Évaluation des déterminants de pratique du dosage des PSA par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer de la prostate

Arnaud Lacoste

▶ **To cite this version:**

Arnaud Lacoste. Évaluation des déterminants de pratique du dosage des PSA par les médecins généralistes dans le dépistage du cancer de la prostate. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01233397

HAL Id: dumas-01233397

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01233397

Submitted on 25 Nov 2015

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.

Université de Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015 Thèse n° 118

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Arnaud LACOSTE

Né le 1 février 1985 à Dax

Le mardi 6 octobre 2015

EVALUATION DES DETERMINANTS DE PRATIQUE DU DOSAGE DES PSA PAR LES MEDECINS GENERALISTES DANS LE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

Etude qualitative sur un échantillon de 15 médecins généralistes girondins prescripteurs

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur William DURIEUX

Rapporteur : Monsieur le Docteur Habib SANGARE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Marie FERRIERE Président

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Madame le Docteur Agnès GEORGES

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

REMERCIEMENTS

Au Président du jury

Monsieur le Professeur Jean-Marie FERRIERE
Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Votre grande expérience est pour moi un exemple. Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Aux membres du jury

Monsieur Le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Vos qualités pédagogiques ont été déterminantes dans mon évolution professionnelle, tout au long du cursus de médecine générale. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Agnès GEORGES
Vous avez accepté avec enthousiasme d'être juge de ce travail et je vous en remercie. Vous me faites ainsi bénéficier de vos qualités scientifiques. Soyez assurée de mon profond respect.

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL
Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être le juge de ce travail. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mes sentiments respectueux.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur William DURIEUX
Vous êtes à l'origine de ce travail et je vous remercie sincèrement de m'avoir guidé tout au long de cette thèse. Grâce à votre disponibilité, à votre rigueur, à vos qualités pédagogiques, dont j'ai pu par ailleurs bénéficier lors de mes cours de DES de médecine générale, nous avons pu mener ce travail à bien. Je vous témoigne ici ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

A mon rapporteur

Monsieur le Docteur Habib SANGARE
Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de relire ce travail. Tout au long de mon stage à tes côtés, j'ai pu bénéficier de toute ton expérience, de tes connaissances et de tes conseils, servis par des qualités humaines hors du commun.
Je te témoigne ici ma sincère gratitude et mon profond respect.

Et aussi

Je remercie les Docteur DUPUY et SERVANT-LE CAM des laboratoires de Créon et de Bordeaux d'avoir rendu ce travail possible grâce à leur bonne coopération.

Je remercie tous les enseignants de la faculté de Bordeaux de médecine générale pour leur pédagogie, leur volonté de nous transmettre leur expérience et de nous guider dans nos premiers pas de médecin.

Je remercie tous les médecins que j'ai côtoyés lors de mes stages d'interne lors de ces 3 années. Je me suis aguerri à leurs côtés et j'ai profité de leur sagesse et de leurs expériences.

Monsieur le Professeur Gérard DUCOS
Je vous remercie de votre implication et de votre rigueur scientifique lors de mon passage d'interne dans votre cabinet de médecine générale. J'ai beaucoup appris à vos côtés et je vous en suis sincèrement reconnaissant.

Merci au Docteur François REMARK pour cette rigueur que tu m'as apporté tout au long de mon stage de médecine générale, et pour tous tes bons conseils prodigués (notamment au niveau de l'anatomie fonctionnelle…)

A ma famille et mes amis

A Marie, pour ton amour, ta présence au quotidien, pour tous ces moments partagés et pour tous ceux à venir, pour tout ce bonheur, merci, je t'aime !

A mon petit ange, mon petit mousse, Adam, pour toute la joie et le bonheur que tu nous procures depuis ton arrivée. Que cela dure ! Je t'aime !

A ma mère disparue il y a trop longtemps, par ton amour, tu es présente et tu guides mes pas. Sans toi, je n'en serais pas là aujourd'hui.

A mon frère, qui m'a toujours soutenu dans les moments moins faciles, même si les kilomètres nous séparent, je sais que je peux compter sur toi.

A mon père, pour l'amour qu'il me donne et pour son implication dans les décisions importantes de ma vie. A Nathalie pour ta gentillesse et ta bienveillance, à Marie Sara et Mélodie.

A Philippe, Véronique et mes cousines Pauline et Sophie pour leur amour et leur soutien tout au long de ces années. A ma grand-mère Juliette, en souvenir de tous ces beaux moments d'enfance passés en ta présence.

A Patrick, Laurence et Thibault, pour leur présence lumineuse depuis des années déjà, à nos côtés, et pour toutes ces parties de golf.

A Maxime, pour toutes ces parties de tennis, où tu ne m'as laissé que quelques miettes, pour toutes ces parties de golf à venir où je ne t'en laisserai aucune. Pour ton côté raffiné.
A Albane.

A Thomas, pour tous ces moments de rigolade, de partage, de discussions depuis de nombreuses années.

A Camille et Julien pour toutes ces rigolades, ces apéros et ces repas gastronomiques, ces parties de belote et de tarot endiablées. Je prends « garde contre » et je n'ai « aucuns bouts ! ».

A Arnaud, pour toutes ces parties de PES et de FIFA où tu as eu le courage de persévérer malgré l'évidence… Pour toutes ces parties de tarot à la fac ou en vacances.

A Guillaume et Marion pour leur douceur, leur gentillesse et leur flegme, y compris dans des moments critiques…
A Aurélien, pour toute sa bonne humeur et son énergie, j'espère qu'on se reverra plus régulièrement. A Sylvie

A Pierre, Louis, Carole, Julia, Laure, Romain, Ludo, Edouard, Noémie, Susannah pour tous ces bons moments passés à la fac, dans les soirées ou ailleurs.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS 9

LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATION 10

INTRODUCTION 11

PREMIERE PARTIE 12
1- LE PSA 12
1-1 Caractéristiques biochimiques 12
1-2 Historique 13
1-3 Coût et nombre de dosages de PSA réalisés 13
2- PSA DANS LE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE 14
2-1 Epidémiologie 14
2-2 Anatomie, Histoire naturelle, Facteurs de risque 15
2-3 Dépistage du cancer de la prostate 16
2-3-1 Notion de dépistage 16
2-3-2 Outils de dépistage du cancer de la prostate 17
2-3-2-1 Le toucher rectal 17
2-3-2-2 Le PSA sérique total 17
2-3-2-3 Le rapport PSA libre/PSA total 18
2-3-2-4 Pro PSA et PHI 18
2-3-2-5 Le marqueur PCA 3 18
2-3-2-6 Le Four Kallicrein Panel 19
2-3-3 Problèmes du sur-diagnostic et du sur-traitement 19
2-4 Recommandations et études 20
2-4-1 PLCO 20
2-4-2 ERSPC 21
2-4-3 Recommandations ou études en faveur d'un dépistage élargi 23
2-4-3-1 L'Agence Française d'Urologie (AFU) 23
2-4-3-2 L'American Urological Association 23
2-4-3-3 Quelques études en faveur d'un dépistage élargi 23
2-4-4 Recommandations en défaveur d'un dépistage élargi 24
2-4-4-1 Recommandations de la HAS 24
2-4-4-2 Le Collège de Médecine Générale 25
2-4-4-3 L'Institut National du Cancer (INCa) 25
2-4-4-4 L'American College of Preventive Medecine 25
2-4-4-5 L'American Cancer Society 26
2-4-4-6 L'Association Européenne d'Urologie (EAU) 26
2-4-4-7 Autres instances en défaveur d'un dépistage élargi 26
3- PSA DANS LES AUTRES AFFECTIONS PROSTATIQUES 27
3-1 PSA dans l'Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP) 27
3-2 PSA dans les prostatites 28
4- TRAVAUX DE THESE REALISES SUR LE SUJET PSA ET DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE 29

DEUXIEME PARTIE : ETUDE 31

CONTEXTE 31

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS 31

MATERIEL ET METHODES 32
1- Population de l'étude 32
2- Schéma de l'étude 32
2-1 Schéma de la première partie 32
2-1-1 Critères d'inclusion 33
2-1-2 Critères d'exclusion 33
2-1-3 Recueil de données de la première partie 34
2-2 Schéma de la deuxième partie 34
2-2-1 Critères d'inclusion 34
2-2-2 Critères d'exclusion 35
2-2-3 Recueil de données de la deuxième partie 35
2-2-3-1 Enregistrement audio 35
2-2-3-2 Guide d'entretien 35
2-2-4 Analyse du contenu 36
2-2-4-1 Retranscription du verbatim 36
2-2-4-2 Relecture et annotations 36
2-2-4-3 Déterminants relevés 36
2-2-4-4 Regroupement des déterminants en thématiques 36
2-2-4-5 Saturation des données 37

RESULTATS 37
1- Résultats de la première partie 37
2- Résultats de la deuxième partie 41
2-1 Résultats quantitatifs 41
2-2 Résultats qualitatifs : Déterminants de pratique identifiés 48
2-2-1 Liés à la pratique du médecin 49
2-2-2 Liés aux préférences du patient 51
2-2-3 Liés à la relation médecin-patient 53
2-2-4 Liés à la démarche diagnostique face à des symptômes dysuriques 54
2-2-5 Liés au savoir/ connaissances/ recommandations/ communications 55
2-2-6 Liés aux expériences professionnelles des médecins 58
2-2-7 Liés aux expériences personnelles du médecin généraliste 60
2-2-8 Liés au dépistage 61
2-2-9 Liés à la dimension médico-légale du contexte de soin 62
2-3 Déterminants retrouvés lors des entretiens médecin par médecin (annexe 2) .. 63

DISCUSSION 64
1- Discussion critique de l'étude 64
1-1 Biais de sélection 64
1-2 Biais de mémorisation 65
1-3 Biais de désirabilité 66
1-4 Biais d'interprétation 66
1-5 Biais d'influence 66
1-6 Biais liés à l'inexpérience de l'enquêteur, ressenti 67

1-7 Biais liés à l'entretien semi-directif 68
1-7-1 Définition de l'entretien semi-directif 68
1-7-2 Avantages 68
1-7-3 Inconvénients 68
1-7-4 Biais liés à l'enquêteur 69
1-7-5 Biais liés à l'enquêté 69
1-7-6 Biais liés à la relation enquêteur-enquêté et à l'enquête 70
2- Discussion des résultats de la première partie 70
3-Discussion sur les résultats quantitatifs de la deuxième partie 72
4- Déterminants méritants d'être discutés 74
4-1 Les signes cliniques urinaires 75
4-2 Les bases du savoir 76
4-3 L'expérience des médecins 77
4-4 Les préférences du patient 78
4-5 La relation médecin-patient 79
4-6 La pratique du médecin 80
4-7 Le dépistage 81
4-8 Les problématiques liées à l'aspect médico-légal 82
5- Analyse des pratiques des médecins 82

CONCLUSION 85

BIBLIOGRAPHIE 87

ANNEXES 92

LISTE DES ABREVIATIONS

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

AFU : Agence Française d'Urologie

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CTMH : Comité des Troubles Mictionnels de l'Homme

EAU : Association Européenne d'Urologie

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

ERSPC : European Randomized Study of Sreening for Prostate Cancer

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

HBP : Hypertrophie Bénigne de Prostate

INCa : Institut National du Cancer

Invs : Institut national de veille sanitaire

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPEPS : Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé

PCA 3 : Principal Component Analysis

PHI : Prostate Health Index

PLCO : Prostate Lung Colorectal and Ovarian

PSA : Antigène Spécifique de la Prostate

RMO : Référence Médicale Opposable

TR : Toucher Rectal

LISTE DES TABLEAUX ET ILLUSTRATION

Tableau 1 : Déterminants relevés de pratique de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate 43

Tableau 2 : Déterminants du dosage de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate pour 15 médecins généralistes (MG) répondant sur le dosage effectué sur 30 patients (P) 45

Tableau 3 : Bases de savoir des MG guidant leur démarche dans le dépistage du cancer par les PSA..... 48

Figure 1 : Diagramme de flux 38

Figure 2 : Indications du dosages des PSA 40

INTRODUCTION

Le PSA (Antigène Specifique de Prostate) est un marqueur biologique de la prostate, sa sécrétion est liée à « l'activité prostatique », son taux sérique pouvant être augmenté en cas de prostatite, d'hypertrophie bénigne de prostate et de cancer de la prostate.
Selon les données de BIOLAM (publication annuelle proposant une analyse de l'évolution des dépenses de biologie du régime général), nous retrouvons 4.5 millions de dosage de PSA prescrits en 2010 par les médecins libéraux, en France métropolitaine. Il s'agit du premier « biomarqueur de cancer » prescrit pour un coût total de 48 millions d'euros remboursés par la sécurité sociale en 2010 (1).
Selon le rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS) de 2009, le nombre de dosages de PSA réalisés en un an se situe entre 7 à 10 millions. (médecine libérale et hospitalière) (2).
Pourtant, à ce jour, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ne préconisent pas un dépistage systématique par le dosage des PSA du cancer de la prostate (3).
Il semble par ailleurs acquis que le dosage des PSA demandé dans le cadre d'un bilan d'une Hypertrophie Bénigne de Prostate (HBP) (4) et d'une prostatite (5) ne soit pas d'une grande utilité en phase aigue.
L'Agence Française d'Urologie (AFU), pour sa part, propose dans sa recommandation de 2010 une détection précoce du cancer de la prostate, à titre individuel, après information objective, pour ne pas méconnaitre et ne pas laisser évoluer un éventuel cancer agressif de la prostate (6).
Malgré l'absence de campagne officielle concernant le dépistage du cancer de la prostate, on constate la persistance d'une prescription importante du dosage des PSA par les médecins généralistes, pour cette indication.
Il nous est donc apparu intéressant d'étudier les motivations, les déterminants de prescription du dosage des PSA dans l'indication du dépistage du cancer de la prostate, avec pour point de départ de l'analyse, le dosage concret réalisé sur le patient, et d'en relever d'éventuelles incohérences en comparaison avec les convictions et les connaissances du médecin.

PREMIERE PARTIE

1- LE PSA

1-1 Caractéristiques biochimiques

Le PSA est un marqueur biologique de la prostate, sa sécrétion est liée principalement à l'activité prostatique.
Son taux sérique est augmenté dans l'hypertrophie bénigne de la prostate, le cancer de la prostate, et les prostatites.
Sa valeur seuil dépend de la technique de dosage utilisée, mais se situe généralement à 4 ng/ml, au-delà de laquelle, le taux est considéré comme anormal.
Le PSA est une glycoprotéine appartenant à la famille des kallicréines composée de 240 acides aminés, produite par la glande prostatique, et joue un rôle dans la fluidification du sperme (7).
Le gène codant la molécule se situe sur le chromosome 19.
La demi-vie du PSA est estimée entre 2.2 et 3.2 jours. On peut estimer qu'il faut alors 2 à 3 semaines pour que le PSA retourne à sa valeur initiale après manipulation ou intervention prostatique (7).
Le PSA se retrouve dans le sérum d'hommes sains, qui ne présentent pas de pathologies prostatiques, car une faible quantité de PSA franchit la membrane basale cellulaire des cellules épithéliales des acini prostatiques. S'il y a une agression prostatique, par un cancer, un traumatisme, une hypertrophie bénigne, une prostatite, une inflammation ou un infarctus, la barrière cellulaire est rompue et le PSA se déverse dans le sang en quantité plus ou moins importante selon la pathologie incriminée (7).
Il existe différentes formes circulantes de PSA dans le sang. On le retrouve sous forme libre et sous forme complexé (8).

1-2 Historique

Les avis divergent quant à l'attribution de la découverte du marqueur des PSA. Les communautés scientifiques reconnaissent plusieurs travaux déterminants et complémentaires dans la découverte et la compréhension de cette protéine.
Flocks, en 1960, fut le premier à décrire des PSA dans le liquide séminal. Initialement, cette découverte découlait d'un besoin de rechercher un antigène spécifique du sperme dans les cas de viol.
Dix ans plus tard, en 1970, Ablin isole pour la première fois, la molécule que l'on appelle le PSA.
L'année suivante, en 1971, Hara identifie une protéine majeure du plasma séminal humain, qu'ils nommèrent « g-seminoprotein » (9) (10).
En 1979, Wang purifia une nouvelle protéine à partir du tissu prostatique, qui semblait spécifique, il lui donna donc le nom de « Prostate Specific Antigen ».
En 1980, Papsidero fut le premier à mettre au point un dosage quantitatif dans le sang.
Puis Stamey débuta un travail pour évaluer l'utilisation de cette protéine en tant que marqueur du cancer de la prostate (11).

.

1-3 Coût et nombre de dosages de PSA réalisés

Selon les données de BIOLAM, nous retrouvons 3.6 millions de dosage de PSA total, et 900000 dosage de PSA libre/total en 2010 en France métropolitaine. Il s'agit du premier « biomarqueur de cancer » prescrit pour un coût total de 48 millions d'euros remboursés par la sécurité sociale en 2010 (1).
Ainsi malgré l'absence de dépistage de masse organisé, la sécurité sociale continue de rembourser ce dosage de PSA, ce qui pourrait inciter certains médecins à le prescrire.

2- PSA DANS LE DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

2-1 Epidémiologie

Selon les estimations de l'Institut national du cancer (INCa), le cancer de la prostate serait en 2011 le cancer le plus fréquent chez l'homme avec 71000 nouveau cas par an, loin devant le cancer du poumon (27500 cas/an) et le cancer colo-rectal (21500 cas/an) (12).

Selon le rapport de l'Institut national de veille sanitaire (Invs) de 2008, sur l'estimation de l'incidence et de la mortalité en France du cancer de la prostate, le taux d'incidence a augmenté de 6.3% en moyenne entre 1980 et 2005. Ceci est à la fois la conséquence d'un vieillissement de la population et d'un changement de pratique avec la généralisation du dosage de PSA en tant que moyen de dépistage du cancer de la prostate (13).

Un nouveau rapport de 2013 minorerait cette incidence, avec une estimation à 56841 nouveau cas en 2012 en France de cancer de la prostate. Cela résulte d'une part au fait qu'une partie des cancers prévalents sont diagnostiqués, et d'autre part à un changement de prise en charge diagnostique des médecins, avec une diminution du dépistage pour le cancer de la prostate (14).

