le niveau de connaissance du patient avant la réalisation d'un dosage de PSA au laboratoire.
L'objectif secondaire est d'identifier les points perçus par le patient nécessitant un complément d'information avant la réalisation de l'examen.

# MATERIEL ET METHODE

## 1- Population

Cette étude, descriptive et prospective, évalue le niveau d'information des patients avant un dosage de PSA au laboratoire.

La population étudiée est un échantillon de patients venus réaliser un dosage de PSA dans les laboratoires de Grenoble et sa périphérie.

Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Le questionnaire a été distribué à tout patient quelque soit son âge se présentant pour cet examen.

## 2- Réalisation du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé après une recherche bibliographique des différentes recommandations sur l'information du patient, dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate. (Annexe 1)

Il est composé de :

- 3 items qui définissent la population

- 6 items qui reprennent les points clefs devant être portés à la connaissance du patient avant un dépistage du cancer de la prostate. Nous avons réalisé le questionnaire en se référant aux recommandations de l'Association Française d'Urologie qui abordent les éléments suivants (Annexe 2) :

  - les moyens de dépistage,
  - l'évolution du cancer de la prostate,
  - les performances du test de dépistage par dosage du PSA,

- la nécessité d'examens complémentaires pour confirmer le diagnostic,
- l'existence de plusieurs traitements.

- 1 question d'ordre général qui permet d'apprécier de façon globale la satisfaction du patient sur l'information donnée par le médecin et les points de carences nécessitant pour lui une information complémentaire.

## 3- Distribution et récupération des questionnaires

Le questionnaire a été déposé dans 10 laboratoires de Grenoble et sa périphérie (Saint Martin d'Hères, Meylan, Saint Egrève, Fontaine et Eybens).

On a contacté le premier laboratoire s'inscrivant sur la liste des pages jaunes dans la ville de Grenoble. Le biologiste a accepté le dépôt des questionnaires et les a proposés aux autres laboratoires travaillant dans le même groupe ORIADE.

Ils ont été distribués par l'agent d'accueil du laboratoire à tous les patients venus réaliser un dosage de PSA.

On a récupéré les différents questionnaires au bout d'un mois. Ils ont été proposés au patient pendant la période du 15 avril 2010 au 15 mai 2010.

## 4- Analyse statistique

L'analyse des résultats a été réalisée avec le logiciel Statview.

Le test statistique utilisé est le test du Chi 2

Le seuil de significativité choisi est p=0.05

## 5- Elaboration d'un score évaluant le niveau de connaissance des patients

Un score total de bonnes réponses a été établi de 0 à 6. Pour chaque réponse fausse ou l'absence de réponse un score de 0 a été attribué et pour une bonne réponse un score de 1.

## 6- Ethique

Le questionnaire a été rempli par les patients de façon anonyme.

La participation était volontaire. Les patients pouvaient librement refuser de répondre au questionnaire.

Le protocole de l'étude a été soumis et validé par le Département de Médecine Générale et le Centre d'Investigation Clinique du CHU de Grenoble.

# RESULTATS

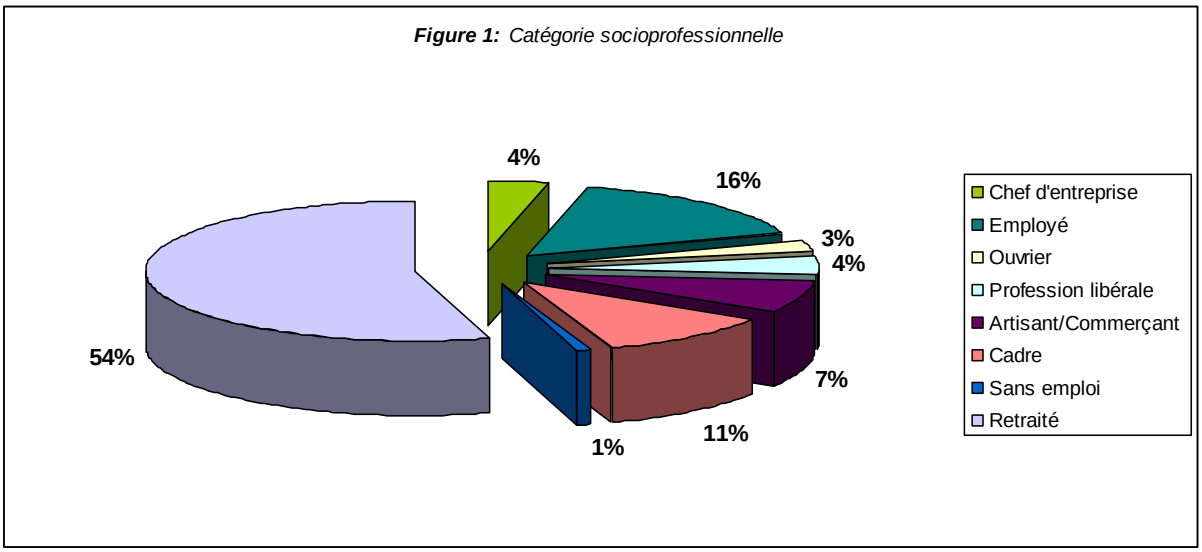
## 1- Caractéristiques de l'échantillon

Il a été déposé 250 questionnaires du 15 avril 2010 au 15 mai 2010 dans les différents laboratoires.
Nous avons eu la participation de 112 patients.

Les sujets étaient âgés de 65 ans en moyenne dont 80,7% de l'échantillon entre 45 et 75 ans et 18,4% avec un âge supérieur à 75 ans.
23% d'entre eux réalisaient pour la première fois un dosage de PSA.

L'examen a été prescrit à 80,4% par des médecins généralistes contre 18,8% par des urologues.

***Figure 1:*** *Catégorie socioprofessionnelle*

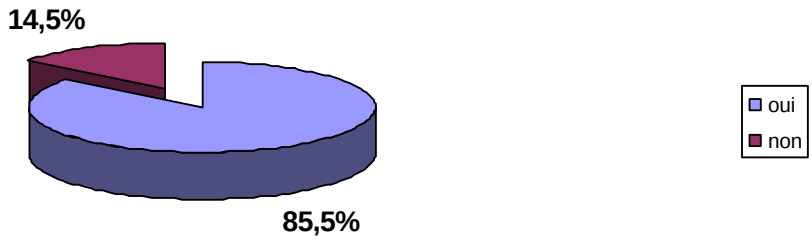



## 2- Connaissance du motif de prescription de l'examen

14,5%(n=16) de l'échantillon ont déclaré ne pas savoir pourquoi le dosage de PSA avait été prescrit (figure2).

Le fait de réaliser pour la première fois l'examen a joué un rôle sur l'ignorance du motif de prescription de manière statistiquement significative (p (chi2)=0.0037).

***Figure 2:*** *Répartition des réponses à la question "savez vous pourquoi l'examen vous a été prescrit?"*




## 3- Objectif du dépistage

98%(n=108) de l'échantillon pensent que le fait de dépister le cancer de la prostate permet de guérir plus facilement de cette maladie.

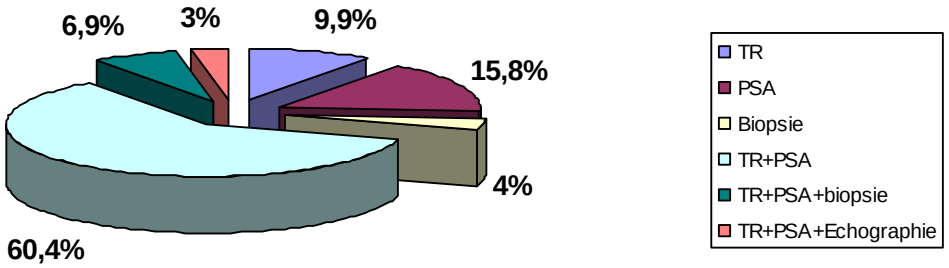
## 4- Résultats des questions entrant dans le score de bonnes réponses

### a) Moyens de dépistage

A la question « quels sont le ou les moyen(s) de dépister le cancer de la prostate ? »
11 personnes n'ont pas répondu.

La répartition des réponses est la suivante :

***Figure 3**: Répartition des réponses à la question sur les moyens de depistage*




b) Evolution du cancer de la prostate

A l'affirmation « Le cancer de la prostate évolue lentement parfois pendant plus de 10 ans » la répartition est la suivante :

| | *nombre* | *pourcentage* |
|---|---|---|
| VRAI | 80 | 82,5% |
| FAUX | 17 | 17,5% |
| TOTAL | 97 | 100% |

***Tableau 1**: Répartition des réponses à l'affirmation « le cancer de la prostate évolue lentement parfois pendant plus de 10 ans »*

c) Performances du test de dépistage par dosage du PSA

- A l'affirmation « Si le dosage de PSA est normal, je n'ai pas de cancer de la prostate », la répartition des réponses est la suivante :

| | *nombre* | *pourcentage* |
|---|---|---|
| VRAI | 47 | 48% |
| FAUX | 51 | 52% |
| TOTAL | 98 | 100% |

***Tableau 2**: Répartition des réponses à l'affirmation « Si le dosage de PSA est normal, je n'ai pas de cancer de la prostate »*

- A l'affirmation « le dosage de PSA est élevé pour d'autres maladies que le cancer de la prostate », la répartition est la suivante :

| | *nombre* | *pourcentage* |
|---|---|---|
| VRAI | 35 | 52,2% |
| FAUX | 32 | 47,8% |
| TOTAL | 67 | 100% |

***Tableau 3**: Répartition des réponses à l'affirmation « le dosage de PSA est élevé pour d'autres maladies que le cancer de la prostate »*

d) Nécessité d'examens complémentaires pour confirmer le diagnostic

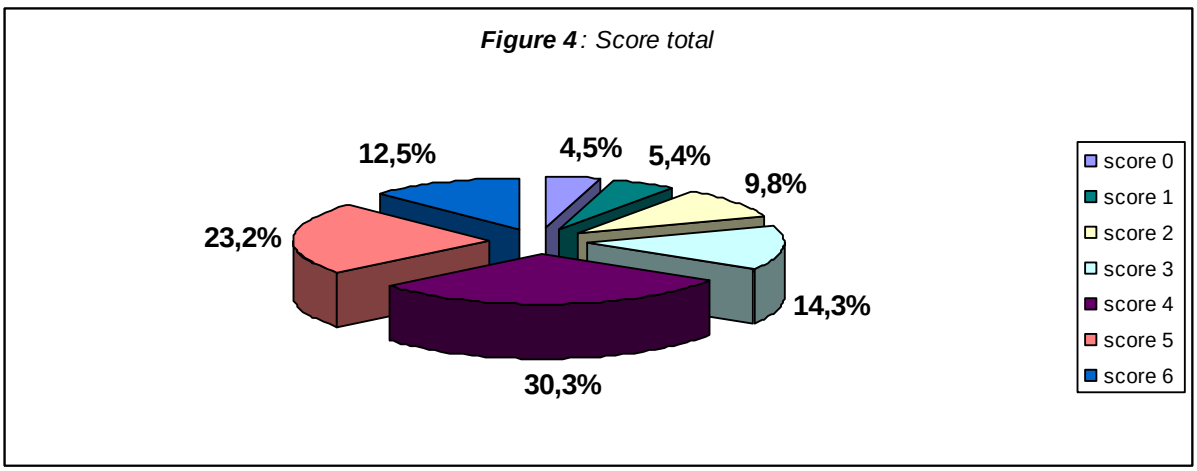
A l'affirmation « Si le dosage sanguin de PSA est élevé, il faut réaliser des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic » on retrouve un taux de bonnes réponses de 99%(n=101).

e) Existence de plusieurs traitements

A l'affirmation « Il y a plusieurs traitements possibles du cancer de la prostate », on retrouve 95,6%(n=86) de bonnes réponses.

## 5- Score total

***Figure 4**: Score total*



Soit 66% des patients avec un score supérieur ou égal à 4 contre 34% avec un score inférieur ou égal à 3.

## 6- Informations données par le médecin avant l'examen

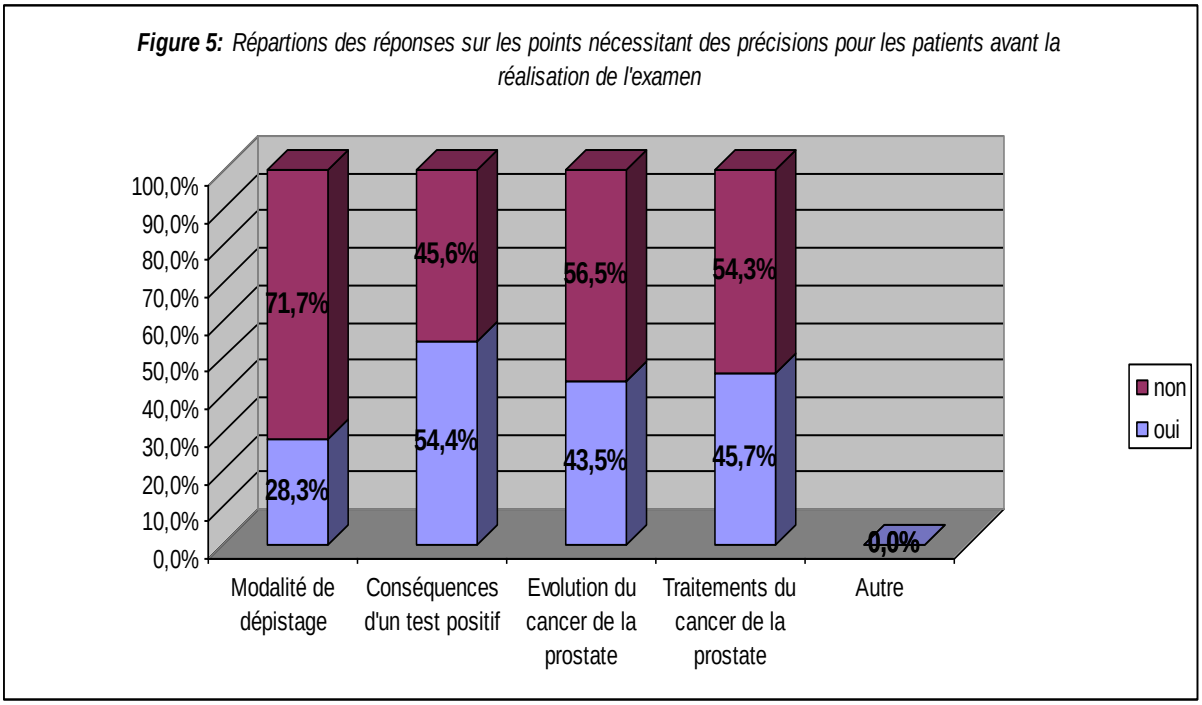
A l'affirmation « mon médecin m'a bien parlé du cancer de la prostate avant la réalisation du dosage de PSA » :

- 59%(n=66) ont répondu oui ;
- 41 %(n=46) ont répondu non.

Il n'y a pas de différence de score total entre les deux groupes. (p=0,9661)

Les 41% qui ont perçu un manque d'information de la part de leur médecin, auraient voulu des précisions sur les points suivants :

***Figure 5:*** *Répartions des réponses sur les points nécessitant des précisions pour les patients avant la réalisation de l'examen*



# DISCUSSION

## 1- Le niveau d'information du patient

Notre étude montre globalement une bonne connaissance du motif de prescription du dosage de PSA avec néanmoins 14,5% de l'échantillon déclarant ne pas savoir pourquoi réaliser l'examen. Nous avons mis en évidence que le fait de réaliser l'examen pour la première fois a joué un rôle sur l'ignorance du motif de prescription (P=0.0037).