La mortalité par cancer de la prostate est estimée en 2012 à 8700 décès annuels, au troisième rang, loin derrière le cancer du poumon (21000), mais également derrière le cancer colo-rectal (9200) (4). Elle est en diminution faible mais constante depuis les années 2000 (15).

La particularité de ce cancer est d'être un cancer de l'homme âgé. L'âge médian est d'environ 70 ans (14). Ainsi, plus de 69% des cancers de la prostate surviennent après 65 ans (12).

2-2 Anatomie, Histoire naturelle, Facteurs de risque

La prostate est une glande génitale dont la fonction principale est de sécréter une partie du liquide séminal. Elle pèse chez l'homme adulte jeune, 15 à 20g. Elle est située sous la vessie, en avant du rectum et en arrière du pubis. Elle est traversée par l'urètre, qui dans son trajet prostatique, reçoit les canaux déférents et éjaculateurs. On distingue :

- la zone périphérique, qui constitue environ 70% du tissu prostatique, accessible au toucher rectal, et qui est le siège de la majorité des cancers
- la zone centrale, qui occupe 25% du volume de la glande
- la zone de transition, qui correspond à 5-10% du volume de la glande, qui est le lieu de prédilection du développement de l'hypertrophie bénigne de prostate.

Dans 95% des cancers prostatiques, l'anatomopathologie retrouve un adénocarcinome. Il se développe essentiellement dans la zone périphérique (80%) de la prostate, dans 15% dans la zone de transition, et dans 5% dans la zone centrale.
On distingue classiquement 4 stades différents du cancer de la prostate, selon la classification TNM :

- le cancer localisé, sans extension au-delà de la capsule
- le cancer localement avancé, qui s'étend aux organes adjacents, sans envahissement ganglionnaire ou métastatique
- le cancer avec atteinte ganglionnaire pelvienne
- le cancer métastatique

L'évolution cancéreuse est le plus fréquemment très lente, initialement asymptomatique. Le développement de ce cancer est dépendant des androgènes, mais les mécanismes biologiques et génétiques jouant un rôle dans le caractère indolent ou agressif d'un cancer de la prostate sont méconnus (3).

Les facteurs de risques de survenue d'un cancer de la prostate les plus cités sont :

- la notion d'antécédents familiaux : le risque est multiplié de 2 à 3.5 lorsqu'il y a un cas de cancer chez un patient de premier degré, le risque est plus élevé lorsque 2 parents ou plus sont atteints (16).

- Les hommes originaires d'Afrique de l'Ouest, les Antillais pourraient avoir 2 à 3 fois plus de risque de développer un cancer de la prostate.
- Le lien entre exposition à des agents environnementaux et cancer de la prostate est difficile à mettre en évidence

Ces éléments restent cependant, à l'heure actuelle, imparfaitement connus pour définir avec clarté des populations à haut risque de développer un cancer de la prostate.

2-3 Dépistage du cancer de la prostate

2-3-1 Notion de dépistage

Le dépistage est une action de santé publique qui vise à identifier un groupe de personnes, apparemment en bonne santé, susceptible d'être à risque de développer une pathologie cancéreuse, en utilisant des tests performants, simples, rapides, acceptables, avec un coût satisfaisant.
Tout cela a pour objectif de déceler précocement une affection cancéreuse, pour la traiter de façon efficace.
Ce dépistage ne doit pas seulement permettre d'allonger la durée de vie, mais il doit aussi pouvoir modifier le processus de la maladie (17).
Les critères OMS (Organisation Mondiale de la Santé) sont les suivants :

- l'affection visée doit poser un problème majeur de santé publique
- il doit exister un traitement d'efficacité prouvée
- il faut disposer des tests diagnostiques et des moyens thérapeutiques en pratique courante
- la maladie doit être décelable au stade précoce ou infra-clinique
- il existe un test de dépistage efficace
- ce test doit être acceptable pour la population
- l'histoire naturelle de la maladie doit être bien connue
- il existe un consensus pour décider ont les patients qui nécessiteront un traitement
- le coût du dépistage (diagnostic et traitement inclus) doit être évalué et acceptable
- le dépistage doit faire l'objet d'une stratégie continue de politique de santé

En fonction de la population cible, un dépistage peut être :

- systématique : la population n'est pas sélectionnée (sauf éventuellement par l'âge)
- ciblé : la population est ciblée par des critères définis, considérant un groupe comme à haut risque de développer la pathologie

Selon les modalités de mise en œuvre, on distingue :

- le dépistage organisé ou de masse : la population est recrutée de façon active, dans le cadre de campagne de dépistage
- le dépistage individuel : la population est recrutée lors d'un recours aux soins (consultation, hospitalisation…) (17).

2-3-2 Outils de dépistage du cancer de la prostate

2-3-2-1 Le toucher rectal

Il s'agit du premier test de dépistage utilisé depuis longtemps, pour détecter les modifications de consistance du tissu prostatique. Il permet d'évaluer la zone périphérique postérieure de la prostate, lieu de prédilection du développement du cancer de la prostate (80% des adénocarcinomes) et permettrait, en association avec le PSA d'augmenter le taux de détection de cancer de la prostate (18).

Cependant, seules les parties postérieures et latérales sont accessibles au toucher rectal, qui reste par ailleurs un examen dont l'efficacité dépend de l'expérience du praticien.

2-3-2-2 Le PSA sérique total

Selon l'agence française d'urologie, si le taux de PSA est supérieur à 4 ng/ml, une consultation urologique est recommandée pour avis, en vue de l'indication d'une biopsie echoguidée. Dans certains cas, l'urologue peut choisir de ne pas réaliser la biopsie, par exemple en cas de signes infectieux, de volume élevé de la prostate, ou encore lorsque la cinétique du PSA est stable (19).

En deçà de 4 ng/ml avec un TR normal, aucune investigation complémentaire n'est à faire, considérant le risque d'avoir un cancer de la prostate très faible.

2-3-2-3 Le rapport PSA libre/PSA total

Afin d'affiner la détection du cancer de la prostate, le dosage du rapport PSA libre/PSA total a été proposé. Ce rapport tendrait à baisser en cas de cancer de la prostate, mais la valeur seuil discriminante de ce rapport n'a pas été définie et validée. L'AFU a fixé cette valeur à 10% et préconise de réaliser des biopsies en dessous de ce seuil.

2-3-2-4 Pro PSA et PHI

Pour améliorer les performances des PSA, de nombreuses études ont été réalisées ces dernières années, sur des marqueurs ou des fractions du PSA.
Le pro PSA est une fraction du PSA libre qui est exprimée par les cellules du cancer de la prostate. Le pro PSA est très élevé dans les tissus cancéreux de la prostate versus le tissu prostatique sain. Les études destinées à évaluer les performances de ce marqueur ont montrées que le taux de pro PSA était encore plus efficace s'il était combiné au taux des autres formes de PSA tel que le PSA total et le PSA libre, ce qui correspond à l'index PHI (Prostate Health Index).
Le PHI a l'avantage d'être obtenu par une simple prise de sang et permet de définir l'intérêt ou non de réaliser une biopsie prostatique. Il semblerait beaucoup plus spécifique que le PSA total seul (20).

2-3-2-5 Le marqueur PCA 3

Parmi les nombreux marqueurs en cours d'évaluation, le gène PCA 3 semble intéressant par sa surexpression dans le tissu prostatique cancéreux par rapport au tissu prostatique sain.
Ce marqueur est mesuré dans les urines après massage de la prostate. Il semble remplir les conditions nécessaires aux outils diagnostiques (fiabilité, facilité de recueil), en dépit d'un coût élevé du kit. Il apporterait un gain de spécificité et de valeur prédictive négative par

rapport au PSA total et au rapport PSA libre/ PSA total et se révèle être un bon indicateur des biopsies prostatiques. Ainsi, il permettrait d'éviter de nouvelles biopsies inutiles chez des patients ayant présentés une première série de biopsies prostatiques négatives (21).

D'après les premières études, il serait moins sensible que le PHI pour définir l'agressivité d'un cancer prostatique (22).

2-3-2-6 Le Four Kallicrein Panel

Il s'agit d'un index combinant plusieurs formes de PSA ou de marqueurs et qui se dose dans une prise de sang : PSA total, PSA libre, PSA intact, kallicrein related peptidase 2.
D'après les premiers résultats, il semblerait avoir les mêmes résultats que le PHI, en termes de sensibilité pour le dépistage du cancer de la prostate et de prédiction de malignité de ce cancer et permettrait donc de réduire le nombre de biopsies prostatiques inutiles (23).

2-3-3 Problèmes du sur-diagnostic et du sur-traitement

La question de l'impact du dépistage sur la réduction de la mortalité du cancer de la prostate est toujours posée aujourd'hui.
Les concepts de sur-diagnostic et de sur-traitement sont également apparus.
Le sur-diagnostic est le dépistage d'un cancer de la prostate qui ne serait jamais devenu symptomatique dans la vie du patient. Ce sur-diagnostic a des conséquences en termes d'investigations additionnelles et de potentiels traitements chez des hommes qui ne seraient pas décédés du cancer de la prostate.
Le sur-traitement se définit par le traitement d'un cancer (prostatectomie, radiothérapie) sans impact sur le pronostic de la maladie. Il peut en découler des effets secondaires permanents comme les troubles érectiles ou l'incontinence urinaire et entrainer une altération de la qualité de vie du patient.

2-4 Recommandations et études

A la lumière de cette controverse concernant l'impact du dépistage du cancer de la prostate par le dosage des PSA, dans la diminution de la morbi-mortalité, plusieurs études de grande ampleur ont vu le jour ces dernières années.
Les 2 plus importantes réalisées respectivement aux Etats Unis et en Europe sont les études PLCO et ERSPC.
Ces 2 études ont été initiées dans les années 90, afin d'évaluer l'efficacité du dépistage systématique du cancer de la prostate en terme de réduction de la mortalité spécifique.

2-4-1 PLCO

L'étude PLCO (Prostate Lung Colorectal and Ovarian cancer screening trial) est un essai randomisé multicentrique et contrôlé. L'objectif principal est de déterminer l'effet du dépistage du cancer de la prostate associant le dosage de PSA total au toucher rectal sur la mortalité par cancer de la prostate.
Cette étude de grande envergure étudie également le dépistage du cancer du poumon, colo-rectal et ovarien.
Elle a été instituée à la même époque que l'étude ERSPC, dans 10 centres aux Etats Unis, incluant des hommes de 55 à 74 ans. Le suivi des patients, initialement prévu à 10 ans, a été ajusté à 13 ans.
Parmi 76693 patients inclus, 38343 ont été randomisés dans le bras dépistage et 38350 dans le bras témoin.
Les objectifs secondaires étaient d'estimer la sensibilité, la spécificité et la valeur prédictive positive du dépistage, et de définir les stades du cancer au diagnostic.
Les patients du groupe dépistage ont bénéficié d'un dosage sérique de PSA et d'un toucher rectal annuel. Le seuil de normalité des PSA a été fixé à 4 ng/ml. Tous les hommes ayant des PSA > 4 ng/ml ou avec un toucher rectal suspect bénéficiaient d'une biopsie prostatique. Puis ils ont été traités selon les pratiques courantes aux Etats Unis, si un cancer avait été dépisté.
La compliance au dosage de PSA et au toucher rectal dans le groupe dépisté était respectivement de 85% et 86%. Dans le groupe contrôle, 52% de patients ont bénéficié d'un dosage de PSA, au bout de 6 ans de suivi, et 46% de patients ont eu un toucher rectal, ce qui

pourrait entraîner un biais dans l'analyse des résultats de mortalité par le cancer de la prostate dans cette étude.
A 7 ans, 2820 cancers de la prostate ont été diagnostiqués dans le groupe dépisté et 2322 dans le groupe témoin. A 10 ans de suivi, respectivement 3452 et 2974.
Dans l'ensemble, le stade du cancer était semblable dans les 2 groupes.
A 7, 10, 13 ans de suivi, il n'ya aucune différence significative en terme de mortalité spécifique au cancer de la prostate entre les 2 groupes. En effet, au bout de 13 ans de suivi, le nombre de décès dû au cancer de la prostate atteint 158 pour le groupe dépisté contre 145 pour le groupe témoin, ce qui correspond à un taux cumulé de mortalité respectivement de 3.4 et 3.7 morts pour 10000 personnes-année, différence non significative (24) (25).

2-4-2 ERSPC

L'étude ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) est un essai randomisé, multicentrique, contrôlé, qui s'est déroulé dans 9 pays européens (Belgique, Pays-Bas, Suède, Finlande, Italie, Espagne, Suisse, Portugal, France), caractérisé par des méthodes organisationnelles pouvant varier d'un pays à l'autre. Le Portugal a rapidement été exclu de cette étude, en raison d'une incapacité à fournir des données nécessaires, et la France n'a pas été incluse en raison d'une décision trop tardive de participation à cet essai.
Elle a pour objectif de déterminer l'effet du dépistage du cancer de la prostate par le dosage sérique de PSA total, proposé à un rythme variable selon les pays, chez des hommes de 50 à 74 ans. Les objectifs secondaires ont été d'étudier la sensibilité et la spécificité des PSA, l'incidence du cancer de la prostate.
Parmi les 182160 hommes de 50 à 74 ans inclus, 162388 avec un âge cible prédéfini (entre 55 et 69 ans) ont été randomisé en 2 groupes : 72891 dans le groupe suivi et 89352 dans le groupe témoin (26).
Dans la plupart des centres, le dosage de PSA a été réalisé à intervalle de 4 ans dans le groupe dépisté. La valeur seuil de normalité a été fixée à 3 ng/ml, sauf en Finlande et en Italie où elle était de 4 ng/ml. Si ce seuil était dépassé, le patient bénéficiait d'une biopsie prostatique, et était traité selon les références locales s'il y avait un cancer avéré.
Le taux de compliance au premier dosage de PSA était de 82.2%.

Sur un suivi de 13 ans, 7408 cancers de la prostate sont apparus dans le groupe dépisté, 6107 dans le groupe témoin (27), ce qui correspond à un rate ratio de l'incidence du cancer de la prostate entre le groupe dépisté et le groupe témoin de 1.57 après 13 ans de suivi.
En termes de mortalité spécifique, après 13 ans de suivi, on déplore 355 décès dans le groupe dépisté contre 545 dans le groupe témoin, ce qui correspond à un rate ratio ajusté de la mortalité spécifique du cancer de la prostate de 0.73. La différence absolue entre le groupe dépistage et le groupe témoin est de 1.28 décès par cancer pour 1000 hommes. Cela signifie que pour éviter un décès par cancer de la prostate, il faut dépister 781 hommes et en traiter 27 sur une période de 13 ans.
Après 9 ans de suivi, la différence absolue entre le groupe dépistage et le groupe témoin était de 0.71 décès par cancer pour 1000 hommes, c'est-à-dire que pour éviter un décès par cancer de la prostate, il fallait dépister 1410 hommes et en traiter 48.
A 13 ans de suivi, la réduction relative du taux de décès par cancer de la prostate est de 22% contre 21% à 9 ans.
Ces résultats significatifs, en terme de réduction de mortalité entre les 2 groupes, n'amène cependant pas les auteurs à se positionner immédiatement en faveur d'un dépistage élargi par le dosage des PSA totaux. Ils admettent que la principale faiblesse de leur étude réside en un taux très élevé de sur-diagnostic et de sur-traitement, ce qui entraîne une réduction significative de la qualité de vie des patients et minore les résultats en terme de réduction de mortalité (28).
Selon M. Rachid Salmi, épidémiologiste mandaté par l'HAS, afin d'obtenir un avis indépendant sur l'impact de ces 2 études (PLCO et ERSPC) sur la nécessité de se reposer la question d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage des PSA : « Cette étude européenne est caractérisée par une grande liberté laissée aux pays, entraînant une hétérogénéité des pratiques de dépistage et de conduite de l'étude elle-même. L'analyse principale présentée, n'est pas, quoiqu'en disent les auteurs une analyse en intention de dépister. Les résultats d'efficacité, repris en intention de dépister, ne sont pas concluants. » (29).
Selon lui, c'est sur ce dernier point que les 2 études diffèrent puisqu'il considère que l'étude américaine PLCO est réellement en intention de dépister, ce qui pourrait entraîner ces variabilités en termes de résultats concernant la mortalité entre ces 2 études.

2-4-3 Recommandations ou études en faveur d'un dépistage élargi

2-4-3-1 L'Agence Française d'Urologie (AFU)

L'AFU préconise la réalisation d'un dépistage individuel. Elle s'appuie notamment sur les résultats de l'étude ERSPC (19), bien que reconnaissant certaines limites méthodologiques de cette étude, et les notions de sur-diagnostic et de sur-traitement et propose un suivi et une prise en charge de manière à minorer ces 2 facteurs.
Les recommandations en onco-urologie publiées en 2010 sont les suivantes : « Alors que le dépistage organisé est en cours d'évaluation, une détection précoce du cancer de la prostate peut être proposée à titre individuel après information objective, pour ne pas méconnaître et laisser évoluer un éventuel cancer agressif de la prostate. La détection précoce du cancer de la prostate repose actuellement sur un toucher rectal et un dosage du PSA total dont le rythme de réalisation reste à préciser. Le dépistage pourrait être recommandé à partir de 45 ans chez les hommes à haut risque de développer un cancer de la prostate : origine afro-antillaise ou antécédent familial (au moins 2 cas collatéraux ou de survenue avant 55 ans). Le dépistage n'est pas recommandé chez les hommes dont l'espérance de vie est estimée inférieure à 10 ans, en raison d'un âge avancé ou de comorbidités sévères. » (19) (6).

2-4-3-2 L'American Urological Association

Elle se positionne en faveur d'un dépistage individuel, élargi, après avoir fourni une information claire, sur la balance bénéfice risque du dépistage et d'avoir abordé la notion de sur-diagnostic et de sur-traitement (30).