L'interprétation de ce résultat est soumise à un biais. En effet, notre étude présente un biais de sélection. Nous n'avons pas fait de distinction dans la distribution du questionnaire, et donc dans l'analyse des réponses, entre le groupe de patients venus faire l'examen dans le cadre d'un dépistage et ceux venant pour la surveillance d'une pathologie prostatique préexistante (cancer, hypertrophie bénigne de prostate).
Cette distinction n'a pas pu être réalisée, dans un souci de simplification et de distribution du questionnaire par l'hôtesse d'accueil du laboratoire. Nous ne voulions pas également heurter les patients atteints d'un cancer n'ayant pas intégré le diagnostic.

Une enquête réalisée, en amont du rapport de l'OPEPS sur le dépistage auprès des patients venus réaliser un dosage de PSA au laboratoire, montre des résultats allant dans le même sens.
Elle a retrouvé un taux important de 30,4% sur 1131 réponses de patients qui déclaraient ne pas savoir pourquoi cet examen avait été prescrit (3).

Notre objectif principal était d'évaluer le niveau de connaissance des patients avant la réalisation du dosage de PSA. Pour répondre à cette question, nous avons établi un score de bonnes réponses de 0 à 6 et pris, de façon arbitraire, en l'absence de données dans la littérature, la limite de 4.
Nous avons retrouvé 66% de l'échantillon avec un score supérieur ou égal à 4, score pouvant refléter un bon niveau d'information.

Toutefois 34%, avaient un niveau d'information pouvant être jugé insuffisant avec un score inférieur ou égal à 3.

On note que le point principal de lacune concerne les questions sur les performances du test et la signification d'un résultat positif.

En effet 47,8% ne savaient pas que le dosage de PSA peut être élevé pour d'autres maladies que le cancer de la prostate.

De même que 48% pensaient que le fait d'avoir un résultat normal était synonyme d'absence de cancer.

Malgré ce manque de connaissance sur les performances du test, 99% de l'échantillon ont confirmé la nécessité de réaliser des examens complémentaires pour poser le diagnostic.

L'échantillon avait également une bonne notion de l'existence de plusieurs traitements du cancer de la prostate avec un taux de bonnes réponses de 95,6%. Nous n'avons pas interrogé les patients sur les différentes possibilités thérapeutiques. Comme le souligne l'AFU, une information plus détaillée sur ce point est réalisé dans un deuxième temps, une fois le diagnostic de cancer confirmé (12).

On constate une bonne connaissance des moyens de dépistage avec un taux de bonnes réponses de 60,4%. Une partie de l'échantillon, 15,8%, pense que le dosage de PSA est le seul moyen de dépistage.

On peut penser que les réponses à cette question sont conditionnées par le niveau d'information du patient mais également par la pratique des médecins généralistes qui ne réalisent pas toujours de toucher rectal (3) (13) (14).

Le toucher rectal, examen recommandé dans le dépistage, permet de détecter prés de 10% des cancers de la prostate par ce seul geste alors que la valeur du PSA est inférieure à la valeur seuil de normalité (15).

Dans l'élaboration de notre score, nous avons attribué un score de 0 aux réponses fausses mais aussi dans le cas où il n'y avait pas de réponse. Nous avons donc extrapolé ce dernier résultat en pensant qu'il s'inscrivait dans le cadre d'un patient qui ne savait pas répondre et donc qui avait un manque d'information. Néanmoins, il ne faut pas négliger le fait qu'il existe probablement une part de patients, difficile à quantifier, qui n'a pas répondu, non pas parce qu'elle ne savait pas, mais peut être parce qu'il y avait un manque de compréhension des questions.

Nous n'avons pas pu analyser le score en fonction de la catégorie socioprofessionnelle. La question a été mal posée et n'a donc pas permis de connaitre la profession des retraités au moment de leur activité.

## 2- Les informations données par le médecin avant la réalisation de l'examen

On note que 41% de l'échantillon estiment avoir reçu une information insuffisante de la part du médecin avant la réalisation du dosage de PSA au laboratoire. L'enquête préliminaire pour le rapport de l'OPEPS avait également pointé du doigt un certain déficit d'informations sur le dépistage et ses outils (3).
Une étude réalisée auprès des médecins généralistes de la région Auvergne avait montré que seulement 4,6% donnaient toutes les informations avant de mettre en route le dépistage (16).

On ne met pas en évidence de différence de niveau de connaissances entre le groupe estimant avoir reçu une information insuffisante et celui ne jugeant pas nécessaire un complément de renseignements avant le test. Les deux groupes avaient un score total comparable (p=0,9661).
Ce résultat peut s'expliquer en partie par le fait que notre enquête était axée sur l'information donnée par le médecin. Or notre score total peut aussi être conditionné par les renseignements donnés par l'entourage du patient, les médias ou internet.

L'objectif secondaire était d'identifier les points perçus par le patient nécessitants des précisions avant la réalisation de l'examen.
Parmi les 41% de l'échantillon estimant avoir reçu une information insuffisante :

- 54,4% auraient aimé plus de données sur les conséquences d'un test positif. Ce résultat coïncide avec le fait que le point principal de lacune dans notre évaluation était sur les performances du test et la signification d'un résultat positif.
- 45,7% sur les traitements du cancer de la prostate et 43,5% sur son évolution.
- 28,3% sur les modalités du dépistage.

Ces résultats illustrent toute la difficulté d'informer le patient. En effet, l'information a une place importante dans la relation de soins avec le patient, afin qu'il puisse être acteur de

sa santé. Le patient est de plus en plus demandeur à prendre part aux différentes décisions médicales qui le concernent.
La facilité d'accès des renseignements sur internet et par les médias contribuent largement à cette demande.
Dans la mesure où il existe une incertitude quant à l'efficacité du dépistage lui-même en terme d'impact sur la mortalité liée au cancer de la prostate, les sociétés savantes s'accordent à recommander une information objective et complète sur le sujet. La nécessité d'informer le patient, surtout dans le dépistage du cancer de la prostate, n'est donc plus à démontrer mais en a-t-on les moyens ?

L'argument principal avancé par les médecins généralistes est le manque de temps pour ce genre de consultation (17).
Ils sont en première ligne pour informer et amener leur patient à ne pas considérer le dépistage comme une simple prise de sang. L'information n'est pas perçue de la même façon selon la présentation des données. Le contenu va dépendre du niveau de connaissance du médecin, des croyances mais aussi de son expérience professionnelle et personnelle.

Comment expliquer de manière objective et complète le dépistage ? La réponse n'est pas simple surtout quand le sujet est source de polémique. La difficulté pour le médecin est de délivrer cette information sans effrayer le patient et en des termes simples.
On peut et on doit s'aider des recommandations sur le sujet, mettre à jour ses connaissances(10) (11).

Il faut également délivrer l'information dans des termes clairs et hiérarchisés. Plusieurs propositions peuvent être avancées afin de palier cette difficulté. Dédier une consultation à part entière pour le dépistage peut être une première réponse. Il est également possible de délivrer l'information sur plusieurs consultations notamment sur le détail des différents traitements, thème pouvant être abordé une fois le diagnostic confirmé.
Des études ont également montré que l'utilisation d'outils d'aide d'information par un support papier ou site web améliorent les connaissances du patient avant le dépistage (18) (19).
Ils permettent de présenter l'information le mieux possible et de la structurer de façon équilibrée pour minimiser les oublis et les biais. Sur ce sujet, très peu de supports sont disponibles et aucun n'est validé par les autorités de santé françaises.

Une fiche d'information, pour les hommes envisageant un dépistage, validée par le National Health Service, est traduite en français et libre d'accès (20) (annexe 3).
Par contre on retrouve des résultats contradictoires dans la littérature sur le fait que plus le patient est informé sur les avantages et inconvénients du dépistage, moins il souhaite s'orienter vers une telle démarche (18) (19) (21).

Cette dernière constatation illustre le fait qu'il est très réducteur de considérer l'information sur le dépistage uniquement dans son aspect technique et scientifique.