2-4-3-3 Quelques études en faveur d'un dépistage élargi

Pour les auteurs d'une étude, la mise en œuvre du dépistage systématique par le dosage du PSA est associée à une diminution de la survenue de cancers de la prostate métastasés (31).

Les auteurs d'une autre étude rétrospective américaine, concluent, qu'en l'absence de dépistage, si on applique les résultats de l'étude à la population globale, le nombre d'hommes

atteint de cancer métastatique en l'absence totale de dépistage, serait 3 fois supérieur à celui observé à l'heure actuelle (32).

2-4-4 Recommandations en défaveur d'un dépistage élargi

2-4-4-1 Recommandations de la HAS

La HAS recommande de continuer à ne pas réaliser de dépistage de masse dans la population générale, pour le cancer de la prostate. A l'issue de l'analyse critique des articles concernant les études ERSPC et PLCO, publiés en mars 2009, la HAS :

- « considère qu'aucun élément scientifique nouveau n'est de nature à justifier la réévaluation de l'opportunité de la mise en place d'un programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA ». Elle estime qu'à ce jour, il n'a pas été démontré que la mise en œuvre d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le PSA total soit associée à un bénéfice en termes de réduction de la mortalité. La HAS perçoit néanmoins qu'une démarche de dépistage individuel, non systématisée, pourrait, dans certains cas, apporter un bénéfice individuel au patient.

- « rappelle, dans ces conditions, les recommandations publiées par l'ANAES en 1999, et en 2004, considérant que les connaissances actuelles ne permettent pas de recommander un dépistage de masse du cancer de la prostate par le dosage du PSA ».

- « insiste enfin, sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate » (29).

Le dernier référentiel de pratique de la HAS de 2013, préconise une recherche « diagnostique » de cancer de la prostate chez des patients symptomatiques, par l'association de l'interrogatoire, du toucher rectal, du dosage du PSA total, et d'un ECBU (3).

2-4-4-2 Le Collège de Médecine Générale

Dans son communiqué du premier février 2011, le collège de médecine générale rappelle que tous les dépistages de cancers ne sont pas opportuns. Il rappelait que le dépistage du cancer de la prostate aboutissait à de nombreux sur-diagnostics, et qu'on ne peut assimiler la présence de cellules cancéreuses à un cancer-maladie (33).
Il précise que la synthèse des nombreuses études disponibles ne permet pas d'affirmer que ce dépistage épargne des décès par cancer de la prostate, ni même augmente l'espérance de vie des patients. Il rappelle de fait que l'un des fondements de l'activité médicale est de ne pas nuire : « Primum non nocere ».
Le collège invite les médecins généralistes à informer clairement les hommes de plus de 50 ans, à la fois sur les avantages espérés et sur les inconvénients potentiels d'un dépistage par toucher rectal et dosage du PSA sanguin. Ce n'est qu'après cette information préalable complète que patient et médecin pourront prendre ensemble la décision de faire ou de ne pas faire de dépistage.

2-4-4-3 L'Institut National du Cancer (INCa)

A l'heure actuelle, l'INCa précise qu'il n'existe pas de consensus scientifique permettant de conclure à la justification d'un dépistage systématique organisé du cancer de la prostate, à l'échelle nationale. Il évoque les résultats des études PLCO et ERSPC, apportant des éléments nouveaux mais contradictoires (34).

2-4-4-4 L'American College of Preventive Medecine

Il conclue qu'il n'y a pas de preuves suffisantes pour recommander un dépistage de routine pour le cancer de la prostate par le TR et le dosage du PSA. En revanche, il insiste sur une information claire sur les bénéfices et risques, à donner aux patients, sur ce dépistage, notamment aux populations à risque. (Afro-Américains, et antécédents familiaux) (35), tout comme l'American Collège of Physicians (36).

2-4-4-5 L’American Cancer Society

L’American Cancer Society ne soutient pas le dépistage de masse du cancer de la prostate par le dosage du PSA total. Il suggère cependant que les médecins généralistes discutent des potentiels bénéfices et risques d’un tel dépistage, avec les patients. Cette discussion s’amorce avec des hommes à partir de 50 ans, qui ont une espérance de vie de plus de 10 ans. A la suite de cet échange, les hommes souhaitant se faire dépister, peuvent l’être par un TR et un dosage du PSA annuel (37).

2-4-4-6 L’Association Européenne d’Urologie (EAU)

Les auteurs concluent qu’au vu des résultats des 2 grandes études PLCO et ERSPC, que la plupart des grandes sociétés urologiques affirment que le dépistage de masse pour le cancer de la prostate par le dosage du PSA est inapproprié. L’EAU se positionne en revanche en faveur d’un dépistage individuel, après information claire donnée au patient. Cependant, il demeure toujours en suspens l’âge de début du dépistage, et la fréquence de réalisation du PSA et du TR (38).

2-4-4-7 Autres instances en défaveur d’un dépistage élargi

Le collège des médecins du Québec, la Société Scientifique de Médecine Générale de Belgique, le ministère de la santé de Singapour, entre autres se sont tous positionnés en défaveur d’un dépistage systématique du cancer de la prostate, de masse par le dosage du PSA.

3- PSA DANS LES AUTRES AFFECTIONS PROSTATIQUES

Le taux de PSA n'est en aucun cas spécifique du cancer de la prostate. Il varie également dans les autres affections prostatiques tels l'hypertrophie bénigne de prostate, les prostatites, les traumatismes ou gestes endo-rectaux.
Nous avons alors réalisé une recherche bibliographique sur les indications du dosage du PSA hors dépistage ou suivi d'un cancer de la prostate.

3-1 PSA dans l'Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP)

L'HBP se définit par une augmentation de la taille de la prostate, sans pathologie néoplasique, et histologiquement par une hyperplasie de la zone transitionnelle de la prostate. Quand elle devient symptomatique, elle entraîne des symptômes irritatifs (pollakiurie, impériosité), ou obstructifs (dysurie, diminution du jet, gouttes retardataires).
Le diagnostic est clinique, par le biais de l'interrogatoire et le toucher rectal.
L'HBP n'augmente pas le risque de cancer de la prostate.

Selon l'ANAES, le dosage du PSA n'a pas d'intérêt pour le diagnostic, le bilan ou le suivi de l'HBP (4).

Selon d'autres auteurs, ce dosage est indispensable dans le bilan d'une probable HBP (39).

Selon l'AFU et l'EAU, ce dosage peut avoir un intérêt chez des patients pour lesquels un diagnostic de cancer de la prostate modifierait la prise en charge. Ils recommandent le dosage des PSA en pré-opératoire, lorsqu'un traitement chirurgical est envisagé (40) (41).

Selon d'autres auteurs, le taux du PSA a une valeur prédictive sur la progression de l'HBP et sa gravité d'évolution (42) (43) (44).

A l'heure actuelle, il n'est en aucun cas recommandé de réaliser un dosage de PSA dans le suivi d'une HBP, dans le but d'évaluer l'évolutivité de la pathologie.

3-2 PSA dans les prostatites

L'infection urinaire de l'homme est un motif fréquent de consultation, la prostatite étant le plus souvent retrouvée. Le diagnostic de prostatite aigue se fait par la clinique, avec un tableau associant brûlures mictionnelles, pollakiurie, pesanteur pelvienne, hyperthermie, syndrome pseudo-grippaux.
Les formes classiques sont peu fréquentes, ce qui entraîne la prescription du PSA par certains cliniciens.
Cependant, un épisode de prostatite n'est pas forcément associé à une élévation anormale du taux de PSA.
Dans une étude, on retrouve seulement 60 % de PSA anormaux chez des patients atteint d'une prostatite aigue (45), ce qui amène à se positionner en défaveur d'un dosage du PSA dans les épisodes de prostatite aigue.
Les recommandations de bonne pratique de l'AFSSAPS de juin 2008 mentionnent que les examens recommandés en cas de prostatite aigue sont la bandelette urinaire et l'examen cytobactériologique des urines. En revanche, le dosage des PSA en phase aigue n'est pas recommandé, car l'augmentation de ceux-ci ne constitue pas un critère diagnostique (5).

La deuxième problématique soulevée par les auteurs de la revue de la littérature sur l'intérêt de l'utilisation du PSA dans la prise en charge des prostatites, réside en l'utilisation d'antibiotiques par certains praticiens chez des hommes qui consultent pour une élévation du PSA. Cette thérapeutique est instaurée afin d'éliminer un processus infectieux, le plus souvent chronique et asymptomatique, dans le but de faire diminuer le taux du PSA et ainsi d'éviter la réalisation de biopsie inutile (46).
Cette attitude aboutit selon ces auteurs à une surconsommation d'antibiotiques, notamment aux quinolones, induisant une augmentation préoccupante des résistances de germes aux antibiotiques.

La corrélation entre la sévérité de l'inflammation et le taux du PSA n'est pas démontrée dans toutes les études.
En effet, certains auteurs n'ont pas rapporté de corrélation entre les niveaux de PSA et l'inflammation prostatique (47), alors que d'autres la relatent (48) (49).

Concernant l'utilisation d'antibiotiques pour faire diminuer le taux du PSA, et éviter la réalisation de biopsies inutiles, il semble admis que cela entraîne une diminution significative du PSA (chez 50 à 60% des cas selon les études), et entraîne souvent une normalisation du taux.
Cela emmène certains auteurs à se positionner en faveur de cette pratique (50) (51).
En revanche, d'autres auteurs estiment que cette pratique est délétère, notamment car elle provoquerait d'une augmentation significative des résistances des germes aux antibiotiques (52).

4- TRAVAUX DE THESE REALISES SUR LE SUJET PSA ET DEPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

La controverse actuelle et les difficultés à trouver un consensus ont inspirées de nombreux travaux de thèse ces dernières années.
Bon nombre d'entre elles sont des enquêtes de pratique auprès des médecins généralistes.

En 2012, Benjamin Flinois étudiait les pratiques des médecins généralistes dans le Nord-Pas-de-Calais par un questionnaire fermé basé sur du déclaratif. Il en ressort que sur 160 médecins, 72% pratiquaient un dépistage systématique et 93% étaient en attente d'un nouveau consensus (53).

En 2014, Sofia Ait Ouali-Berkane a réalisé une étude auprès de médecins de Reims pour évaluer leurs pratiques dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate par le dosage des PSA par un questionnaire fermé envoyé par courrier ; 129 médecins ont été inclus dans l'étude. 69% des médecins pratiquaient un dépistage systématique, attitude encore plus marquée chez les jeunes médecins (54).

En 2014, Jennifer Ospital étudiait les raisons de la prescription de PSA, du point de vue des patients, et l'information donnée par le médecin vis-à-vis de cette demande. Ce travail a été réalisé par une étude prospective descriptive transversale multicentrique, en Gironde, sur une

période de 4 mois, via un auto-questionnaire proposé aux patients se rendant au laboratoire d'analyse médicale avec une prescription de PSA.
D'après les patients, 77.36% des demandes émanent d'un dépistage du cancer de la prostate ou d'un bilan systématique. Pour le motif déclaré de prescription « dépistage du cancer de la prostate », les patients asymptomatiques sont plus nombreux (61.25%) que les patients présentant des signes dysuriques (38.75%). Par ailleurs, ils sont 62.91% à avoir bénéficié du dosage alors qu'ils ne présentaient aucuns symptômes (55).

En 2012, Marine le Tanneur a réalisé un travail de thèse portant sur les déterminants de pratique du dépistage du cancer de la prostate, par une enquête de pratique auprès des médecins généralistes. Il s'agissait d'une étude qualitative visant à dégager les motivations des médecins généralistes à prescrire les PSA dans le dépistage du cancer de la prostate, par entretien semi-directifs réalisés auprès de 14 médecins généralistes. Plusieurs thématiques de déterminants se sont dégagées : les bases de communications, les recommandations, le vécu et l'expérience du médecin, les formations du médecin, les relations médecin-patient, le patient et son vécu, les signes cliniques dysuriques, la thématique du médico-légal, les caractéristiques du test PSA, la thématique du cancer de la prostate en lui-même (56).
Notre travail va s'inscrire dans la lignée de cette dernière thèse, mais à la différence qu'il ne s'agit pas d'une analyse de pratique générale, des médecins sur le dépistage du cancer de la prostate par les PSA, mais d'une analyse concrète à point de départ d'un dosage de PSA demandé dans cette indication (objectif principal).

DEUXIEME PARTIE : ETUDE

Notre étude est une étude rétrospective, observationnelle, menée à partir de données issues de 2 laboratoires, urbain et rural.

CONTEXTE

Le dosage des PSA est un dosage prescrit régulièrement en pratique de médecine générale. Selon le rapport de l'OPEPS de 2009, le nombre de dosage réalisés par an serait de l'ordre de 7 à 8 millions (2).

Il ne s'agit pas d'un dosage spécifique d'une pathologie prostatique en particulier, ce qui amène les médecins généralistes à une utilisation large et variée.

A l'heure actuelle, la controverse concernant le dépistage du cancer de la prostate par le dosage des PSA, fait s'interroger sur les motivations des médecins généralistes à prescrire cet examen.

Notre travail s'inscrit dans ce contexte de clivage notamment entre les recommandations urologiques d'une part, et celles de la Haute Autorité de Santé ou d'autres sociétés savantes d'autre part.

QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

Notre question de recherche est la suivante : Quels sont les éléments de la démarche décisionnelle des médecins généralistes lorsqu'ils prescrivent un dosage de PSA dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate ?

L'objectif principal de ce travail réside en l'analyse de la démarche de prescription d'un dosage de PSA par les médecins généralistes dans le cadre d'un dépistage pour le cancer de la prostate.

Cela revient à en retirer les motivations, les déterminants de cette prescription.

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- connaître les indications des dosages de PSA prescrits par les médecins généralistes
- distinguer ce qui pouvait relever du dépistage individuel ou de masse
- donner des tendances statistiques, comparer ces tendances ainsi que les autres données de l'étude avec celles de la littérature.

MATERIEL ET METHODES

1- Population de l'étude

La population concernée est constituée par les médecins généralistes prescripteurs de PSA. Les noms des prescripteurs du dosage de PSA sont apparus dans l'ordre chronologique de la réalisation du dosage dans chaque laboratoire, ce qui entraîne une notion de hasard, mais ils ne sont pas issus d'un tirage au sort. Dans la mesure où la représentativité de l'échantillon n'est pas utile pour une analyse qualitative, c'est le choix que nous avons fait.

2- Schéma de l'étude

Notre étude a été menée par entretiens individuels auprès des médecins généralistes.
Elle s'est articulée en 2 parties. La première partie relève l'indication principale de la demande de PSA, par le biais d'un entretien téléphonique. La deuxième partie, par un entretien direct, permet de définir les déterminants d'une demande spécifique pour un dépistage d'un cancer de la prostate.

2-1 Schéma de la première partie

Nous avons choisi arbitrairement deux laboratoires, un rural et l'autre urbain, qui effectuaient tout deux les dosages sur place.
Nous leur avons présenté le schéma de l'étude et les besoins de recrutement.

Le biologiste responsable de la structure nous a donné son accord. Son travail consistait alors à sortir le listing des dosages de PSA, issus de son logiciel informatique, sur une période de 6 semaines s'étalant du 1er Janvier au 15 Février 2014. A chaque dosage de PSA par patient correspondait un numéro d'anonymisation, ainsi que le médecin prescripteur.
Nous avons répertorié sur place tous les dosages de PSA demandés par des médecins généralistes, en limitant ce nombre à 5 dosages par praticiens.
Dans le but de conserver l'anonymisation des données, une tierce personne a relevé la liste des patients correspondant aux numéros, afin de l'envoyer dans un second temps, par courrier à leur médecin traitant.
Au préalable, nous avons téléphoné aux médecins prescripteurs pour obtenir leur accord sur la participation à une étude dans le cadre d'un travail de thèse.
Nous leur avons expliqué succinctement le schéma de l'étude et recueilli leur accord pour être interrogé dans un premier temps par un entretien téléphonique concernant les indications de prescription du dosage de PSA pour chacun des patients identifiés au laboratoire.
Ainsi, ce processus d'anonymisation nous a permis, lors du premier entretien téléphonique, de désigner le patient par un numéro, et au médecin de retrouver le patient grâce au listing envoyé par courrier.

2-1-1 Critères d'inclusion

- Tout dosage de PSA prescrit par un médecin généraliste et réalisé dans l'un des 2 laboratoires sur la période du 1er Janvier au 15 Février 2014.

2-1-2 Critères d'exclusion

- Tout dosage demandé par un médecin non généraliste
- Tout dosage réalisé hors de la période du 1er Janvier au 15 Février 2014
- Tout dosage supplémentaire au-delà de 5 pour un même médecin prescripteur
- Tout médecin n'ayant qu'un seul dosage de PSA lors de cette période

Nous avons limité à 5 dosages de PSA par médecin, de façon à élargir le nombre de praticiens à interroger, de réduire les redondances et de faciliter la première partie d'entretien téléphonique en diminuant sa durée.

2-1-3 Recueil de données de la première partie

La première partie consistait en un entretien téléphonique bref, dans le but de recueillir l'indication principale des dosages de PSA pour les patients inclus.
En fin d'entretien, nous avons abordé la seconde partie, en entretien direct, et la possibilité d'être recontacté ultérieurement pour y participer.
Tous les résultats ont été conservés à l'aide d'un tableau informatique WORD, puis l'indication principale en a été retirée pour une analyse quantitative.

2-2 Schéma de la deuxième partie

Les résultats de la première partie enregistrés, nous avons débuté la seconde partie de ce travail, visant à relever les motivations des prescriptions de PSA demandées par les médecins généralistes dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate.
Nous avons défini que, pour obtenir une variété assez importante de déterminants sans pour autant épuiser les données, 15 entretiens directs avec les médecins suffisaient.
2 dosages demandés par chaque médecin dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate étaient requis, notamment pour étudier la variabilité des déterminants et de la démarche chez un même médecin.
15 médecins ont alors été tirés au sort.

2-2-1 Critères d'inclusion

- Tout médecin ayant déclaré lors de l'entretien téléphonique avoir prescrit un dosage de PSA dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate.

2-2-2 Critères d'exclusion

- Tout médecin qui n'avait pas déclaré avoir réalisé la demande du PSA dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate
- Tout médecin qui refusait de poursuivre l'étude, en ne souhaitant pas participer à la deuxième partie.

2-2-3 Recueil de données de la deuxième partie

Les entretiens directs se sont déroulés dans le bureau de chaque médecin interrogé, au calme. Ils ont débuté environ 2 mois après le recueil de données initial réalisé au laboratoire et se sont étalés sur une période assez courte, d'environ 5 semaines, de manière à ce que chaque médecin conserve les données d'anonymisation de leurs patients.

2-2-3-1 Enregistrement audio

Tous les entretiens, hormis 2 (soucis technique), ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone incorporé dans un téléphone portable nouvelle génération. Cela nous semblait être la meilleure méthode pour optimiser l'écoute de l'interviewé, même si des notes étaient prises en parallèle, et pour ne rien omettre dans l'analyse du discours des médecins généralistes.

2-2-3-2 Guide d'entretien

Les entretiens ont été dirigés à l'aide d'un guide d'entretien, présenté en annexe 3.
Ce guide élaboré se scinde en 2 temps.
Un premier, centré sur l'analyse de la prescription des PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate pour les 2 patients.
La deuxième, sur des considérations plus générales concernant le dépistage du cancer de la prostate par les PSA. Ce deuxième temps est articulé en 5 questions, traitant des éléments qui guident, influencent la démarche des médecins concernant, les bases de leur savoir, leurs expériences professionnelles, personnelles ou familiales, les avis ou les convictions des patients, et enfin les convictions des médecins vis-à-vis de ce dépistage.

2-2-4 Analyse du contenu

2-2-4-1 Retranscription du verbatim

Cette première étape, fastidieuse, consiste à la retranscription intégrale des différents entretiens avec les médecins généralistes. Elle s'est effectuée rapidement, juste après le dernier entretien, afin de retranscrire au mieux le discours et notamment l'infra-verbal, les expressions des interlocuteurs.

2-2-4-2 Relecture et annotations

Cette relecture permet de se réimprégner du verbatim et de percevoir le sens général du discours. Des annotations ont été effectuées pour extraire les points importants du discours.

2-2-4-3 Déterminants relevés

Dans un troisième temps, nous avons relevé les thèmes répondant aux déterminants de pratique des médecins généralistes dans le cadre d'une demande de dosage des PSA pour un dépistage du cancer de la prostate.

2-2-4-4 Regroupement des déterminants en thématiques

Dans un dernier temps, nous avons classé en thématiques plus générales les déterminants retrouvés précédemment de manière à avoir une vision plus globale des éléments retrouvés.

Toutes ces réponses donneront lieu à 2 types d'analyses, que ce soit des résultats purement quantitatifs, ou des éléments plus qualitatifs, regroupés par thématique à l'aide des verbatims.

Cette analyse s'est faite sans l'aide d'un logiciel avec un codage des thématiques discuté avec le directeur de thèse, sans nécessité d'un double codage devant une analyse assez simple du discours des médecins.

2-2-4-5 Saturation des données

Comme dans tout travail d'analyse qualitative, la saturation des données a été recherchée.
Concernant les déterminants objectifs à la prescription, elle fût assez rapide, dès le 6e entretien.
Concernant les niveaux de connaissances, les expériences personnelles et professionnelles des médecins, la saturation des données semble avoir été atteinte vers le 10e entretien.
Mais nous n'avons fait l'analyse qu'après l'ensemble des 15 entretiens, ce qui nous a permis de nous apercevoir que des idées pouvaient encore émerger, mais de manière anecdotique.

RESULTATS

1- Résultats de la première partie

La première partie d'étude consistait donc à recueillir, par un entretien téléphonique bref avec les médecins généralistes prescripteurs, l'indication des dosages des PSA demandés.

Cette première partie était nécessaire pour dégager les dosages de PSA demandés dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate, puis d'en définir dans un second temps les motivations, les déterminants, objectif principal de notre travail de thèse.

Elle permet par ailleurs d'évaluer les pratiques des médecins généralistes quant aux indications variées du dosage du PSA, et d'en retirer des proportions statistiques sur la population de l'étude.

Les données ont été recueillies sur le logiciel informatique des 2 laboratoires, urbain et rural, puis ont été répertoriés dans un tableau Word.
Sur la période d'étude du 1er Janvier au 15 Février 2014, 169 dosages de PSA ont été obtenus, en se limitant à 5 dosages maximum par médecin généraliste.
82 dosages de PSA ont été demandés par 26 médecins généralistes différents dans le laboratoire rural sur cette période.

Dans le laboratoire urbain, on retrouve 87 dosages de PSA demandés par 56 médecins généralistes différents.

82 médecins généralistes étaient donc concernés.
Il nous a alors semblé indispensable, pour la réalisation et la faisabilité de l'étude, de cibler les médecins généralistes prescripteurs d'au moins 2 dosages de PSA.
En effet, il nous apparaissait judicieux de réduire le nombre de médecins à appeler, dans le but de gagner du temps, de réduire le taux de non réponse et peut-être aussi d'augmenter les chances d'obtenir un dosage avec l'indication du dépistage du cancer de la prostate.

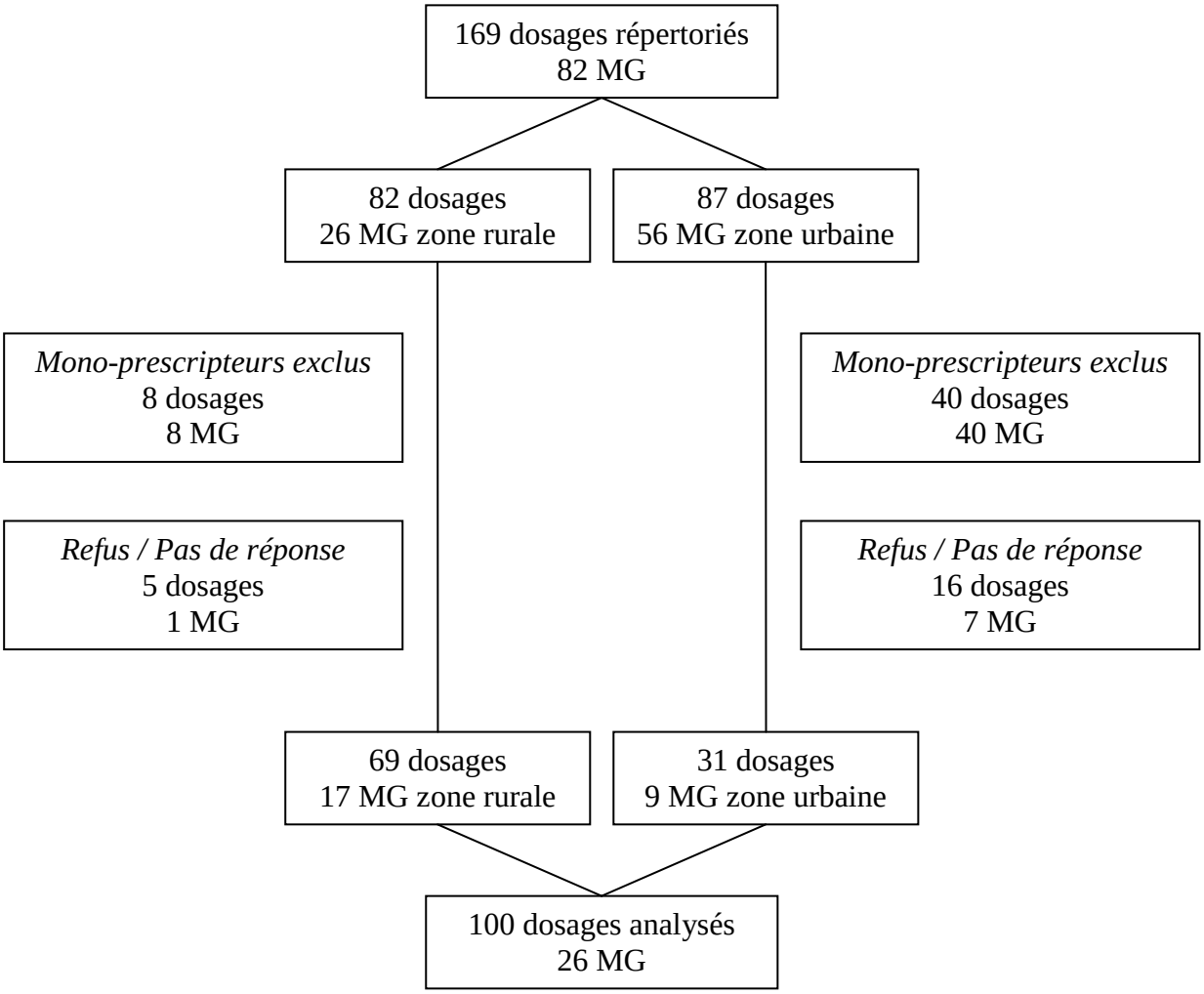

Figure 1 : Diagramme de flux

100 dosages de PSA ont alors été répertoriés pour débuter l'étude, demandés par 26 médecins généralistes différents.

Parmi les 69 dosages de PSA non répertoriés, 48 l'ont été car il s'agissait de l'unique dosage de PSA pour ces médecins, et 21 l'ont été par refus de participer à l'étude ou non réponse de 8 médecins généralistes (soit un taux de non réponse de 23.5% (8/34 médecins)).

Sur les 100 dosages répertoriés, on retrouve 69 dosages demandés par 17 médecins généralistes pour le laboratoire rural, et 31 dosages inclus par 9 médecins généralistes pour le laboratoire urbain.

Nous avons donc interrogé les 26 médecins par un entretien téléphonique, dans le but de connaître l'indication principale du dosage du PSA.

L'entretien téléphonique se déroulait rapidement, généralement en 3 ou 4 minutes.
Les médecins généralistes, préalablement tenus au courant de cet entretien, pouvaient se munir de la fiche d'anonymisation que nous avions envoyée, et du dossier des patients concernés (2 à 5 patients).
La question posée était la suivante : « Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez demandé un dosage du PSA pour le patient numéro X ? »
Nous avons préféré retirer qu'une seule indication pour un dosage de PSA parmi les réponses des médecins.

Nous avons regroupé les réponses obtenues en plusieurs groupes :

- Dépistage de masse : 54%
- Démarche diagnostique devant une dysurie : 15%
- Prostatite ou autre infection uro-génitale : 14%
- Dépistage individuel : 5%
- Suivi d'une Hypertrophie Bénigne de Prostate : 5%
- Surveillance d'un cancer de la prostate : 4%
- Troubles érectiles : 1%
- Antécédents familiaux : 1%
- Bilan complet assurances: 1%

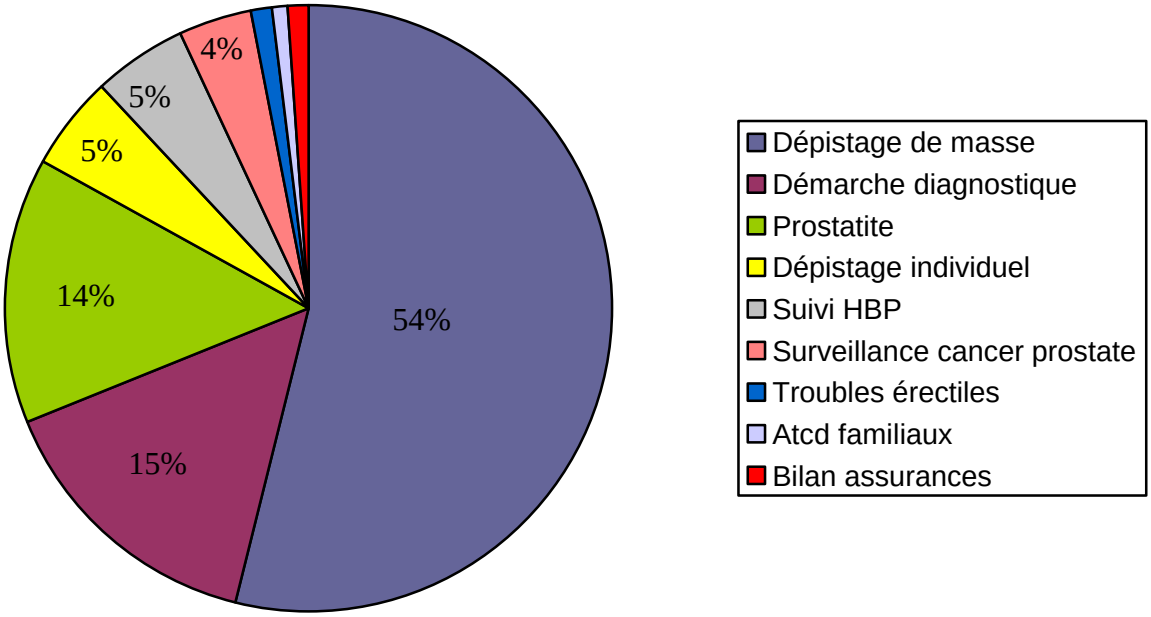

Figure 2 : Indications du dosage des PSA

L'entité dépistage de masse regroupe tous les dosages de PSA demandés par les médecins, « en systématique », dans une tranche d'âge de patients donnée, propre à chaque médecin et pouvant varier d'un praticien à l'autre, découlant d'un habitus de pratique du médecin.

Nous avons regroupé dans : démarche diagnostique devant une dysurie, tout dosage de PSA demandé par le médecin généraliste, chez un patient présentant des troubles dysuriques, réalisé dans une démarche de diagnostic différentiel, afin d'éliminer une pathologie cancéreuse prostatique.

Nous avons défini que le groupe dépistage individuel recoupait toute personne bénéficiant d'un dosage du PSA, en dehors de toute pratique systématique d'un médecin généraliste, avec dans la plupart des cas une discussion préalable entre médecin et patient, et dont le but reste de dépister un cancer de la prostate.
La demande peut alors même émaner du patient ou d'une tierce personne présente lors de la consultation.

Sur les 100 dosages, 54 dosages de PSA ont été demandés dans le cadre d'un dépistage de masse (54%), dont 34 par les médecins ruraux (34/69 : 49.2%), et 20 par les médecins urbains (20/31 : 64.5%).
15 dosages de PSA ont été réalisés dans le cadre de troubles dysuriques (15%), dont 11 par les médecins ruraux (11/69 : 15.9%) et 4 par les médecins de ville (4/31 : 12.9%).
14 dosages de PSA ont été demandés dans le cadre de prostatites (13), ou d'autre infections uro-génitales (1) (14%), dont 10 par les médecins ruraux (10/69 : 14.5%), et 4 par les médecins de ville (4/31 : 12.9%).
5 dosages de PSA ont été réalisés dans le cadre d'un dépistage individuel du cancer de la prostate (5%), par des médecins ruraux.
5 dosages ont été réalisés dans le but de suivre une hypertrophie bénigne de prostate (5%), dont 4 par les médecins ruraux (4/69 : 5.8%), et 1 par un médecin de ville (1/31 : 3.2%).
4 dosages ont été demandés dans le cadre d'un suivi de cancer de la prostate (4%), dont 3 par des médecins ruraux (3/69 : 4.3%) et 1 par un praticien de ville (1/31 : 3.2%).
1 dosage a été réalisé devant des troubles érectiles (1%), par un médecin exerçant à la campagne.
1 dosage a été réalisé dans le cadre d'antécédents familiaux (1%), par un médecin rural.
1 dosage a été réalisé dans le cadre d'un bilan complet pour des assurances (1%) par un médecin de ville.
Au total, 20% des demandes de dosage sont réalisées en dehors de situations de diagnostic/dépistage ou suivi d'un cancer de la prostate.

2- Résultats de la deuxième partie

2-1 Résultats quantitatifs

Dans cette deuxième partie de l'étude, qui consistait à répondre à l'objectif principal de notre travail, à savoir relever les déterminants de prescription des PSA dans le dépistage du cancer de la prostate, et les analyser, nous avons dans un premier temps choisi de recueillir des résultats quantitatifs malgré l'entretien semi-directif. En effet, certaines questions étaient relativement fermées et nous permettent donc d'analyser les réponses d'un point de vue quantitatif.

- A la question : Quelles sont les raisons qui vous ont amené à réaliser chez le patient numéro 1 et numéro 2 un dosage de PSA dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate ?
  Les réponses spontanées nous ont permis d'évaluer que :

  - Pour 24 dosages sur 30, les médecins ont évoqué le fait de réaliser un bilan général, ou d'effectuer le dosage en systématique. (80%) De ces 24 dosages, 13 l'ont été demandés sans qu'il n'existe de signes dysuriques. (54.1%)
  - Pour 13 dosages sur 30, les médecins ont réalisé ce dosage dans le cadre de signes urinaires, (43.33%), 11 dosages sur 13 étant réalisés dans le cadre d'un bilan général ou d'un dépistage systématique.
  - 17 dosages sur 30 (56.66%) ont été demandés chez des patients asymptomatiques.
  - Pour 7 dosages, les médecins ont constaté que cette demande était en lien avec un premier contact avec le patient, ou un patient peu suivi. (23.33%)
  - Pour 3 dosages sur 30, les médecins ont déclaré qu'il s'agissait d'une demande du patient, pour le rassurer. (10%)
  - Pour 2 dosages sur 30, les médecins ont effectué ce dosage sur conseil d'un urologue. (6.66%)
  - Pour 1 dosage sur 30, un médecin a admis que la demande émanait d'une tierce personne. (3.33%)
  - Pour 1 dosage, un médecin a déclaré avoir fait le dosage pour un suivi d'une hypertrophie bénigne de prostate. (3.33%)
  - Pour 1 dosage, un médecin a réalisé le dosage devant des signes infectieux urinaires. (3.33%)
  - Pour 1 dosage, un médecin a évoqué le fait que le patient avait présenté un antécédent d'une autre néoplasie. (3.33%)
  - Pour 1 dosage, un médecin a effectué ce dosage devant des antécédents familiaux. (3.33%)

En extrapolant nos résultats, on constate que la première partie de l'étude montre que 20% de l'ensemble des dosages devraient être évités car non adaptés à la démarche clinique logique. 60% des dosages sont déclarés être réalisés dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate en l'absence de signes cliniques.