Le médecin a face à lui un patient, qui a ses propres représentations, sa culture, ses croyances mais aussi des capacités intellectuelles ou émotionnelles différentes. Dans la relation médecin-malade, il faut donc prendre en compte cette dimension humaine et relationnelle. C'est bien là toute la difficulté mais aussi la richesse et l'intérêt de notre métier.
L'émotion du patient dans le dépistage prend une place importante. Dans l'inconscient collectif, le cancer est synonyme de mort et a une connotation effrayante.

Il ne faut pas perdre de vue que l'objectif de l'information est d'améliorer ses connaissances sur le sujet pour le guider à prendre une décision sur la réalisation du test de dépistage.
La notion de décision partagée entre le médecin et son patient est un thème apparu dans le monde médical il y a plus de 20 ans. Elle peut être définie comme un processus d'interaction avec son patient au cours duquel est exposé une information neutre puis un partage de la décision (22).
Dans cette décision partagée rentre en compte des données médicales objectives mais également des données subjectives. Ces dernières liées à l'évaluation des préférences du patient.

Il est cependant difficile d'appliquer une telle démarche à tous les patients. Il paraît important à ce stade de distinguer le désir de connaissance et d'information des patients et la volonté in fine de prendre une décision. Si certains patients se sentent valorisés et intéressés, d'autres peuvent se sentir un peu perdus voire abandonnés sur un sujet aussi complexe.
Cette prise de décision peut être une source d'anxiété pour le patient de faire ou non le bon choix.

La quantité et la forme de l'information délivrée est donc à adapter en fonction des situations et du patient. Certains ne sont pas réceptifs à tous les renseignements jugés nécessaires pour la prise de décision, soit par déni, soit par une certaine dépendance du médecin et manque d'autonomie. Nous avons tous entendu dans notre pratique « C'est vous le docteur…. ». Nous pouvons donc être amenés à donner une information incomplète, adaptée à ce que le patient veut et peut entendre. C'est pourquoi il est nécessaire de lui demander ce qu'il sait et veut connaitre sur le sujet afin d'adapter le contenu de l'information.

Elle peut enfin être également influencée par les connaissances apportées par les témoignages de l'environnement familial, social ou médiatique pouvant rendre le patient moins réceptif à un discours scientifique.

# CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Sabrina Mucciante-Menuel

TITRE : L'information du patient dans le dépistage du cancer de la prostate

# CONCLUSIONS

Notre étude a permis d'aborder la place et la difficulté de l'information du patient dans notre pratique sur un sujet polémique : le dépistage du cancer de la prostate.
Nous avons tenté de donner une mesure objective sur le niveau d'information du patient avant la réalisation du dosage sanguin de PSA. 66% de notre échantillon, ayant accepté de remplir le questionnaire, ont eu un score de bonnes réponses supérieur ou égal à 4 sur 6.

Nos résultats donnent quelques éléments de réponses même s'ils doivent être confirmés par d'autres essais.

Ils soulignent de façon très nette un manque de connaissance du patient sur la pertinence du dosage sanguin de PSA, la signification et les conséquences d'un résultat positif.
Une part importante de notre échantillon rapporte également un manque d'information par leur médecin avant la réalisation du test.

Notre rôle est d'informer le patient avec des données médicales objectives et les plus neutres possible. Le contenu et la présentation de ces données dépendent de nos connaissances, de notre expérience mais aussi des capacités intellectuelles et émotionnelles du patient.
Nous pouvons nous aider d'outils d'aide à l'information mais très peu sont disponibles.

Des recherches restent à faire sur :

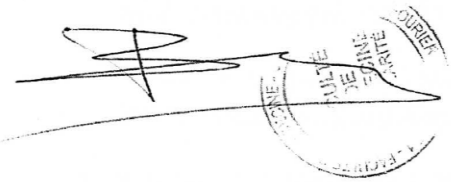
- sa forme : CD, tableaux, fiches, site web
- la présentation des données chiffrées sans effrayer le patient.

Enfin des données supplémentaires sont nécessaires afin de faire avancer le débat sur le dépistage du cancer de la prostate. Plusieurs pistes sont à explorer sur :

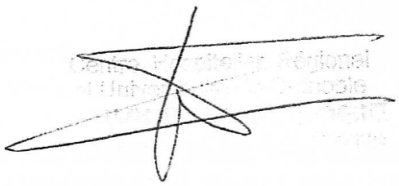
- les conséquences du dépistage sur la morbidité;
- le développement de nouveaux tests de dépistage pour améliorer les indications de biopsies prostatiques et l'évaluation de l'agressivité tumorale. Des recherches sont en cours sur la détection de gènes urinaires spécifiques du cancer de la prostate. Des résultats très encourageants sur la détection du gène urinaire PCA3 après un toucher rectal sont à confirmer.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 18/4/2011

**LE DOYEN**
B.SELE



**LE PRESIDENT DE THESE**
Professeur Jean-Luc DESCOTES



# BIBLIOGRAPHIE


1. Hospices civiles de Lyon, Institut de veille sanitaire, Institut national du cancer, Francim, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projections de l'incidence et mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. Avril 2010 http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers. Consulté le 12 novembre 2010

2. Institut de veille sanitaire. Présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005). Conférence de presse du 21 février 2008 au Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

3. Debré B. Rapport sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 02 avril 2009:p7-49.

4. Hermabessière J, Taillandier J. Physiologie de la prostate. Encycl.med.chir, Néphrologie-Urologie, 1993; 18-500-B-10

5. Barry MJ. Screening for prostate cancer-the controversy that refuses to die. N. Engl. J. Med. 2009 Mar 26; 360(13):1351-1354.

6. Gallois P, Vallée JP, Le Noc Y. Cancer de la prostate. Toujours autant d'incertitude en 2010... Médecine. 2010 Juin; 6(6): 270-276.

7. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N. Engl. J. Med. 2009 Mar 26; 360(13):1320-1328.

8. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. N. Engl. J. Med. 2009 Mar 26; 360(13):1310-1319.

9. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate-Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009.Juin 2010.

10. Association Française d'Urologie. Dossier de presse : Journée de la prostate 15 septembre 2010.http://www.urofrance.org/fileadmin/medias/journee-prostate/2010/dossierpresse.pdf Consulté le 12 novembre 2010

11. Haute Autorité de Santé - Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate - Document à l'usage des professionnels de santé. 2004 Sept ; 25p

12. Association Française d'Urologie. Dossier de presse Journée de la prostate 15 septembre 2009.http :www.urofrance.org/fileadmin/medias/journee-prostate/2009/dossier-presse.pdf Consulté le 15 janvier 2010

13. Burin B. « Etat des lieux » des pratiques courantes de dépistage du cancer de la prostate auprès des médecins généralistes et de leurs patients en Loire Atlantique. Thèse de médecine. Faculté de médecine de Nantes.2005.

14. Ganry O, Boche T. Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie : résultats d'une enquête de type déclarative. Bulletin du cancer. 2004; 91(10):785-791.

15. Bozeman CB, Carver BS, Caldito G, Venable DD, Eastham JA. Prostate cancer in patients with an abnormal digital rectal examination and serum prostate-specific antigen less than 4.0 ng/mL. Urology. 2005 Oct;66(4):803-807.

16. Guy L, Van de Steene E, Védrine N, Teissonnière M, Boiteux JP. Étude de pratique des médecins généralistes concernant le dépistage individuel du cancer de la prostate. Progrès en urologie.2008;18:46-52

17. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns. 2008 Déc;73(3):526-535.

18. Watson E, Hewitson P, Brett J, Bukach C, Evans R, Edwards A, et al. Informed decision making and prostate specific antigen (PSA) testing for prostate cancer: a randomised controlled trial exploring the impact of a brief patient decision aid on men's knowledge, attitudes and intention to be tested. Patient Educ Couns. 2006 Nov;63(3):367-379.

19. Evans R, Joseph-Williams N, Edwards A, Newcombe RG, Wright P, Kinnersley P, et al. Supporting Informed Decision Making for Prostate Specific Antigen (PSA) testing on the Web: An Online Randomized Controlled Trial. J Med Internet Res. 2010 Aug;12(3):e27 .Consulté le 12 novembre 2010

20. National Health Service Cancer Screening Programmes 2009.Dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'antigène prostatique spécifique. Fiche d'information pour les hommes envisageant un dépistage du PSA.
http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/psa-test-french.pdf. Consulté le 12 novembre 2010

21. HAS. Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate. 1998 Mai

22. Cornuz J, Junod N, Pasche O, Guessous I. Dépistage des cancers en pratique clinique : une place privilégiée pour le partage de la décision. Revue Médicale Suisse.
2010 Juillet ; 256 :1410-1415

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Questionnaire

**Vous allez faire une prise de sang avec un dosage sanguin de PSA. Afin de connaître vos attentes ou vos préoccupations, nous vous proposons de répondre à ce questionnaire. Les réponses seront analysées de façon anonyme.**

**Age : __ __ans**

**Profession :** (entourer la catégorie qui convient)

| | | |
|---|---|---|
| Agriculteur | ouvrier | artisan commerçant |
| Chef d'entreprise | profession libérale | cadre |
| Employé | retraité | sans emploi |

**Est-ce la première fois que vous faites un dosage de PSA ?**.....OUI ☐ NON ☐

**Qui vous a prescrit cet examen ?**

Médecin généraliste .....☐
Urologue .....☐
Autre .....☐
Si autre, précisez : .....

**Savez-vous pourquoi un dosage sanguin de PSA vous a été prescrit ?**

OUI ☐ NON ☐

**A votre avis, quels sont le ou les moyen(s) de dépister le cancer de la prostate ?**

Examen clinique de la prostate par toucher rectal.....☐
Examen biologique par dosage de PSA.....☐
Autre .....☐
Si autre, précisez : .....

**Pensez vous que le fait de dépister le cancer de la prostate permet de guérir plus facilement de cette maladie ?**.....OUI ☐ NON ☐

**1/2 suite →**

**Certaines personnes pensent que….**
**Et vous qu'en pensez vous ?**

**- Le cancer de la prostate évolue lentement parfois pendant plus de 10 ans**

VRAI ☐ FAUX ☐

**- Si le dosage sanguin de PSA est normal je n'ai pas de cancer de la prostate**

VRAI ☐ FAUX ☐

**- Le dosage sanguin de PSA est élevé pour d'autres maladies que le cancer de la prostate**

VRAI ☐ FAUX ☐

**- Si le dosage sanguin de PSA est élevé, il faut réaliser des examens complémentaires pour confirmer le diagnostic de cancer de la prostate**

VRAI ☐ FAUX ☐

**- Il y a plusieurs traitements possibles du cancer de la prostate**

VRAI ☐ FAUX ☐

**Mon médecin m'a bien parlé du cancer de la prostate avant la réalisation du dosage sanguin de PSA**

OUI ☐ NON ☐

***Si vous répondez « NON », pouvez vous dire sur quel(s) point(s), vous auriez voulu en savoir plus avant la réalisation du dosage de PSA.***

Les modalités du dépistage.....☐
Les conséquences d'un résultat positif.....☐
L'évolution du cancer de la prostate.....☐
Les traitements du cancer de la prostate.....☐
Autre point.....☐
Si autre, précisez : .....

**2/2**

**ANNEXE 2 : Recommandation de l'AFU sur l'information à donner avant le dépistage du cancer de la prostate**

**Extrait du dossier de presse du 15 septembre 2010**

**Informer le patient**

L'information des patients est absolument nécessaire avant de procéder aux tests de dépistage. Comme le dépistage a trait au cancer, le patient doit pouvoir apprécier, en toute connaissance de cause, les avantages et les inconvénients des tests qui lui sont proposés.

Cette information doit éclairer le patient sur les limites, les risques et les bénéfices du dépistage et sur les différents traitements en cas de cancer avéré.

**Expliquer le dépistage**

**L'AFU recommande d'expliquer le dépistage et ses objectifs en y intégrant les éléments suivants :**

. Le cancer de la prostate est une maladie grave, mais pas toujours létale. Il évolue le plus souvent lentement, parfois pendant plus de 10 ans. Un décès dû à une autre cause peut survenir pendant cette évolution prolongée.

. Le toucher rectal et le dosage du PSA sont les moyens du dépistage.

. Une valeur normale de PSA n'est pas une certitude de l'absence de cancer (faux négatif).

. A l'inverse, un résultat de PSA élevé, ne signifie pas qu'il y ait obligatoirement cancer (hypertrophie, infection).

. Un cancer ne peut être affirmé avec certitude qu'après les biopsies prostatiques.

. En cas de cancer avéré, les différentes options thérapeutiques doivent être expliquées avec leurs avantages et leurs inconvénients.

. Les conséquences en termes de survie et de guérison dans le cas d'un refus des traitements proposés ou d'échec de ces traitements doivent être bien comprises. Un cancer de la prostate, diagnostiqué avant 65 ans, tue plus d'une fois sur deux s'il n'est pas traité. Avant cet âge, les bénéfices du dépistage et du traitement sont démontrés.

## ANNEXE 3 : National Health Service. Fiche d'information traduite en français

PSA (prostate specific antigen) testing for prostate cancer French

# Dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA)

*Fiche d'information pour les hommes envisageant un dépistage du PSA*

**Pourquoi cette fiche ?**
Le cancer de la prostate est une maladie grave. Si vous le souhaitez, vous pouvez demander un test de dépistage du PSA, qui peut donner une indication précoce du cancer de la prostate. Mais les experts ne sont pas d'accord sur l'utilité du dépistage du PSA. C'est pourquoi les recherches se poursuivent et il n'existe pas de programme national de dépistage du cancer de la prostate au Royaume-Uni. Cette fiche d'information a pour but de vous donner des informations équilibrées concernant le dépistage du PSA et de vous donner des pistes de réflexion. Nous espérons qu'elle vous aidera à décider si vous avez besoin d'un test de dépistage, mais la réponse ne sera pas forcément évidente. Vous pourriez en discuter avec votre médecin ou une infirmière auxiliaire qualifiée, et en parler avec votre compagne.

**Qu'est-ce que la prostate ?**
La prostate est une glande sexuelle masculine située sous la vessie. Elle produit un liquide qui participe à la production de sperme sain. La prostate entoure le tube (appelée l'urètre) qui transporte l'urine de la vessie vers l'extérieur à travers le pénis. C'est pour cette raison que les troubles de la prostate peuvent avoir une incidence sur la manière dont vous urinez et parfois aussi modifier votre fonction sexuelle.

**Que savons-nous sur le cancer de la prostate ?**
Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent, et la deuxième cause de décès par le cancer chez les hommes au Royaume-Uni. Environ 35 000 cancers de la prostate sont diagnostiqués chaque année au Royaume-Uni et 10 000 hommes en meurent. Le cancer de la prostate est plus rare chez les moins de 50 ans, et l'âge moyen au moment du diagnostic est compris entre 70 et 74 ans. Le risque est plus important chez les hommes qui ont des antécédents familiaux de cancer de la prostate et chez les personnes d'origine africaine ou antillaise. Le cancer de la prostate est également plus fréquent dans les pays occidentaux, ce qui suggère qu'il pourrait y avoir un rapport avec les facteurs liés au mode de vie, comme l'alimentation.

Le cancer de la prostate peut évoluer lentement ou rapidement. Les cancers à évolution lente sont fréquents et peuvent ne s'accompagner d'aucun symptôme ni abréger la vie.

- Le cancer de la prostate est la deuxième cause de décès par le cancer chez les hommes au Royaume-Uni..
- Environ 35 000 cancers de la prostate sont diagnostiqués chaque année au Royaume-Uni et 10 000 hommes en meurent.
- Le cancer de la prostate est plus rare chez les moins de 50 ans

**Qu'est-ce qu'un test de dépistage du PSA ?**
Le test de dépistage du PSA est une prise de sang qui mesure le dosage de PSA (antigène prostatique spécifique) présent dans votre sang. Le PSA est sécrété par la prostate, et une partie de cet antigène passe dans votre sang selon votre âge et l'état de votre prostate.