Dans les 54% de demandes attribuées à une démarche de dépistage de masse, lorsqu'on réinterroge les médecins, dans les faits, seul 54% de ces 54% le sont réellement, car dans 46%, il existe des signes cliniques concomitants.
On peut estimer la proportion de dosages de PSA réalisés en France, en dépistage systématique proprement parlé (donc chez des patients asymptomatiques), à 29.16% (54% des 54%).

Nous avons choisi de réaliser un tableau récapitulatif des indications relevées de dosage des PSA dans le cadre du dépistage d'un cancer de la prostate, en séparant les indications, qu'elles émanent de médecins en faveur ou en défaveur du dépistage systématique.

Indications	MG en faveur du dépistage : 24 dosages	MG partagés ou en défaveur du dépistage : 6 dosages
Bilan général/dépistage systématique : 24 dosages	23 dosages	1 dosage
Signes dysuriques : 13 dosages	10 dosages	3 dosages
Premier contact/Patient peu suivi : 7 dosages	5 dosages	2 dosages
Réassurance du patient : 3 dosages	0 dosage	3 dosages
Conseils Urologue : 2 dosages	0 dosage	2 dosages (même MG)
Demande d'un tiers : 1 dosage	0 dosage	1 dosage
Antécédents familiaux : 1 dosage	1 dosage	0 dosage
Antécédents d'autre néoplasie : 1 dosage	1 dosage	0 dosage
Signes d'infection urinaire : 1 dosage	1 dosage	0 dosage
Suivi d'une HBP : 1 dosage	0 dosage	1 dosage

Tableau 1 : Déterminants relevés de pratique de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate

	Bilan/ Dép.syst	Dysurie	1er contact/ Suivi +/-	Réassurance patient	Cons Uro	Tiers	Atcd Fam	Atcd Néo	Inf. U	HBP
P1M1	X	X								
P2M1	X		X							
P1M2	X		X							
P2M2	X	X	X							
P1M3	X	X								
P2M3	X								X	
P1M4	X	X								
P2M4	X	X								
P1M5	X									
P2M5	X									
P1M6	X		X							
P2M6	X									
P1M7	X									
P2M7	X									
P1M8	X	X								
P2M8	X	X						X		
P1M9	X									
P1M9	X									
P1M10	X	X								
P2M10	X	X								
P1M11							X			
P2M11	X	X	X							
P1M12			X		X					X
P2M12		X			X					

	Bilan/ Dép.syst	Dysurie	1er contact/ Suivi +/-	Réassurance patient	Cons Uro	Tiers	Atcd Fam	Atcd Néo	Inf. U	HBP
P1M13		X								
P2M13			X	X						
P1M14	X			X						
P2M14		X		X		X				
P1M15	X									
P2M15	X									

Tableau 2 : Déterminants du dosage de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate pour 15 médecins généralistes (MG) répondant sur le dosage effectué sur 30 patients (P)

Bilan/Dep. syst : Bilan général/ Dépistage systématique ; 1er contact/+/- suivi : 1er contact/Patient peu suivi ; Cons. Uro : Conseils Urologues ; Tiers : Demande d'un Tiers ; Atcd Fam : Antécédents Familiaux ; Atcd Néo : Antécédents autre Néoplasie ; Inf. U : signes d'Infection Urinaire ; HBP : suivi d'une Hypertrophie Bénigne de Prostate

- Nous avons voulu évaluer le taux de dosage de PSA demandé ou l'on ne retrouvait qu'un seul déterminant de prescription.
  Nous en avons retrouvé 11 sur 30. (36.66%)

- Nous avons recherché par ailleurs le taux de déterminants différents pour chaque médecin, afin d'évaluer leur pratique (systématique ou s'adaptant au patient).
  Nous avons mis en évidence que chez seulement 2 médecins sur 15, on ne retrouvait aucun déterminant commun de prescription des PSA pour leurs 2 patients. (13.33%) Il s'agit de 2 médecins partagés ou contre un dépistage systématique par le dosage du PSA du cancer de la prostate.

Pour le premier médecin, la demande a été motivée, dans un cas par la notion d'antécédents familiaux, dans l'autre devant une notion de dysurie chez un nouveau patient.
Pour l'autre praticien, la demande émanait de troubles dysuriques chez le premier patient, et d'une réassurance du second patient, qu'elle voyait par ailleurs pour la première fois.

En revanche, nous avons mis en évidence que 9 médecins sur 15 (60%) évoquaient au moins un déterminant différent à la prescription du PSA pour leurs 2 patients dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate.

- A la question : Quelles sont les bases de votre savoir sur la question, ainsi que les communications extérieures, qui guident votre démarche sur le dosage du PSA, dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate ?

  Les réponses retrouvées sont les suivantes :

  - 8 médecins disent être guidés par les conseils d'urologues ou par les recommandations de l'AFU.
  - 5 médecins disent avoir été guidés par leur cours d'université.
  - 5 médecins évoquent les recommandations HAS.
  - 4 médecins évoquent d'autres revues ou études sans plus de précision.
  - 4 médecins ont déclaré en discuter entre confrères ou participer à des FMC.
  - 2 médecins évoquent les groupes de pairs.
  - 1 médecin parle de la revue Prescrire.
  - 1 médecin évoque Internet.
  - 1 médecin ne sait pas d'où il tient son savoir.

- Enfin le dernier élément que nous avons quantifié est le pourcentage de médecins interrogés en faveur du dépistage par les PSA.
  On en retrouve 12 sur 15. (80%)
  2 médecins sur 15 sont en défaveur du dépistage systématique (13.33%), quand 1 médecin sur 15 (6.66%) reste partagé sur la question.

Il nous est apparu intéressant de croiser ces résultats avec les bases de savoir qui guident leur démarche et notamment les recommandations de la HAS.

3 médecins ont évoqués spontanément les recommandations de la HAS comme étant un élément les influençant dans le fait de ne pas prescrire de manière systématique le dosage des PSA dans le dépistage du cancer de la prostate (les 2 médecins en défaveur du dépistage systématique et le médecin partagé quant à cette pratique).

2 autres médecins en faveur du dépistage élargi par le dosage des PSA du cancer de la prostate, les ont évoquées, après des relances de l'interviewer, mais de façon négative, ces praticiens ne partageant pas l'avis de la HAS sur la question « les recommandations sont nulles ».

D'autres médecins évoquent des recommandations, mais pas clairement celles de la HAS et elles ne sont pas énoncés de manière précise.

On peut aussi constater que les 2 médecins qui évoquaient les groupes de pairs ont spontanément parlé des recommandations de la HAS, et ils ne sont pas en faveur d'un dépistage de masse par le dosage des PSA.

Par ailleurs, parmi les 8 médecins qui disent avoir été guidé par les conseils d'urologues ou les recommandations de l'AFU, tous sont en faveur d'un dépistage élargi du cancer de la prostate par le dosage des PSA.

Parmi les 5 médecins évoquant les cours universitaires, 4 sont plutôt en faveur d'un dépistage élargi alors qu'un seul médecin est en défaveur.

	MG en faveur du dépistage	MG en défaveur du dépistage
Recommandations AFU/Conseils urologues : 8 MG	8 MG	0 MG
Recommandations HAS : 5 MG	2 MG	3 MG
Cours d'université : 5 MG	4 MG	1 MG
Discussions entre confrères/FMC : 4 MG	3 MG	1 MG
Revues/Etudes sans précision : 4 MG	3 MG	1 MG
Groupe de pairs : 2 MG	0 MG	2 MG
Revue Prescrire : 1 MG	0 MG	1 MG
Internet : 1 MG	0 MG	1 MG
Ne sait pas : 1 MG	1 MG	0 MG

Tableau 3 : Bases de savoir des MG guidant leur démarche dans le dépistage du cancer par les PSA

2-2 Résultats qualitatifs : Déterminants de pratique identifiés

Les déterminants relevés ont 2 conséquences opposées sur la pratique des médecins généralistes. Ils peuvent favoriser la pratique d'un dépistage élargi par les PSA dans le cadre du cancer de la prostate, ou au contraire être des éléments qui entraînent une non-pratique de ce dosage.

Nous avons décidé de classer ces déterminants en grandes thématiques.
Ils sont liés :

- à la pratique du médecin
- aux préférences du patient
- à la relation médecin-patient
- à la démarche diagnostique face à des symptômes dysuriques
- au savoir/connaissances/recommandations/communications
- au dépistage
- aux expériences professionnelles des médecins généralistes
- aux expériences personnelles des médecins généralistes
- à la dimension médico-légale du contexte de soins

Les déterminants de pratique répertoriés sont les suivants :

2-2-1 Liés à la pratique du médecin

En faveur du dépistage

Certains médecins qui sont en faveur du dépistage de masse déclarent être convaincus que le dosage des PSA est un bon dépistage.

« Je trouve que ça tient quand même pas mal, parce qu'à chaque fois c'est bingo ! On trouve un dosage de PSA élevé, et que ça se révèle être quand même quelque chose, ce n'est pas un si mauvais dépistage que ça ! »

« J'entends un coup il ne faut pas les faire, ça sert à rien… je veux bien le croire, mais ça oriente quand même un petit peu. »

« Je pense que c'est le seul dépistage qui est actuellement efficace. »

D'autres évoquent la peur de passer à côté d'un cancer pour leur patient

Questionné sur les convictions personnelles du dépistage du cancer de la prostate par les PSA : « J'essaie d'avoir la conduite la plus hiérarchisée possible pour ne pas passer à côté de quelque chose. »

Certains médecins ont un avis positif sur le dépistage en général, ce qui leur paraît être le rôle du médecin généraliste, et cela va les influencer dans le fait de pratiquer ce dosage de PSA de façon très fréquente.

Certains praticiens admettent connaître la controverse actuelle entre les recommandations de la HAS et de l'AFU, cette connaissance ne modifie pas leur pratique actuelle de dépistage.

« Les recommandations, j'entends un coup, il ne faut pas les faire (les PSA), ça sert à rien…mais ça oriente quand même un petit peu. »

D'autres médecins exposent les limites du toucher rectal pour justifier leur démarche de réaliser ce dosage de PSA fréquemment.

« Un type de 55 ans qui a un petit cancer démarrant, vous le mettez pas dans le doigt. »

« Le TR, pas toujours simple et facile à faire, et opérateur-dépendant. »

« Ce n'était pas un examen très performant, parce qu'il y a tout une zone de la prostate qu'on n'arrive pas explorer, donc je ne le fais pas. »

« Si on demandait de faire un TR, déjà, on n'a plus trop l'habitude et on passerait à côté de trucs, c'est un geste qui s'est perdu. »

En défaveur du dépistage ou partagé

Quelques médecins expriment une indécision, un flou décisionnel quant à leur démarche vis-à-vis de ce dépistage par les PSA du cancer de la prostate.

« Alors, c'est toujours très compliqué, car il peut y avoir plusieurs significations sur la valeur d'un dosage des PSA ; on se pose beaucoup de question… examen, pas examen, dosage, pas dosage. »

Concernant le dosage des PSA dans le cadre du dépistage : « C'est casse gueule !... J'ai presque l'impression de prendre ma décision avant d'avoir le dosage, parce que si je fais le dosage comme ça, sans avoir ma démarche dans la tête avant, je me perds… »

Quelques médecins généralistes évoquent un possible conflit d'intérêt des urologues vis-à-vis de la prescription des PSA.
A noter qu'un des médecins évoque également ce point là, mais cela ne change pas son mode de prise en charge, elle continue à pratiquer le dépistage systématique

« Cela multiplie (le dépistage systématique) les actes des urologues, avec les biopsies ou autres, mais ça, c'est plus le problème des urologues… »

Un des praticiens évoque un changement de pratique qu'il a opéré ces dernières années concernant ce dépistage par le dosage des PSA.

« On a modifié notre pratique, en ne faisant plus de PSA systématique, mais seulement sur point d'appel urologique. »

2-2-2 Liés aux préférences du patient

La grande majorité des déterminants à la décision de prescrire un dépistage d'un cancer de la prostate qui sont liés aux préférences du patient, sont avancées comme influençant la pratique en faveur du dépistage. Rares sont ceux qui induisent une pratique de non dépistage.

Plusieurs des médecins évoquent la notion de réassurance du patient comme élément pouvant influencer vers la pratique du test de dépistage, notamment chez des patients anxieux.

« Si vous avez des patients qui s'inquiètent comme des fous, effectivement, vous avez intérêt de leur demander. »

« Le premier de la liste (des patients), qui est jeune, je lui ai dis : écoutez, on a le temps, on verra ; inquiétude relativement importante, donc dosage. »

« C'est une demande du patient ; le PSA est venu sur la table parce qu'il a un copain qui s'est fait enlevé la prostate. »

« Quand ils en parlent et qu'ils le demandent, c'est qu'ils sont inquiets, quelque part, ça ne pose pas de problème pour les rassurer d'en prescrire, si ça doit les rassurer, ça fait partie de mon boulot aussi. »

Un peu dans la même idée, chez un patient insistant, cela peut faire pencher la balance du côté de la prescription des PSA par le médecin.

« Il y a des gens qui ont perdu des proches d'un cancer de la prostate, et la discussion est impossible, enfin la décision finale sera de réaliser les PSA, ils n'en démordront pas. »

Certains médecins évoquent la liberté de choix du patient

« Je ne force pas la main, moi je propose, j'explique, après libre au patient de faire ou de ne pas faire (les PSA). »

« Non, ce n'est pas un dosage que je fais en systématique, mais ça demande beaucoup de préparation avec le patient, et après, c'est souvent le patient qui prend sa décision en fait. »

Un élément apparu régulièrement comme incitatif dans la pratique du dosage est le fait que le médecin méconnaisse le patient qui se présente à lui.

« C'est un homme qui ne s'occupait absolument pas de lui, qui ne faisait rien. »

« Alors lui, je pense que c'est un dépistage systématique, parce que c'est un monsieur que je ne connais pas depuis longtemps. »

Enfin, quelques praticiens nous ont avancé l'incompréhension du patient habitué à bénéficier du dosage comme un déterminant à la pratique des PSA dans le cadre du dépistage. Cela survient chez 2 médecins qui ont modifié leur pratique en ne réalisant pas ou plus de manière systématique ce dépistage.

« On a modifié notre pratique, en ne faisant plus de PSA systématique,…, certains ont compris et accepté,…, et certains patients, un peu plus âgés, un peu récalcitrants, ou psychorigides, on leur a mis un cadre, c'est difficile de les en sortir, on peut le comprendre, on change d'attitude. »

2-2-3 Liés à la relation médecin-patient

La plupart des déterminants retrouvés sur cette thématique entraînent une prescription du dosage des PSA dans le cadre du dépistage pour le cancer de la prostate.

Plusieurs médecins avancent une réalisation du TR délicate vis-à-vis du patient, occasionnant une gêne mutuelle, entraînant une réalisation beaucoup plus conséquente du dosage des PSA. « Si on demandait aux gens de faire un TR,…, les patients seraient surpris si on leur faisait. C'est quand même moins désagréable, peu gênant (les PSA par rapport au TR). »

« C'est très gentil le toucher rectal, mais d'abord, les gens ne sont pas tous disposés à se faire foutre un doigt au cul ! »

Pour un médecin, ce test (PSA) apparaît donc plus acceptable pour les patients que le TR.

« C'est quand même moins désagréable (que le TR), peu gênant pour les gens, qui l'acceptent facilement. »

Par ailleurs, un médecin évoque le fait que certains patients lui ont reproché de ne pas avoir dépisté plus tôt le cancer de la prostate.

« Après vous avez les gens qui quand vous ne le faites pas (les PSA) pendant 1,2 ou 3 ans, il revient avec son cancer, et pour ainsi dire, il vous engueule. »

En revanche selon un autre médecin, les patients sont reconnaissant envers le praticien d'avoir dépisté un cancer de la prostate.

Ce médecin n'est pas en faveur d'un dépistage élargi par les PSA, il minimise même l'impact qu'a eu la découverte de ce cancer chez son patient, en terme de pronostic : « Néo de prostate avec métastase vertébrale,…, lui était toujours content, redevable, mais je pense que si l'on n'avait rien fait, si on n'avait pas mis d'hormonothérapie, il en serait peut-être au même point. »

2-2-4 Liés à la démarche diagnostique face à des symptômes dysuriques

Tous les médecins interrogés ont évoqués les signes cliniques urinaires de dysurie, de prostatisme, la plupart estimait qu'il s'agissait d'un élément clé dans la décision de réaliser ce dosage de PSA dans le cadre d'un dépistage pour le cancer de la prostate.

« Je peux parfois faire un dosage plus tôt, s'ils présentent des signes urinaires. »

« En ne faisant plus de PSA systématique, mais seulement sur point d'appel urologique. »

« Ah oui, il avait des symptômes (dysuriques) également, ce qui ma fait rajouter les PSA. »

Un seul médecin réalisait une autocritique de sa pratique :
« Je critique ma propre méthode, la dysurie n'est absolument pas un signe de cancer de la prostate, s'il y a dysurie, c'est en général un adénome. »
Mais il justifie sa demande de PSA, en estimant que l'on peut être touché de façon concomitante d'une Hypertrophie bénigne de Prostate et d'un cancer :
« Mais on peut être facteur et cocu, donc je préfère faire le dosage. »

2-2-5 Liés au savoir/ connaissances/ recommandations/ communications

Il est à noter que un même déterminant de pratique peut être associé à une prescription ou à une non prescription du dosage des PSA dans le cadre du dépistage

En faveur du dépistage

Bon nombre de médecins généralistes qui sont en faveur d'un dépistage de masse, font référence à des conseils de confrères urologues, ou aux recommandations de l'AFU ou urologiques.