Un niveau élevé de PSA peut vouloir dire que vous avez un cancer de la prostate. Mais d'autres maladies que le cancer (par exemple, une hypertrophie de la prostate, une prostatite ou une infection urinaire) peuvent également faire monter le niveau de PSA dans le sang. Environ deux tiers des hommes ayant un niveau de PSA élevé n'ont pas de cancer de la prostate. Plus le niveau de PSA est élevé, plus il est probable que ce soit un signe de cancer. Le test de dépistage du PSA peut également passer à côté d'un cancer.

- Un test de dépistage du PSA suppose de faire une prise de sang.
- Si le niveau de PSA dans votre sang est élevé, cela peut vouloir dire que vous avez un cancer de la prostate..
- Environ deux tiers des hommes ayant un niveau de PSA élevé n'auront pas de cancer de la prostate.
- Le test de dépistage du PSA peut passer à côté d'un cancer.
- Un dépistage isolé n'est pas fiable et d'autres examens pourront donner des informations importantes.

Lorsque vous faites un test de dépistage du PSA, vous ne devez pas avoir :

- une infection urinaire active ;
- éjaculé dans les dernières 48 heures ;
- eu une activité physique intense dans les dernières 48 heures ;
- eu une biopsie de la prostate dans les six dernières semaines ; ou
- subi un toucher rectal au cours de la semaine précédente.

Chacun de ces facteurs peut entraîner un niveau anormalement élevé du PSA.

**Que se passe-t-il après un test de dépistage par dosage du PSA ?**
Il y a normalement trois options après un dépistage du PSA :

- **Si votre niveau de PSA n'est pas élevé,** il est peu probable que vous ayez un cancer et aucune autre mesure n'est nécessaire dans l'immédiat, même si d'autres examens peuvent vous être prescrits pour confirmer le résultat.
- **Si votre niveau de PSA est légèrement élevé,** vous n'avez probablement pas de cancer, mais vous pourriez avoir besoin d'autres examens, y compris d'autres tests de dosage du PSA.
- **Si votre niveau de PSA est vraiment élevé,** votre médecin généraliste (GP) prendra des dispositions pour que vous voyiez un spécialiste, qui pratiquera d'autres examens pour savoir si vous avez un cancer de la prostate.

Votre médecin vous fera un toucher rectal (examen de l'anus avec un doigt ganté) pour sentir la prostate. Il tiendra compte également des antécédents éventuels de cancer de la prostate dans votre famille, de votre origine ethnique et des résultats des tests antérieurs éventuels de dépistage du PSA et en discutera avec vous. Dans certains cas, de nouveaux tests de dosage du PSA permettront d'éclaircir la situation ou de vérifier si une évolution a eu lieu.

**Si le niveau de PSA est élevé, quels autres tests seront exécutés ?**
Si votre niveau de PSA est élevé, une biopsie de la prostate peut être nécessaire pour vérifier si vous avez un cancer. Cela consiste à prélever des échantillons de la prostate en passant par l'anus. Beaucoup d'hommes vivent la biopsie comme une expérience gênante et désagréable, que certains qualifient de douloureuse, même si une anesthésie locale peut apporter un soulagement. Parfois, la biopsie peut entraîner des complications (comme du sang dans le sperme ou les urines) ou une infection. Les deux tiers environ des hommes ayant subi une biopsie de la prostate n'ont pas de cancer. Mais les biopsies peuvent passer à côté de certains cancers et on ne peut pas être absolument sûr de ne pas avoir un cancer après un résultat négatif.

- Un niveau de PSA élevé dans le sang peut vouloir dire que vous avez un cancer, mais vous aurez peut-être quand même besoin d'une biopsie de la prostate pour savoir si vous avez un cancer.
- Environ deux hommes sur trois qui ont subi une biopsie de la prostate n'ont pas de cancer.

**Si un cancer de la prostate est découvert à un stade peu avancé, quelles sont mes options ?**

Vos principales options pour traiter un cancer de la prostate à un stade peu avancé sont présentées ci-dessous. Vous devez discuter avec votre spécialiste des avantages et des risques de chaque option avant de commencer. Vous devez savoir que la modification de la sexualité et l'infertilité comptent parmi les effets secondaires d'un traitement radical.

- **La chirurgie** consiste en une opération destinée à retirer la prostate. L'objectif est de guérir le cancer, mais certains effets secondaires sont possibles. Près de trois hommes sur vingt pourront souffrir de troubles de la vessie et près de huit hommes sur dix pourront avoir du mal à avoir ou maintenir une érection après l'opération. Certains pourront parvenir à l'orgasme, mais ne pourront pas éjaculer, ce qui veut dire que la fertilité est affectée.
- **La radiothérapie** consiste en un traitement par radiothérapie appliqué à la prostate dans un service de consultation externe (rayonnement externe) ou au moyen d'implants radioactifs (brachythérapie). L'objectif est de guérir le cancer, mais certains effets secondaires sont possibles. Après une radiothérapie par rayonnement externe, la moitié des patients traités pourront avoir du mal à avoir ou maintenir une érection, et risquent de ne pas pouvoir éjaculer. Près de trois hommes sur dix pourront avoir la diarrhée ou des problèmes intestinaux, et près d'un homme sur vingt-cinq pourra souffrir de troubles de la vessie. Après une brachythérapie, vous pourrez avoir du mal à avoir ou maintenir une érection, et vous risquez de ne pas pouvoir éjaculer. Près d'un homme sur quinze pourra souffrir de troubles de la vessie.
- **La surveillance active, le suivi actif ou l'attente vigilante** suppose des contrôles réguliers pour vérifier que le cancer n'évolue pas. Avec la surveillance active et le suivi actif, un traitement visant à guérir la maladie vous sera proposé si le cancer progresse. Avec l'attente vigilante, un traitement sera proposé pour ralentir l'évolution du cancer. L'avantage de ces méthodes est qu'elles évitent les effets secondaires de la radiothérapie et de la chirurgie. L'inconvénient est que le cancer peut évoluer jusqu'à un stade plus avancé et que les tests de dépistage du PSA et les biopsies peuvent devoir être renouvelés. Vous aurez peut-être du mal à vivre dans l'incertitude.
- **Les autres traitements efficaces** comprennent la thérapie hormonale, la chimiothérapie, les ultrasons focalisés de haute intensité et la cryothérapie, qui s'accompagnent tous d'effets secondaires. Il est possible que ces traitements ne soient proposés que dans le cadre d'un essai clinique.

## Dois-je faire un test de dépistage par dosage du PSA ?

### Les avantages du test de dépistage du PSA

- Il peut vous rassurer si les résultats sont normaux.
- Il peut vous donner une indication de l'existence d'un cancer avant l'apparition de symptômes.
- Il peut découvrir un cancer à un stade peu avancé, quand les traitements peuvent être efficaces.
- Si le traitement réussit, les conséquences éventuelles d'un cancer plus avancé, y compris le décès, sont évitées
- Même si le cancer est plus avancé et que le traitement est moins efficace, il prolongera généralement la durée de vie.

### Les limites du test de dépistage par dosage du PSA

- Il peut passer à côté d'un cancer et rassurer à tort.
- Il peut conduire à des inquiétudes et des examens médicaux inutiles lorsqu'il n'y a pas de cancer.
- Il ne peut pas faire la différence entre un cancer à évolution lente ou rapide.
- Il peut vous inquiéter en trouvant des cancers à évolution lente qui pourraient ne jamais provoquer aucun symptôme ni abréger la durée de votre vie.
- 48 hommes subiront un traitement pour sauver une vie.