« Les équipes avec lesquelles je travaille, Dr X, qui est quand même une référence sur Bordeaux, est le premier à recommander ce dosage. »

« On s'était réuni avec le Dr X (urologue), pour se dire à partir de quand on s'inquiète sur un dosage de PSA, pour savoir quelle est la démarche. »

Les recommandations de la HAS sont évoquées par 3 médecins comme étant un frein au dépistage de masse, mais son contenu n'est pas clairement énoncé. Toutefois, il s'agit de 2 médecins qui ne pratiquent pas le dépistage de masse du cancer de la prostate, le troisième étant partagé et ne le faisant pas de manière systématique.

Pour d'autres praticiens, les recommandations sont floues, changeantes et/ou difficilement applicables

« Les recommandations, ça bouge pas mal, donc on ne sait pas trop sur quoi se baser. »
Ce médecin paraît sceptique quant à l'application de cette recommandation en pratique, concernant le dosage non systématique des PSA :
«On sait qu'il y a une recommandation récente qui dit : pas de dosage systématique, mais bon… »

Plusieurs médecins avancent des connaissances sur le dépistage systématique qui paraissent erronées.

Cela reste pour eux des éléments qui les incitent à proposer le dépistage

Sur le dosage de PSA dans le dépistage du cancer de la prostate : « Quand on regardait ce qui était fait à l'étranger ou ce qui était dit, on voyait qu'on ne prenait pas de risque, voire qu'on était même bénéfique en terme de pronostic à moyen terme pour les patients de faire cette biologie. »

Toujours sur le même thème : « On est tous d'accord d'un point de vue consensuel, que ça doit se passer comme ça (dépistage systématique par les PSA pour le cancer de la prostate), il y a des choses plus difficiles à appliquer qu'un dosage annuel des PSA…ça n'a pas beaucoup changé depuis des années, à moins que vous m'appreniez quelque chose… »

Un des médecins évoque les Références Médicales Opposables (RMO) comme élément clé dans sa pratique du dépistage élargi.

Par ailleurs, quelques médecins évoquent leurs cours universitaires. Ils sont en majorité en faveur d'un dépistage de masse du cancer de la prostate par le dosage des PSA.

« Je fais partie de la première année ou l'on a passé l'internat, on a eu des topos avec des cas clinique sur ça,…, on voyait qu'on était bénéfique en terme de pronostic à moyen terme. »

Beaucoup de médecins font référence au cancer de la prostate en général.
Un des médecins estime qu'il existe un gain sur la mortalité à dépister de manière élargie par les PSA.

« On était même bénéfique en terme de pronostic à moyen terme pour les patients de faire cette biologie. »
« On est curatif à des stades précoces. »

D'autres qui sont en défaveur du dosage des PSA en systématique, évoquent l'évolution lente de l'histoire naturelle du cancer de la prostate.

« A un certain âge, on va dépister plein de cancers de la prostate, mais qui vont évoluer très lentement, et que de toute façon, les gens ne mourraient pas de ça. »

Enfin certains praticiens en défaveur d'un dépistage systématique par les PSA, parlent de la notion de sur-diagnostic et de sur-traitement du cancer de la prostate.

Par ailleurs, nous avons établi une rubrique facteurs de risque, qui sont énoncés par beaucoup de praticiens comme les incitants à proposer au patient un dépistage par le dosage des PSA, on pourrait plutôt qualifier cette démarche de dépistage individuel du cancer de la prostate.

L'âge est un élément qui a été cité par une majorité de médecin, mais les fourchettes d'âges de dépistage retrouvées diffèrent parfois. Le plus souvent, ils débutent à 50 ans, sauf pour un médecin : « 45 ans, je démarre avec les PSA simples. »
Pour certains, des symptômes urinaires peuvent faire avancer ce dosage : « 47-48 ans, si j'ai des signes de prostatismes, des mictions nocturnes, je commence un bilan. »

L'antécédent familial est un élément qui influence le dosage des PSA chez plusieurs médecins, pour des patients qui ont un membre de leur famille ayant souffert d'un cancer de la prostate.
Cela a pour effet d'avancer le moment du premier dosage pour certains : « Chez un mec dont le papa a eu un cancer de la prostate, (je le fais) plus tôt (le dosage des PSA), parce que là aussi, il y a des familles de cancer de la prostate. »
Pour d'autres médecins qui ne pratiquent pas ce dosage en systématique, c'est un facteur qui entraîne la demande de ce marqueur : « Antécédents familiaux, on y va, on le fait (le dosage des PSA), et on le surveille régulièrement. »

Chez un des médecins, la notion d'antécédent d'autres pathologies néoplasiques serait un argument supplémentaire justifiant le dosage des PSA pour dépister un cancer de la prostate.

A la question : Quelles sont les raisons qui vous ont amené à réaliser chez le patient numéro X un dépistage du cancer de la prostate par le dosage des PSA ?, il m'a répondu : « Antécédents de cancer intestinal opéré, donc déjà suspect d'un tempérament cancérigène. »

L'origine ethnique a été discutée par un des praticiens, qui l'estime comme déterminant dans le dépistage par les PSA du cancer de la prostate.

« Il vient des Antilles, je sais que là bas, ils fichent n'importe quoi comme engrais, je lui ai demandé les PSA, comme ces PSA étaient élevés, je l'ai envoyé chez Pr X… Et il avait un cancer de la prostate. »)

Enfin, d'autres éléments de cette thématique sont apparus de manière plus anecdotique, comme des déterminants de pratique : la discussion entre confrères, les groupes de pairs, la revue Prescrire, Internet, la notion d'études ou de revues (sans plus de précision), et même l'ignorance du support du savoir sur la question.
A noter que les médecins évoquant les groupes de pairs sont 2 médecins en défaveur du dépistage de masse par le dosage des PSA.

2-2-6 Liés aux expériences professionnelles des médecins

En faveur du dépistage

Plusieurs médecins ont insisté sur le fait de découvrir une néoplasie prostatique chez des patients asymptomatiques, donc en dépistage systématique par le dosage des PSA. Cela les conforte dans cette pratique.

« Je le fais (le dosage des PSA), parce que moi, je trouve que cela a toujours été utile, en particulier chez des gens qui sont totalement asymptomatique…Quand il n'y a aucun symptôme et qu'on trouve quand même un dosage élevé, et que ça se révèle être quand même quelque chose… »

« Cela l'a quasiment généralisé (le dosage), parce que j'ai découvert des cancers de prostate chez des patients, qui n'avaient aucun signes. »

« J'ai dépisté énormément de choses qui n'était pas apparentes. »

« On est plus dans le souvenir de ces cas, ou l'on ne pensait pas nécessaire de faire le dosage, et bim, on tombe sur des trucs. »

Plusieurs médecins ont mentionné le fait de découvrir des cancers prostatiques agressifs, ou d'évolution rapide, ce qui est un argument pour eux de poursuivre le dépistage de ce cancer par le dosage des PSA.

« Mais le problème, c'est qu'ayant eu dans ma clientèle plusieurs cancers de la prostate qui ont flambés… »

A la relance : Donc ça vous arrive fréquemment de dépister des cancers prostatiques ?
Réponse : « On en trouve, oui, avec certaines formes qui évoluent vite. »

« J'ai en tête 2 cancers de prostate qui ont été très vite, donc derrière, ça m'a fait réfléchir à ma façon de considérer les choses. »
Concernant le dernier médecin, malgré ces 2 expériences négatives, il reste assez partagé quant au dosage des PSA et ne le réalise pas en systématique. En outre, comme nous allons le voir après, il a eu également des expériences professionnelles en défaveur du dépistage, ce qui peut expliquer son positionnement.

Un médecin évoque la culpabilité de ne pas avoir pu dépisté le cancer d'un patient à temps, ce qui apparaît être un facteur déterminant dans sa pratique du PSA de façon systématique.

« J'en ai 2 personnes âgées, comme ça, alors qu'ils étaient en pleine forme avant, et si ça avait été pris (à temps), ils seraient sûrement encore là, car il n'y avait pas de raison qu'ils partent. »

En défaveur du dépistage

D'autres médecins qui ne sont pas prescripteurs de PSA de façon systématique, témoignent d'effets indésirables survenus liés à la biopsie ou aux traitements.

A la question : Existe–t-il des expériences professionnelles qui ont modifié ou influencé votre pratique sur ce dépistage ?
Réponse : « Oui, des prostatites biopsies induites. »

« J'ai la même chose concernant 2 ou 3 patients qui ont des effets secondaires liées à la biopsie prostatique ou à une prostatectomie. »

Un des ces médecins dit ressentir de la culpabilité vis-à-vis des effets indésirables post biopsies.

Comme nous l'avons présenté ci-dessus, ce médecin a évoqué la survenue d'épisodes de prostatite biopsie-induite, ce qui semble l'avoir touché, et poursuivre dans son cheminement de ne pas dépister de façon systématique par le dosage des PSA :
« On en a eu plus d'une, qui ont été très douloureuses à suivre, et qui justifie que l'on soit redevable vis-à-vis de ces patients, que l'on a collé dans un circuit douloureux, médicamenteux, long, pour rien,…, ce sont des expériences qui font réfléchir. »

2-2-7 Liés aux expériences personnelles du médecin généraliste

En faveur du dépistage

Plusieurs médecins ont relaté la survenue chez un de leur proche d'un diagnostic trop tardif, ce qui a eu pour conséquence de réaliser le dépistage par les PSA de façon élargie chez leurs patients.

« J'ai quelqu'un dans ma famille qui a été dépisté trop tard, sur des choses qui auraient pu être prise à temps, ça brise des familles, c'est dramatique. »
Cela ne concernait pas le dépistage pour le cancer de la prostate, mais chez ce médecin, cela influence son positionnement positif vis-à-vis de tous les dépistages.

« Chez mes parents, il y avait une personne qui avait le même âge que mon frère, et ben, il est mort à moins de 50 ans d'un cancer de la prostate. »

« Moi, j'ai un copain qui a fait ça, qui disait que le dosage des PSA, ça servait à rien, et un jour il s'est levé avec un dosage à 3800 et des métastases partout. »

2-2-8 Liés au dépistage

En faveur du dépistage

Plusieurs médecins qui sont prescripteurs réguliers de PSA dans le cadre du dépistage, le réalise car ils estiment ce test efficace.

« On trouve quand même un dosage de PSA élevé, et que ça se révèle être quand même quelque chose, ce n'est pas un si mauvais dépistage que ça ! »

« Je pense que c'est le seul dépistage qui est actuellement efficace. »

Bon nombre de médecins répondent qu'il s'agit d'un test pratique, non invasif, ce qui les conduit à poursuivre ce dépistage.

« C'est un examen biologique, donc pas très invasif pour le patient. »

« Ce n'est pas trop invasif (le dosage des PSA), c'est une crainte chez les patients, et ils acceptent facilement de faire la prise de sang dans le suivi. »

« C'est le plus facile à faire. »

Un des médecins argumente que le coût du PSA est faible : « C'est le moins cher. »

De nombreux médecins évoquent comme stratégie dans leur démarche, le contrôle de la cinétique des PSA, notamment pour ne pas se précipiter sur d'éventuelles biopsies inutiles.

« Cela m'arrive de tempérer, de refaire un dosage à distance, à 3 mois ou à 6 mois, des fois ça se normalise (le taux). »

« C'est surtout la surveillance de la cinétique de ce PSA (qui est importante), je ne tiens pas compte d'une valeur isolée de PSA, mais plutôt de l'évolution de sa cinétique. »

« On se donnerait d'abord du temps (avant de faire des biopsies) pour suivre l'évolution des PSA. » « C'est l'évolution du PSA, quitte à les faire plus régulièrement au début ; en fait c'est rare que je prenne une décision sur un PSA. »

En défaveur du dépistage

Les médecins en défaveur du dépistage systématique arguent un manque de sensibilité des PSA et un risque de morbidité liés à la biopsie prostatique.

Ni en faveur, ni en défaveur du dépistage

D'autres médecins évoquent le faute de mieux, pour justifier leur poursuite de pratique des PSA.

« On reste sur ce dosage, n'ayant pas d'autres éléments pour pouvoir diagnostiquer facilement. »

Par ailleurs, les difficultés d'analyse des PSA, est un aspect qui revient parfois dans le discours des médecins partagés sur la question du dépistage de masse du cancer de la prostate par ce dosage.

« C'est casse-gueule (les PSA). Je trouve que la décision derrière n'est jamais simple. »

2-2-9 Liés à la dimension médico-légale du contexte de soin

En faveur du dépistage

« Après on a le problème du médico-légal, donc il ne faut pas se louper. »

En défaveur du dépistage

Bien que ce médecin soit en faveur d'un dépistage systématique, la connaissance des recommandations actuelles le fait craindre d'éventuelles pénalités professionnelles :

« Là, ça justifie pleinement les PSA, et là, je ne suis pas contre la loi. »
« Vous savez la grande idée de la sécu et de la HAS, c'est que les choses soient bien claires et qu'on fasse exactement ce que l'on doit faire et qu'on soit pénalisé si on fait autre chose. »

2-3 Déterminants retrouvés lors des entretiens médecin par médecin (annexe 2)

DISCUSSION

1- Discussion critique de l'étude

Le sujet de notre travail est original, car si un certain nombre de travaux et d'études se sont intéressés aux analyses de pratique de médecins généralistes, aucun n'a été réalisé au point de départ concret d'une demande de ce dosage. Il s'agit donc d'une analyse de pratique déclarative mais faite à partir de situations réelles et de manière rétrospective.
Ce travail s'inscrit dans une thématique d'actualité, dans la situation de controverse actuelle.

1-1 Biais de sélection

Nous avons choisi de limiter à 5 dosages de PSA par médecin, de façon à élargir le nombre de praticiens à interroger, de réduire les redondances chez des médecins pluri-prescripteurs. Cela avait en outre pour but de diminuer le temps d'interrogatoire téléphonique pour chaque médecin, et peut-être par conséquent de limiter les imprécisions du médecin, et les dossiers à rechercher.
Cela va avoir pour conséquence possible de fausser les résultats quantitatifs de la première partie concernant les indications globales du dosage du PSA. De ce fait, notre analyse statistique sur les indications du dosage des PSA n'est pas applicable à l'ensemble des prescriptions de PSA, et ce, d'autant plus que les médecins mono-prescripteurs de PSA ont été exclus notre étude.

Nous avons par ailleurs interrogé par téléphone les médecins ayant réalisé au moins 2 dosages de PSA dans le laps de temps de 6 semaines de recueil de données, toujours de manière à limiter les appels téléphoniques, qui auraient été trop nombreux, s'il avait fallu joindre tous les médecins qui n'avaient prescrit qu'un seul dosage. Avec le recul, il nous semble que cela biaise le profil des médecins inclus dans l'étude. En effet, pour les médecins pluri-prescripteurs de PSA sur un temps court, on pourrait extrapoler qu'ils sont donc globalement favorable au dépistage du cancer de la prostate par ce dosage (pour les demandes en relation avec cette indication).

A contrario, des médecins qui n'auraient prescrit qu'un dosage de PSA, (un dosage dans ce laboratoire, on peut imaginer cependant qu'il y en ait d'autres dans d'autres laboratoires) n'ont peut-être pas les mêmes pratiques, les mêmes convictions sur ce dosage, que les médecins inclus dans notre étude.

Par ailleurs, plusieurs médecins interrogés étaient issus des mêmes cabinets de groupe. Ils exercent sur un même type de patients, participent peut-être aux mêmes formations FMC, aux mêmes groupe de pairs (cela est avéré pour certains), reçoivent probablement les mêmes courriers de spécialistes, donc ont peut-être déterminé une attitude et une prise en charge commune sur le cabinet. Un des médecins en parle : « En fait, on a quand même pas mal changé notre fonctionnement dans notre cabinet depuis les recommandations. »

1-2 Biais de mémorisation

Un des inconvénients majeur de réaliser une analyse rétrospective est le biais de mémorisation.
Nous avons tenté de le réduire dans la seconde partie, en prenant le soin de demander au médecin de se remémorer de 2 cas précis pour lesquels il avait estimé demandé le dosage de PSA dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate. Cependant, malgré ce, nous avons répertorié dans la seconde partie, un ou 2 dosages dont l'indication principale n'était pas forcément le dépistage pour un cancer.
Concernant la première partie, lors de la plupart de ces entretiens, le médecin n'avait pas beaucoup de temps à nous consacrer, étant très souvent en consultation devant un patient au moment de notre appel téléphonique. Cette faible disponibilité du médecin peut entraîner une recherche incomplète du dossier des personnes concernés par ces dosages, et donc des réponses inappropriées.
En outre on peut soulever le problème de l'annotation exacte ou non des indications sur leur support (le plus souvent informatique) par les médecins.
On peut également penser qu'une date de prescription du dosage lointaine, peut entrainer une distorsion de la perception de l'indication du dosage par le médecin.

1-3 Biais de désirabilité

Un des autres aspects qui peut ressortir d'une enquête déclarative comme la notre est le biais de désirabilité, c'est-à-dire de répondre ce que l'enquêteur souhaiterait entendre, ou ce qu'il est communément admis de faire.

1-4 Biais d'interprétation

L'interprétation de l'enquêteur intervient dans notre étude tout d'abord dans l'indication principale relevée dans l'entretien téléphonique. Nous avons préféré retirer qu'une seule indication pour un dosage de PSA parmi les réponses des médecins, ce qui sous-tend une hiérarchisation parfois subjective des éléments de réponse des médecins. (Il nous a fallu simplement conserver l'indication principale, qui n'était peut-être parfois pas la bonne)
Par ailleurs, la durée courte de l'entretien, et son mode indirect (téléphonique) nous ont probablement amené à nous tromper sur l'analyse des réponses obtenues.
Mais cette interprétation intervient également dans l'entretien direct avec le médecin, et lors de la transcription en thématique des déterminants émergés. La méthode de recueil de verbatim entraîne fatalement à un moment donné une interprétation, ce qui peut parasiter le fond du contenu du discours.

1-5 Biais d'influence

De part les thématiques que nous avions prédéfinis comme déterminantes dans la prescription du dosage du PSA, et l'entretien semi-directif avec les questions semi-ouvertes sur ces thématiques, nous avons forcement influé dans les déterminants retrouvés dans l'étude.
En effet certains éléments ne seraient peut-être pas ressortis spontanément dans le discours des médecins si nous n'avions pas posé telle ou telle question. On peut penser par exemple que certains déterminants liés aux expériences personnelles n'auraient pas été abordés facilement par certains praticiens.

A contrario, le fait de poser des questions semi-ouvertes sur des thématiques précises a pu enfermer les médecins dans le discours et ne pas révéler certains éléments qui auraient pu spontanément être évoqués dans le cadre d'un entretien libre.
Pour contrer ce biais, nous avons proposé une question finale sur les aspects que nous aurions omis d'évoquer dans le reste de l'entretien (par exemple le problème du médico-légal). Cependant, les apports en nouveaux déterminants lors de cette dernière question libre ont été assez faibles.

1-6 Biais liés à l'inexpérience de l'enquêteur, ressenti

Ce manque de pratique des interrogatoires, a sûrement entrainé une perte d'informations non négligeable. Par exemple, après des réponses vagues de mes interlocuteurs, j'ai éprouvé parfois des difficultés à relancer de façon appropriée, et donc à obtenir des réponses adaptées à mes questions.
A la question : Existe-t-il des expériences professionnelles qui ont influencé ou modifié votre pratique sur ce dépistage ?
La réponse du MG 3 : « Oui, c'est l'expérience des patients, un taux qui n'est pas forcément très très haut, et en fonction si on est vigilant, pas vigilant, on se sert de ça ».
Ma relance : « Et des expériences professionnelles qui ont pu influencer votre pratique vis-à-vis de ce dosage là ? »
Sa réponse : « Après, tout en sachant qu'à un certain âge on nous dit qu'il ne faut plus dépister, ça sert à rien ».
Un peu dérouté, je tente une nouvelle relance : « Et qu'est ce qui a pu vous influencer dans votre pratique, plutôt d'avoir découvert quelques cancers ? »
Malheureusement je n'ai toujours pas eu de réponse à ma question, passant ensuite à la question suivante.
Par ailleurs, 2 des entretiens n'ont pas été enregistrés au dictaphone à la suite de problèmes techniques. Ces 2 entretiens n'ont pas été analysés avec la même attention et précision que les autres, puisque les déterminants dégagés ont été simplement annotés de façon manuscrite, lors de l'entretien.

1-7 Biais liés à l'entretien semi-directif

La recherche qualitative étant interprétative par nature, elle ne peut répondre parfaitement aux critères d'objectivité en comparaison avec la recherche quantitative.

1-7-1 Définition de l'entretien semi-directif

Il s'agit d'une technique qualitative fréquemment utilisée. Elle permet de centrer le discours des personnes interrogées, autour de thèmes définis préalablement par l'enquêteur, qui les consigne souvent dans un guide d'entretien.
Ce type d'entretien permet de compléter les résultats quantitatifs obtenus, apportant une précision plus grande aux informations recueillies, grâce aux citations, mais aussi aux possibilités de relances de l'interviewer et d'interaction entre l'interviewer et l'interviewé.

1-7-2 Avantages

Ce type d'entretien se caractérise par une grande liberté d'expression de l'interlocuteur, quant à son ressenti vis-à-vis du sujet. Il facilite le récit d'expériences, il permet de trouver des concepts inattendus. L'interviewer peut alors avoir tout le loisir de « rebondir » sur tel ou tel propos ou de relancer pour faire préciser la pensée de son interlocuteur.

1-7-3 Inconvénients

Cette technique se révèle compliquée à mettre en place, car les thèmes abordés par l'interviewer peuvent casser la dynamique du discours. On pourrait alors imaginer que certaines informations ne ressortent pas de la discussion, l'interviewé se sentant emmené par l'enquêteur vers certaines thématiques bien précises.
En outre, cette méthode est très dépendante de la qualité de l'entretien mené par l'interviewer, et de son expérience.

1-7-4 Biais liés à l'enquêteur

Le style de conduite, le mode d'entretien, les avis, les opinions du chercheur peuvent influencer les réponses lors de l'entretien.
Une interruption, une interprétation, une relance de l'enquêteur peuvent empêcher la poursuite des réponses du médecin et leur fluidité.
Si l'enquêteur prend conscience de ce biais, de ses limites, et qu'il a testé en amont son questionnaire, il peut toutefois limiter ce biais.

1-7-5 Biais liés à l'enquêté

Plusieurs aspects rentrent en ligne de compte et peuvent altérer la qualité des résultats.
Premièrement, l'envie du médecin de participer à cette étude, sa capacité de concentration, de manière à bien coller au sujet, de n'oublier aucun élément en rapport avec le patient et leur démarche, de limiter les hors sujets, peut être un moteur ou un frein dans la qualité de l'échange et des réponses obtenues.
On peut également citer la personnalité du médecin, sa capacité d'extraversion, qui peuvent influencer les résultats. On peut par exemple dire que les MG 8, et MG 10 étaient semblaient à l'aise avec cet exercice, mais on peut estimer que les réponses du MG 8 étaient plus centrées sur le sujet alors que celles du MG 10 nous ont amené sur des thèmes plus éloignés de notre sujet (les recommandations en général par exemple), mais là encore les questions de relances de l'enquêteur sont également en cause.
« Les recommandations sont nulles ; mais les recommandations sont souvent nulles, car vous savez il y a un nouveau traitement pour le SIDA qui existe » ; (il me montre un papier de protocole de soins à 100% d'un de ces patients) et rajoute ironique : « il a le 100% jusqu'en octobre 2014, donc d'après la sécurité sociale il y a un nouveau traitement pour guérir du SIDA en 7 mois… »
Enfin, le médecin peut parfois déployer des mécanismes de défense qui vont influencer les réponses : peut être se dit-il : « il vaut mieux que je réponde telle ou telle chose à cette question, même si ce n'est pas cela que j'ai fait… »
Ce ne sont toutefois que des suppositions et elles sont invérifiables dans notre étude.

1-7-6 Biais liés à la relation enquêteur-enquêté et à l'enquête

Premièrement, il peut exister un biais lié au fait que le médecin interrogé se sente jugé par son pair, le chercheur. Il faut alors essayer de se positionner de façon la plus neutre possible, de manière à éviter le jugement.
L'idée que l'enquêteur se fait de l'enquêté et vice-versa est à prendre en considération. Le degré d'implication dans l'entretien des 2 parties peut être un biais.
L'effet halo (bien décrit dans la thèse de Marine Le Tanneur) intervient lorsque la personne interrogée est influencée plus ou moins consciemment dans ses réponses par l'opinion émise dans la question précédente (56).
Par exemple, la personne interrogée, influencée par sa réponse à la question précédente répondra de manière cohérente aux questions suivantes, évitant de se contredire, même si elle souhaiterait se raviser. Le médecin interrogé peut vouloir plus ou moins consciemment « faire plaisir » à l'enquêteur, en lui donnant la réponse « attendue ».
Cependant il ne nous a pas semblé rencontré cet effet, peut-être parce que les questions de notre guide d'entretien n'avaient pas de lien direct entre elles, et étaient des questions ouvertes pour éviter ce biais.

2- Discussion des résultats de la première partie

La première partie de l'étude consistait à recueillir par téléphone, les indications de la demande du PSA.

Nous avons constaté que 75% des dosages avaient été demandés dans le cadre d'une démarche diagnostique ou de dépistage d'un cancer de la prostate (54% en dépistage de masse, 15 % demandés devant des troubles dysuriques, 5% en dépistage dit « individuel », 1% dans le cadre d'antécédents familiaux). Par ailleurs on note que 4% des dosages demandés avaient été réalisé dans le cadre d'un suivi post-cancer de la prostate, ce qui amène à un chiffre de 79% de dosages demandés dans le cadre général du cancer de la prostate.

Ces chiffres sont comparables à ceux de la thèse de Jennifer Ospital où l'on retrouvait 77.36% des demandes de PSA dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate (55).
En effet, il nous semblait admis que ce dosage n'était pas d'une grande utilité dans les autres pathologies prostatiques.
Cependant, 20% des dosages ont été orientés dans ce sens (14% pour une indication de prostatite, 5% dans le cadre d'un suivi d'une hypertrophie bénigne de prostate et 1% pour des troubles érectiles), ce qui nous a fait rechercher la bibliographie sur les thèmes PSA et prostatites, et PSA et hypertrophie bénigne de la prostate.
Concernant les PSA demandés dans le cadre d'une hypertrophie bénigne de prostate, selon l'ANAES, le dosage du PSA n'a pas d'intérêt pour le diagnostic, le bilan ou le suivi de l'HBP (4).
Concernant les PSA demandés dans le cadre de prostatites, il ne semble y avoir actuellement qu'un débat autour de son utilité, dans les prostatites chroniques, pour évaluer sa diminution lors d'une instauration d'antibiothérapie, pour éviter des biopsies prostatiques inutiles.
Cette pratique est actuellement débattue, encouragée par certains auteurs (50) (51), et décriée par d'autres qui l'estiment inutile et délétère pour les patients (résistances aux antibiotiques induit) (52).

Il semble que cette demande de PSA dans d'autres affections prostatiques que le cancer de la prostate soit encrée chez pas mal de nos confrères, mais nous n'avons pas pu les fondements dans la littérature. Nous n'avions pas choisi d'explorer les références des médecins à ce sujet, et il s'agit peut-être d'un autre axe de recherche utile, devant ce pourcentage élevé de prescription, probablement lié à des habitudes de pratique non validées, de manière à en saisir les déterminants.

Il faut noter également que le choix de classer les troubles dysuriques dans le cadre d'une démarche diagnostique d'un cancer de la prostate provoque un biais.
En effet, le médecin peut tout aussi bien demander ce dosage devant des signes cliniques dysuriques dans le cadre d'un bilan d'une hypertrophie bénigne de prostate, ou bien à la fois pour dépister un éventuel cancer en parallèle du bilan d'une HBP.
Malheureusement, nous n'avons pas tenté de préciser cela lors de l'entretien téléphonique.
Mais l'analyse qualitative des déterminants à la prescription du dosage des PSA dans le cadre du dépistage d'un cancer, a montré que les symptômes dysuriques étaient un des signes qui induisait la prescription de PSA.

Sur la période de 6 semaines d'étude, 169 dosages de PSA avaient été répertoriés, 82 demandés par 26 médecins généralistes différents pour le laboratoire rural, 87 demandés par 56 médecins généralistes différents.
Cette différence du nombre de prescripteur tient sûrement au fait d'un plus grand nombre de laboratoires urbains, alors qu'un seul laboratoire d'analyse médicale centralise toutes les demandes pour les dosages à la campagne.
Cela explique aussi qu'il y ait beaucoup plus de médecins pluri-prescripteurs (17 médecins ruraux inclus dans l'étude contre 9 urbains) dans ce laboratoire rural (les médecins urbains ne nous semblent pas moins pluri-prescripteurs, mais leurs patients peuvent réaliser leur dosage dans n'importe quel laboratoire de ville).

Par ailleurs, nous n'avons pas identifié de différences dans les indications entre les médecins de ville et les médecins ruraux, hormis dans les pourcentages de PSA demandés dans l'indication d'un dépistage de masse (65% des médecins de ville contre 49% des médecins ruraux) ; cette différence tient cependant au fait que les médecins de ville ont été moins nombreux à être interrogés (seulement 9 contre 17 médecins ruraux).

3-Discussion sur les résultats quantitatifs de la deuxième partie

Concernant la première question, à savoir, quelles sont les raisons qui ont amenés le médecin à demander un dosage du PSA pour les 2 patients, dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, les réponses spontanées amènent à réfléchir sur la notion entendue de « dépistage systématique ». En interrogeant sur les raisons de ce dépistage apparait que la situation de dosage proposé à des patients asymptomatiques dans le cadre d'un dépistage dit « systématique » est certes plus fréquente (13/24) que la situation où le dosage est demandé devant des signes cliniques urinaires (11/24), chez des médecins déclarant faire le dosage en « systématique » ou sur un bilan annuel, mais la différence n'est pas significative.
Cela souligne donc l'impact des signes dysuriques dans la prise de décision de prescrire les PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate.

En revanche, on remarque que dans la globalité des 30 demandes de PSA dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, 17 ont été réalisé chez des patients asymptomatiques (56.7%), et 13 chez des patients dysuriques (43.3%).
Ces chiffres sont superposables à ceux retrouvés dans la thèse de Jennifer Ospital (61.25% contre 38.75%) (55).

Pourtant, nous avons constaté que seulement 29% des demandes de PSA globales étaient réalisées de manière systématique, sans aucune symptomatologie chez les patients.
Cela signifie que bon nombre de médecins dans leur pratique de dépistage, se rapprochent des dernières recommandations de la HAS. En effet, le dernier référentiel de pratique de la HAS de 2013, préconise une recherche « diagnostique » de cancer de la prostate chez des patients symptomatiques, par l'association de l'interrogatoire, du toucher rectal, du dosage du PSA total, et d'un ECBU (3).

Ressort également les demandes émanant du patient, dans le but de rassurer, situations ne survenant dans notre étude que chez des médecins partagés ou en défaveur d'un dépistage « systématique » du cancer de la prostate par le dosage des PSA. Cet aspect nous semble logique, puisque les médecins en faveur du dépistage « systématique », sont prescripteurs des PSA et il existe moins de dialogue avec le patient concernant son utilité. Les patients anxieux sur ce dépistage se le verront proposer d'emblée par ces médecins.

Par ailleurs, on remarque que les médecins habituellement non-prescripteurs de façon large de PSA, l'ont demandé pour ces patients, outre le fait de les rassurer, devant des signes dysuriques ou chez des patients peu ou pas connus.

Afin d'évaluer la pratique de chaque médecin, nous avons recherché le taux de déterminants différents pour chaque médecin. Il concerne simplement 2 médecins sur 15 (pour lesquels aucun déterminant n'a été retrouvé en commun pour les 2 dosages), qui sont en défaveur ou partagé concernant le dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage des PSA. Il apparait donc que les médecins favorables au dépistage systématique de notre étude ont une démarche décisionnelle assez uniforme sur cette problématique, que les patients soient asymptomatiques ou non.

Cependant, on remarque qu'ils appuient souvent leur demande devant des signes urologiques, dans 10 cas sur 24 (41.6%).Toutefois, il parait hasardeux de tirer des conclusions de pratiques définitives avec le faible échantillon de médecins et de patients associés à chaque praticien.

Concernant les bases de savoir ou les communications extérieures qui guident leur démarche sur ce dosage dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, nous avons constaté que beaucoup plus de médecins faisaient référence à des informations venant de confrères urologues ou aux recommandations urologiques, plutôt qu'aux recommandations HAS.
Cela peut s'expliquer par le fait qu'il s'agisse majoritairement de médecins pratiquant le dosage des PSA de façon fréquente, ce qui ne cadre pas avec les recommandations de la HAS.
Nous avons également constaté que certains d'entre eux évoquaient des études, ou des références Internet sans pouvoir en préciser la nature.

Le dernier élément quantitatif relevé est le pourcentage de médecins étant plutôt en faveur d'un dépistage élargi, il est de 80% sur les médecins interrogés dans notre étude.
Là aussi, l'explication d'un aussi grand chiffre semble résider au fait qu'il s'agit de médecins prescripteurs de PSA, la méthode de recueil de données de l'étude semble biaiser ce résultat.
Nous ne pouvons donc en aucun cas, exprimer une tendance de pratique des médecins généralistes en France à partir de ce résultat.

4- Déterminants méritants d'être discutés

Nous allons tout d'abord citer les déterminants de prescription ou de non prescription qui étaient attendus, et ceux qui ne l'étaient pas, de manière à les comparer par rapport aux hypothèses de départ.

De part le type d'entretien, avec des thématiques prédéfinies et les questions ciblées, plusieurs thématiques ont été obligatoirement discutées : les bases de savoir ou les communications extérieures, les expériences personnelles et professionnelles, les avis des patients et leur rôle dans la prescription ou non du dosage du PSA.

Nous aurions pensé que la thématique du médico-légal allait être plus présente qu'elle ne l'a été dans notre étude.

Par ailleurs, aucun médecin n'a évoqué le manque de temps de consultation comme potentiellement influençable dans la décision de prescrire ou non le dosage du PSA.

Par contre dans les déterminants moins attendus ou tout du moins pas aussi fréquemment, on peut citer la présence de signes cliniques urinaires qui un élément évoqué par chaque médecin à un moment ou à un autre dans l'entretien.

Nous avons également identifié comme un élément clé le fait que le patient ne soit pas régulièrement suivi par le médecin, ce qui ne nous semblait pas être un déterminant attendu dans les hypothèses de départ.

4-1 Les signes cliniques urinaires

Il s'agit de l'élément central de la prise de décision des médecins généralistes dans la demande du dosage du PSA. Certains médecins qui réalisent le dosage en systématique dans une tranche d'âge précise pour le dépistage du cancer de la prostate, avancent leur dosage si le patient évoque des troubles dysuriques, ou l'évoque pour appuyer cette demande.
Un médecin déclare : « Je peux parfois faire un dosage plus tôt, s'ils présentent des signes urinaires. »
Un autre explique : « Ah oui, il avait des symptômes (dysuriques) également, ce qui ma fait rajouter les PSA. »
D'autres qui ne réalisent pas le dosage du PSA en systématique le demande devant des troubles urinaires : « En ne faisant plus de PSA systématique, mais seulement sur point d'appel urologique. »
Cela peut nous paraître curieux étant donné que les signes cliniques urinaires découlent dans la plupart des cas d'une hypertrophie bénigne de prostate, ou alors d'un cancer de la prostate à un stade avancé, mais en aucun cas à un cancer au stade localisé, le terme de dépistage ne semble alors pas approprié.