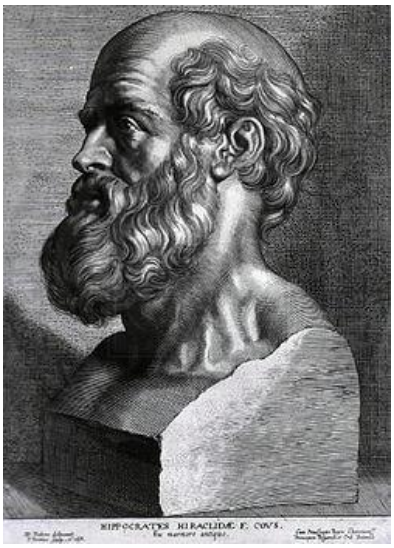
**Le site web suivant vous aidera à décider si le test de dépistage par dosage du PSA vous convient :**
**PROSDEX sur http://www.prosdex.com**

**Pour de plus amples informations**

Si vous avez la moindre question ou si vous voulez recevoir davantage d'informations concernant le test de dosage du PSA et le cancer de la prostate, vous pouvez en discuter avec votre médecin ou l'infirmière auxiliaire, ou bien consulter l'une des sources d'information suivantes.

| Organisation | Adresse du site web | Numéro de téléphone |
|---|---|---|
| PCRMP | http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/ | |
| NHS Direct | http://www.nhsdirect.nhs.uk/ | 0845 4647 |
| NHS Choices | http://www.nhs.uk | |
| Health Talk Online | http://healthtalkonline.org/ | |
| Prostate Link UK | http://www.prostate-link.org.uk/ | |
| Cancer Research UK | http://www.cancerresearchuk.org/ | 0808 800 4040 |
| Cancerbackup | http://www.cancerbackup.org.uk/Home | 0808 800 1234 |
| The Prostate Cancer Charity | http://www.prostate-cancer.org.uk/ | 0800 074 8383 |
| Prostate UK | http://www.prostateuk.org | 020 8877 5840 |
| Prostate Cancer Support Federation | http://www.prostatecancerfederation.org.uk | 0845 601 0766 |

Cette fiche d'information destinée aux patients a été actualisée par le docteur Deborah Burford et le docteur Joan Austoker du groupe d'étude en matière d'éducation sur les soins primaires de Cancer Research UK à l'université d'Oxford, et le professeur Michael Kirby, professeur invité à la faculté de la santé et des sciences humaines de l'université du Hertfordshire. Les informations contenues dans cette fiche reposent sur le contenu de la brochure intitulée *Prostate Cancer Risk Management Programme information for primary care ; PSA testing in asymptomatic men* (Dossier d'information destiné au personnel de soins primaires concernant le Programme de gestion du risque de cancer de la prostate) (NHS Cancer Screening Programmes, 2009) (Programmes de dépistage du cancer du NHS, 2009).



# SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

# Liste des Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

| | | |
|---|---|---|
| ALBALADEJO | Pierre | ANESTHESIE - REANIMATIONS |
| ARVIEUX-BARTHELEMY | Catherine | CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE |
| BACONNIER | Pierre | BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE SANTE PUBLIQUE |
| BAGUET | Jean-Philippe | CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE |
| BALOSSO | Jacques | RADIOTHERAPIE-CANCEROLOGIE |
| BARRET | Luc | MEDECINE LEGALE |
| BAUDAIN | Philippe | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| BEANI | Jean-Claude | DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE |
| BENHAMOU | Pierre Yves | ENDOCRINO DIABETO |
| BERGER | François | CANCEROLOGIE |
| BLIN | Dominique | CHIRURGIE CARDIAQUE |
| BOLLA | Michel | CENTRE COORD CANCEROLOGIE |
| BONAZ | Bruno | HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE |
| BOSSON | Jean-Luc | SANTE PUBLIQUE |
| BOUGEROL | Thierry | PSYCHIATRIE |
| BRAMBILLA | Elisabeth | ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| BRAMBILLA | Christian | PNEUMOLOGIE |
| BRICHON | Pierre-Yves | CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE |
| BRIX | Muriel | CHIR. MAXILLO-FACIALE |
| CAHN | Jean-Yves | CANCEROLOGIE |
| CARPENTIER | Patrick | MEDECINE VASCULAIRE |
| CARPENTIER | Françoise | SAMU |
| CESBRON | Jean-Yves | IMMUNOLOGIE |
| CHABARDES | Stephan | NEUROCHIRURGIE |
| CHABRE | Olivier | ENDOCRINOLOGIE |
| CHAFFANJON | Philippe | CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE |
| CHAVANON | Olivier | CHIRURGIE CARDIAQUE |
| CHIQUET | Christophe | OPHTALMOLOGIE |
| CHIROSSEL | Jean-Paul | ANATOMIE |
| CINQUIN | Philippe | SANTE PUBLIQUE |
| COHEN | Olivier | DELEGATION - HC FORUM (création entreprise) |
| COUTURIER | Pascal | GERIATRIE |
| CRACOWSKI | Jean-Luc | LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE |
| DE GAUDEMARIS | Régis | MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL |
| DEBILLON | Thierry | PEDIATRIE |
| DEMATTEIS | Maurice | MEDECINE LEGALE ET ADDICTOLOGIE |
| DEMONGEOT | Jacques | SANTE PUBLIQUE |
| DESCOTES | Jean-Luc | CLINIQUE UROLOGIE |
| ESTEVE | François | Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences |

| | | |
|---|---|---|
| FAGRET | Daniel | CLINIQUE DE MEDECINE NUCLEAIRE |
| FAUCHERON | Jean-Luc | CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE |
| FAVROT | Marie Christine | DPT DE BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE |
| FERRETTI | Gilbert | CLINIQUE RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE |
| FEUERSTEIN | Claude | GIN |
| FONTAINE | Eric | CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE |
| FRANCOIS | Patrice | DPT DE VEILLE SANITAIRE |
| GARNIER | Philippe | |
| GAUDIN | Philippe | RHUMATOLOGIE |
| GAY | Emmanuel | NEUROCHIRURGIE |
| GRIFFET | Jacques | CHIRURGIE INFANTILE |
| HALIMI | Serge | CLINIQUE ENDOCRINO-DIABETO-NUTRITION |
| HOMMEL | Marc | CLINIQUE DE NEUROLOGIE |
| JOUK | Pierre-Simon | DEPARTEMENT GENETIQUE ET PROCREATION |
| JUVIN | Robert | CLINIQUE DE RHUMATOLOGIE |
| KAHANE | Philippe | CLINIQUE DE NEUROLOGIE |
| KRACK | Paul | CLINIQUE DE NEUROLOGIE |
| KRAINIK | Alexandre | CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM |
| LANTUEJOUL | Sylvie | DEPARTEMENT D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| LE BAS | Jean-François | CLINIQUE NEURORADIOLOGIE & IRM |
| LEBEAU | Jacques | CLINIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE |
| LECCIA | Marie-Thérèse | CLINIQUE DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE-PHOTOBIOLOGIE ET ALLERGOLOGIE |
| LEROUX | Dominique | DEPARTEMENT BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE |
| LEROY | Vincent | CLINIQUE D'HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE |
| LETOUBLON | Christian | CLINIQUE CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE |
| LEVERVE | Xavier | LABORATOIRE THERAPEUTIQUE UFR BIOLOGIE BAT 72 UJFBP 53X |
| LEVY | Patrick | PHYSIOLOGIE |
| LUNARDI | Joël | BIOCHIMIE ADN- |
| MACHECOURT | Jacques | CLINIQUE DE CARDIOLOGIE |
| MAGNE | Jean-Luc | CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE |
| MAITRE | Anne | MEDECINE DU TRAVAIL EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE - |
| MASSOT | Christian | CLINIQUE MEDECINE INTERNE |
| MAURIN | Max | DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE |
| MERLOZ | Philippe | CLINIQUE CHIR. ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE |
| MORAND | Patrice | DPT DES AGENTS INFECTIEUX / VIROLOGIE |
| MOREL | Françoise | Surnombre |
| MORO-SIBILOT | Denis | PNEUMOLOGIE PHTISIOLOGIE BUREAU HD11 |
| MOUSSEAU | Mireille | ONCOLOGIE MEDICALE |
| MOUTET | François | CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE |
| PASSAGIA | Jean-Guy | ANATOMIE |
| PAYEN DE LA GARANDERIE | Jean-François | REANIMATION |

| | | |
|---|---|---|
| PELLOUX | Hervé | DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| PEPIN | Jean-Louis | CLINIQUE PHYSIOLOGIE SOMMEIL & EXERCICE - |
| PERENNOU | Dominique | CLINIQUE MPR |
| PERNOD | Gilles | CLINIQUE DE MEDECINE VASCULAIRE- |
| PIOLAT | Christian | CHIRURGIE INFANTILE |
| PISON | Christophe | CLINIQUE PNEUMOLOGIE |
| PLANTAZ | Dominique | CLINIQUE MEDICALE PEDIATRIQUE |
| POLACK | Benoît | DEPARTEMENT DE BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE |
| POLLAK | Pierre | NEUROLOGIE |
| PONS | Jean-Claude | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| RAMBEAUD | J Jacques | CLINIQUE UROLOGIE |
| REYT | Emile | CLINIQUE O.R.L. |
| RIGHINI | Christian | CLINIQUE O.R.L. |
| ROMANET | J. Paul | CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE |
| SARAGAGLIA | Dominique | ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE CHISSE |
| SCHAAL | Jean-Patrick | GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE |
| SCHMERBER | Sébastien | CLINIQUE O.R.L. |
| SEIGNEURIN | Daniel | DPT ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| SEIGNEURIN | Jean-Marie | Surnombre |
| SELE | Bernard | DPT GENETIQUE & PROCREATION |
| SESSA | Carmine | CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE |
| STAHL | Jean-Paul | CLINIQUE INFECTIOLOGIE |
| TIMSIT | Jean-François | CLINIQUE REANIMATION MEDICALE |
| TONETTI | Jérôme | CLINIQUE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE |
| TOUSSAINT | Bertrand | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| VANZETTO | Gérald | CLINIQUE DE CARDIOLOGIE |
| VUILLEZ | Jean-Philippe | BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE |
| ZAOUI | Philippe | CLINIQUE NEPHROLOGIE |
| ZARSKI | Jean-Pierre | CLINIQUE HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE |

# Liste des Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

| | | |
|---|---|---|
| BOTTARI | Serge | Département de biologie intégrée |
| BOUTONNAT | Jean | Département de Biologie et Pathologie de la Cellule |
| BRENIER-PINCHART | M.Pierre | Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie |
| BRICAULT | Ivan | Clinique de radiologie et imagerie médicale |
| BRIOT | Raphaël | Pôle Urgence SAMU |
| CALLANAN-WILSON | Mary | Génétique |
| CROIZE | Jacques | Département des agents infectieux Micro-biovigilance |
| DERANSART | Colin | GIN Equipe 9 |
| DETANTE | Olivier | Clinique de Neurologie |
| DUMESTRE-PERARD | Chantal | Immunologie |
| EYSSERIC | Hélène | Clinique de Médecine Légale |
| FAURE | Anne-Karen | Biologie de la procréation / CECOS<br>Département génétique et procréation |
| FAURE | Julien | Département génétique et procréation |
| GARBAN | Frédéric | Unité clinique thérapie cellulaire |
| GAVAZZI | Gaëtan | Clinique médecine interne gériatrique |
| GILLOIS | Pierre | Laboratoire TIMC |
| GRAND | Sylvie | Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale |
| HENNEBICQ | Sylviane | Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation |
| HOFFMANN | Pascale | Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique |
| JACQUOT | Claude | Clinique d'Anesthésie |
| LABARERE | José | Département de veille sanitaire |
| LAPORTE | François | Département de biologie intégrée |
| LARDY | Bernard | Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie |
| LARRAT | Sylvie | Département des agents infectieux |
| LAUNOIS-ROLLINAT | Sandrine | Clinique de Physiologie sommeil et exercice<br>Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires |
| MALLARET | Marie-Reine | Unité d'Hygiène Hospitalière<br>Pavillon E |
| MAUBON | Danièle | Département des agents infectieux<br>Parasitologie- Mycologie |

| | | |
|---|---|---|
| MOREAU-GAUDRY | Alexandre | Département d'innovations technologiques |
| MOUCHET | Patrick | Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. Cardio-respiratoires |
| PACLET | Marie-Hélène | Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie |
| PALOMBI | Olivier | Clinique de neurochirurgie |
| PASQUIER | Dominique | Département d'anatomie et cytologie pathologiques |
| PELLETIER | Laurent | Centre d'innovation biologique |
| PAYSANT | François | Clinique de Médecine Légale |
| RAY | Pierre | Biologie de la reproduction Département génétique et procréation |
| RENVERSEZ | J.Charles | Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire |
| RIALLE | Vincent | Information et informatique médicale-Laboratoire TIMC |
| SATRE | Véronique | Génétique chromosomique Département génétique et procréation |
| STANKE-LABESQUE | Françoise | Laboratoire de Pharmacologie |
| STASIA | Marie-Josée | UM diagnostic et recherche - Département de biologie et pathologie de la cellule |
| TAMISIER | Renaud | Clinique de Physiologie sommeil et exercice<br>Lab. explor. fonct. cardio-respiratoires |
| WEIL | Georges | Biostatistiques et Informatique Médicale |

# SUMMARY

TITLE: Patient information in the screening prostate cancer.

Background:

The mass screening prostate cancer is controversial. It leaves room for individual screening to be accompanied with clear information on the subject.

Our main objective was to assess knowledge level before realizing a PSA assay. The second objective was to identify the collected points by the patient requiring further information before the blood test.

Methods:

We have conducted a survey including various elements to be brought to the attention of the patient according to the AFU. This survey has been proposed by the receptionist in some Grenoble and its suburbs laboratories, to the men that came to make a PSA assay. No criterion was excluded. We have conducted a descriptive analysis.

Results:

We had participation of 112 patients from April 15, 2010 to May 15, 2010.

14.5% answered they didn't knew why the PSA assay had been prescribed.

66% have had correct answer with a score greater than or equal to 4 out of 6.

41% have perceived a lack of information and would like clarification around consequences of a positive result.

Conclusion:

This study has allowed us to show the place and the difficulty of patient information in our practice on controversial subject the screening prostate cancer.

**Keywords**: Specific prostate antigen, cancer, screening, information, general practice, prostate

# RESUME

TITRE : L'Information du patient dans le dépistage du cancer de la prostate

Contexte:

Le dépistage du cancer de la prostate systématique est controversé. Il laisse place à un dépistage individuel devant être accompagné d'une information claire sur le sujet.

Notre objectif principal est d'évaluer le niveau de connaissance du patient avant la réalisation d'un dosage de PSA. L'objectif secondaire est d'identifier les points perçus par le patient nécessitant un complément d'information avant la réalisation de l'examen.

Méthode:

Nous avons réalisé un questionnaire reprenant les différents éléments devant être portés à la connaissance du patient selon l'AFU. Il a été proposé par l'hôtesse d'accueil des laboratoires de Grenoble et sa périphérie aux hommes venus réaliser un dosage de PSA. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Nous avons réalisé une analyse descriptive.

Résultats:

Nous avons eu la participation de 112 patients pendant la période du 15 avril 2010 au 15 mai 2010.

14.5% de l'échantillon ont déclaré ne pas savoir pourquoi le dosage de PSA a été prescrit.

66% ont eu un score de bonnes réponses supérieur ou égal à 4 sur 6.

41% ont perçu un manque d'information et auraient aimé des précisions sur les conséquences d'un résultat positif.

Conclusion:

Notre étude a permis d'illustrer la place et la difficulté de l'information du patient dans notre pratique sur un sujet polémique le dépistage du cancer de la prostate.

**Mots-clés** : antigène prostatique spécifique, cancer, dépistage, information, médecine générale, prostate