Il existe donc une discordance dans la pratique des médecins généralistes concernant ce déterminant évoqué.
Seul un médecin des médecins aborde cette ambigüité : « Je critique ma propre méthode, la dysurie n'est absolument pas un signe de cancer de la prostate, s'il y a dysurie, c'est en général un adénome. »
En revanche, même si cela n'a pas était spontanément évoqué par les autres médecins, nous pouvons penser que cette demande découle d'une volonté du médecin, d'éliminer une pathologie néoplasique associée ou non à une hypertrophie bénigne de la prostate.
Sur ce point là, les recommandations divergent.
La HAS est claire à ce sujet, elle recommande de ne pas réaliser de dosage du PSA devant un diagnostic clinique d'hypertrophie bénigne de la prostate (4). Cependant, dans le dernier référentiel de 2013 concernant le dépistage du cancer de la prostate, la HAS préconise de réaliser conjointement chez des patients présentant des signes dysuriques, un dosage sérique de PSA total, un TR, un ECBU dans une démarche de diagnostic différentiel (3), ce qui peut sembler en contradiction avec les recommandations de 2003 sur l'HBP.

Selon le CTMH (Comité des Troubles Mictionnels de l'Homme) de l'AFU, ce dosage est optionnel lors du bilan d'une hypertrophie bénigne de la prostate, mais peut être envisagé pour dépister un cancer de la prostate (40).

4-2 Les bases du savoir

Les recommandations de la HAS n'ont pas été très souvent évoquées par les médecins de manière explicite, seulement par les médecins globalement contre le dépistage systématique du cancer de la prostate par le PSA.
Cela peut s'expliquer par le fait que ces médecins sont globalement des « prescripteurs » du PSA.
D'autres médecins connaissent la controverse actuelle, mais ils ne modifient pas leur pratique de dépistage élargi pour autant. Cela est souvent en relation avec une peur de passer à côté d'un diagnostic de cancer, mais également à une impuissance vis-à-vis du patient, car il n'existe aucune autre alternative validée à ce dépistage, à ce jour.

Le conseil donné par un urologue de prescrire ce dosage est un élément qui est retrouvé très souvent dans notre travail.

La méconnaissance des recommandations entraîne chez quelques médecins la prescription systématique du PSA dans le dépistage du cancer de la prostate.
Par exemple, un des médecins interrogé évoque le fait d'être bénéfice en termes de mortalité, notamment sur des stades précoces (« On est curatif à des stades précoces. »), ce qui peut paraître discutable, au vu de la revue bibliographique.
Son raisonnement peut alors être considéré comme logique, dans sa « vérité », même si cela entraîne une pratique divergente par rapport aux références sur lesquelles il pense se baser.

2 autres médecins, qui ne sont pas favorables au dépistage de masse, relatent l'histoire naturelle lente du cancer de la prostate, et la notion de surtraitement, pour appuyer leur pratique.

4-3 L'expérience des médecins

Cette thématique est omniprésente et décisive dans la prise de décision concernant ce dosage. Elle peut être positive ou négative vis-à-vis du dépistage.
Il est plutôt logique de constater que les médecins en faveur du dépistage par le PSA relatent des expériences qui les influencent vers la pratique plus importante de ce dosage, alors qu'à contrario les médecins en défaveur d'un dosage systématique relatent des expériences négatives sur le dépistage.

Le sentiment de culpabilité du médecin est revenu plusieurs fois durant les interventions.
Un des médecins pense, même si elle ne l'explicite pas clairement, que son intervention trop tardive a été fatale pour 2 de ses patients : « Si ça avait été pris à temps, ils seraient encore là… »
Un autre médecin, au contraire, estime avoir causé des prostatites biopsie induite, par sa prescription de PSA, et s'en sent redevable vis-à-vis du patient : « On en a eu plus d'une, qui ont été très douloureuses à suivre, et qui justifie que l'on soit redevable vis-à-vis de ces

patients, que l'on a collé dans un circuit douloureux, médicamenteux, long, pour rien,…, ce sont des expériences qui font réfléchir. »
Ce sentiment renforce dans les 2 cas la tendance du médecin dans sa démarche de prescrire ou non le PSA.

Les expériences personnelles peuvent avoir également un impact important dans la démarche du médecin, même si cela ne concerne pas la majorité des médecins sondés.
Un des praticiens semblait tout particulièrement touché et donc influencé dans sa démarche, par la perte d'un proche d'un cancer de la prostate. On peut comprendre aisément que cela va avoir pour conséquence de le renforcer dans le dépistage par le PSA.

4-4 Les préférences du patient

L'entité-patient va avoir également une part dans la décision du dosage, mais elle va avoir un impact totalement différent selon les médecins.

Chez certains médecins (défavorables à un dépistage systématique par le dosage de PSA), les patients ont une place prépondérante dans la prise de décision. Un médecin déclare : « c'est souvent le patient qui prend sa décision en fait. »

D'autres médecins vont décider de réaliser le dosage chez des patients demandeur, qui ont besoin de se rassurer, même si l'indication n'est pas évidente, le patient aura souvent gain de cause. Un des médecins interrogé explique : « Le premier de la liste (des patients), qui est jeune, je lui ai dis : écoutez, on a le temps, on verra ; inquiétude relativement importante, donc dosage. »
Un autre déclare: « Il y a des gens qui ont perdu des proches d'un cancer de la prostate, et la discussion est impossible, enfin la décision finale sera de réaliser les PSA, ils n'en démordront pas. »
On touche peut-être là, aux limites de l'information donnée aux patients par les médecins. Même si le médecin n'est pas sur la même ligne de conduite que le patient, il finit bien souvent par céder à sa demande.

Par ailleurs, le fait de ne pas suivre régulièrement le patient, ou tout simplement de ne pas le connaître, incite clairement les médecins à prescrire le dosage. Cela peut s'expliquer par une volonté du médecin de faire responsabiliser le patient avec dans la plupart du temps une analyse complète, qui s'avère d'autant plus utile que le patient ne revient pas en consultation de façon régulière. Le PSA est alors fréquemment prescrit sans qu'il y ait une discussion sur son indication.

Concernant les médecins qui ne pratiquent pas le dépistage de masse, ils peuvent se heurter parfois à l'incompréhension des patients, soit parce que les médecins ont changé leur pratique sur ce dépistage, soit parce que le patient ne comprend pas qu'il puisse avoir plusieurs modes de pratique selon les médecins.
Encore une fois, cela pose le problème de l'information qu'il faut fournir au patient, qui ne sont pas toujours enclin à discuter (ou tout du moins pas tout de suite), comme le relate ce médecin : « On a modifié notre pratique, en ne faisant plus de PSA systématique,…, certains ont compris et accepté,…, et certains patients, un peu plus âgés, un peu récalcitrants, ou psychorigide, on leur a mis un cadre, c'est difficile de les en sortir, on peut le comprendre, on change d'attitude. »

Evidemment des éléments attendus comme l'âge et les antécédents familiaux ont été évoqués fréquemment par les médecins comme étant un facteur déterminant à la prescription du PSA.

En revanche l'origine ethnique des patients n'a été relevé que par un médecin comme étant un facteur influant dans la démarche de dépister un cancer de la prostate par le dosage du PSA.

4-5 La relation médecin-patient

Un des aspects concernant cette thématique qui revenu le plus souvent est la réalisation du toucher rectal, considérée comme délicate par le médecin et/ou le patient. Cette problématique nous semblerait d'autant plus présente lorsque la relation entre le médecin et le patient est ancienne et proche, pouvant occasionner une gêne pour la réalisation de ce geste.
Cela va avoir pour conséquence de majorer la réalisation du dosage du PSA sans TR associé, et donc probablement les biopsies prostatiques inutiles : « C'est quand même moins

désagréable (le PSA que le TR), peu gênant pour les gens, qui l'acceptent facilement. » déclare un médecin.
Certains médecins évoquent de surcroit une faible sensibilité de ce geste, et une relative incompétence, ce qui ne les incite pas à le réaliser de manière fréquente.

4-6 La pratique du médecin

La personnalité du médecin, son vécu, ses connaissances, influencent grandement sa prise de décision pour ce dépistage, comme dans d'autres problématiques de médecine générale.

Plusieurs médecins ont mentionné plus ou moins explicitement la peur de passer à côté d'un diagnostic de cancer. Ceci entraîne chez eux, la prescription élargie du dépistage par le PSA.

Les convictions du médecin rentrent également en ligne de compte. En effet, plusieurs d'entre eux ont affirmé être convaincus qu'il s'agissait d'un bon dépistage, ou qu'un des rôles principaux du médecin généraliste était de dépister.

Par ailleurs, on a senti quelques médecins indécis quant à la conduite à tenir en rapport avec ce dosage et à l'information à délivrer au patient.
Cela tient peut-être au fait que d'après la plupart des recommandations, notamment celle de la HAS, la décision finale revient au patient. En effet, la HAS préconise un dépistage individuel après information claire et détaillée donnée par le médecin (29).
Cependant, si l'information n'est pas clairement délivrée par le médecin, ou que le patient n'intègre pas tous les éléments décisionnels, ou que celui-ci est indécis, on peut alors imaginer que cette situation puisse mettre certains médecins dans l'embarras.

Concernant les recommandations et la controverse actuelle sur ce dépistage, certains médecins méconnaissant ces aspects ont une pratique qu'ils pensent en adéquation avec les recommandations alors qu'elle ne l'est pas.
En revanche plusieurs médecins connaissant cette controverse ne modifient pas leur pratique de dépistage élargi. On peut penser dans leur cas, que d'autres déterminants comme leurs

convictions personnelles ou leurs expériences professionnelles, par exemple, sont prédominantes dans leur choix.

4-7 Le dépistage

Un des déterminants de pratique du PSA identifié fréquemment est la facilité, le côté pratique du test, souvent comparé à la gêne occasionnée par le toucher rectal.

Par ailleurs, le suivi de la cinétique du PSA est réalisé par de nombreux médecins et prend une part prépondérante dans leur démarche lors d'un dépistage du cancer de la prostate.
C'est un élément auquel nous n'avions pas pensé comme déterminant à la pratique du dosage.
Cette possibilité de recontrôler le dosage paraît être une « soupape de sécurité » pour certains médecins, notamment pour ceux qui sont partagés sur ce dépistage ou indécis vis-à-vis de la conduite à tenir post résultats « anormaux » de PSA.
Cela permet au médecin de temporiser, ce qui est un aspect qui revient il nous semble assez fréquemment en pratique de médecine générale.
Nous pouvons en effet citer l'exemple d'un patient qui va se présenter au cabinet avec une pression artérielle haute (150/90 mmHg). Une auto-mesure tensionnelle, à la maison sur quelques semaines, va lui être indiquée par son médecin, de façon à éliminer un effet blouse blanche et à éviter un surtraitement par des thérapeutiques pouvant causer des effets indésirables.
L'avantage de notre pratique de médecine générale, contrairement à la médecine spécialisée ou hospitalière, réside dans le fait d'avoir du temps pour réévaluer certaines situations.
Cet aspect là semble resurgir, pour bon nombre de médecins interrogés, dans cette pratique de suivre la cinétique du PSA.

Par ailleurs, il n'est pas surprenant que le manque de sensibilité du PSA ne soit abordé que par un médecin, ceci pouvant s'expliquer encore une fois par le fait qu'il s'agit majoritairement de médecins en faveur d'un dépistage élargi.

2 médecins appuyèrent sur le fait qu'il n'existait actuellement aucun autre outil de dépistage pour ce cancer, de façon à justifier leur pratique de dépistage élargi.

Ce « faute de mieux » peut entrainer une certaine forme d'impuissance du médecin, de décalage entre les recommandations de bonne pratique et la réalité du terrain : « On reste sur ce dosage n'ayant pas d'autres éléments pour pouvoir diagnostiquer facilement » explique un médecin.

4-8 Les problématiques liées à l'aspect médico-légal

Nous avions pensé initialement que cet aspect aurait un impact plus grand dans la décision concernant le dosage du PSA dans le dépistage du cancer de la prostate.
Or, seulement 2 médecins ont abordé le sujet. L'un des 2 le décrit même comme un frein potentiel dans sa pratique d'un dépistage élargi : il s'explique : « Vous savez la grande idée de la sécu et de l'HAS, c'est que les choses soient bien claires et qu'on fasse exactement ce que l'on doit faire et qu'on soit pénalisé si on fait autre chose. »
Cela peut venir du fait que dans notre guide d'entretien, aucune question n'était directement liée à cette problématique, ayant décidé de laisser simplement une question libre pour que les médecins puissent l'aborder spontanément.

5- Analyse des pratiques des médecins

Tous ces déterminants retrouvés nous amènent à dire que les recommandations seules ne font pas la démarche d'un médecin généraliste.
Des éléments particuliers, singuliers à chaque médecin (expériences professionnelles, personnelles), l'attitude, les demandes de tel ou tel patient, notamment peuvent influencer le praticien dans sa démarche. Nous pouvons alors citer l'Evidence Based Medecine comme vecteur important dans la décision médicale pour certains praticiens.
Néanmoins, les médecins « prescripteurs » de PSA dans le cadre du dépistage, le font de manière quasi-systématique et peu d'éléments font changer cette habitude de pratique.

Nous souhaitions avant tout, avec ce travail, comparer la pratique réelle des médecins et ce qu'ils déclarent comme déterminants dans leur démarche.

Ainsi, nous avons dégagé bon nombre de divergences que nous allons énumérer et tenter d'analyser.

Une analyse exhaustive des pratiques des médecins sur le sujet et de leur mode de fonctionnement est cependant impossible et il faut rester prudent et ne pas extrapoler les pensées des médecins nous semble un exercice compliqué.

Certains médecins, par exemple, se disant contre la pratique du dépistage élargi par le dosage des PSA, le réalise cependant sur avis urologique (qui ont un avis à priori favorable sur ce dépistage).
Peut-on analyser cela comme une forme de protection vis-à-vis d'éventuel problèmes à venir, et ce, d'autant plus que la demande est appuyée par un spécialiste d'organe ? A-t-elle plus de poids en réalité ?

D'autres médecins se positionnent en faveur d'un dépistage élargi en argumentant avec des recommandations ou d'autres bases de savoir erronées.
Leur raisonnement est correct, mais pas leurs références. On pourrait penser qu'une meilleure connaissance des recommandations et des études pourraient les amener à réfléchir différemment ou à modifier leur pratique.

On peut, également, se poser la question de savoir dans quel but réel les médecins appuient leur demande de PSA chez des patients dysuriques. Il semble pourtant acquis que ces patients souffrent majoritairement d'une HBP. Cependant, le dernier référentiel de la HAS de 2013 propose aux praticiens de réaliser ce dosage en association avec le TR dans le but d'éliminer un cancer de la prostate (3).
Y-a-t-il une méconnaissance de la notion « asymptomatique » d'un cancer localisé de la prostate, ou bien, et c'est le plus probable, y-a-t-il une crainte de la part du médecin de retrouver un cancer à un stade avancé ?
Malheureusement, notre travail n'a pu le clarifier.

Certains médecins connaissent l'histoire naturelle lente, dans la plupart des cas du cancer de la prostate, ou la controverse actuelle quant à l'utilisation du PSA dans un dépistage élargi, mais ils prescrivent pourtant massivement ce dosage.

Comme évoqué plus haut, d'autres déterminants ont pris le dessus sur ces notions, et dans la plupart des cas, ce sont des expériences qui peuvent être douloureuses, tant sur le plan professionnel, ou sur le plan personnel avec la perte d'un proche.
Il nous paraît alors logique que ces praticiens s'orientent tout de même vers cette pratique de dépistage.

CONCLUSION

Notre étude a permis d'évaluer que 20 % de l'ensemble des demandes de PSA devraient être évitées car n'étant pas motivées par un dépistage du cancer de la prostate, chiffres comparables à ceux retrouvés dans l'étude de Jennifer Ospital (55).
Ces demandes hors recommandation sont réalisées dans le cadre d'un suivi d'une HBP ou lors d'une prostatite aigue. Nous n'avons pas recherché dans notre travail les raisons de cette démarche, ce qui nous semblerait pouvoir faire l'objet d'une prochaine étude, tout comme évaluer les raisons de la démarche de prescription du dosage chez les patients dysuriques chez les praticiens.

Elle informe sur le fait que les médecins prescripteurs de PSA dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate déclarent le réaliser fréquemment de manière « systématique ».
Cependant, nous avons mis en évidence que leur démarche était influencée ou s'appuyait sur la présence de signes fonctionnels urinaires dans 46 % des cas. Cette démarche se rapproche finalement des recommandations de la HAS de 2013, celle d'une démarche de diagnostic différentiel (3). On peut donc estimer la proportion de dosage de PSA réalisé de façon systématique (chez des patients asymptomatique) dans le cadre du dépistage à 29.16% de l'ensemble des dosages de PSA.
La divergence de position entre les instances (HAS versus AFU) met en difficulté les médecins généralistes, ce qui va les pousser à se fier à leurs croyances personnelles, véhiculées par les expériences positives de dépistage à travers ce dosage. On s'aperçoit d'ailleurs qu'il est beaucoup plus plébiscité que le toucher rectal que la gêne mutuelle du médecin et du patient rend plus délicat à réaliser.

Il est apparu dans l'étude que les médecins prescripteurs du dépistage par les PSA sont des médecins qui citent en majorité les recommandations de l'AFU.

Les influences liées aux préférences du patient sont citées par les médecins évoquant les recommandations de la HAS.
Notre travail montre que les médecins prescripteurs du dosage guident leur démarche sans prendre en compte les souhaits du patient ou en délivrant une information influencée par leurs

expériences positives vis-à-vis du dépistage, plus que par les éléments objectifs de la connaissance des niveaux de preuve des études et des bases de recommandations.

Notre analyse qualitative fait apparaître qu'il faudra convaincre les médecins, au-delà des preuves fournies par les grandes études, car leurs convictions de soignant, et les expériences de découverte de cancer par le dosage du PSA sont des déterminants forts dans leur démarche de prescription.

Le dosage de PSA réalisé en « systématique » chez des patients asymptomatiques dans une démarche de dépistage du cancer ne représente que 29% des situations, ce qui pourrait les aider à prendre conscience que leur approche majoritaire est actuellement conforme à l'approche diagnostique prônée par les dernières recommandations de la HAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. Source Biolam, Dénombrement, base de remboursement et montant remboursé se rapportant aux actes de biologie remboursés en 2008, 2009 et 2010. URL : www.slbc.fr/pdf_actu/Biolam_2008--2009- ‑ 2010_ameli.pdf, p 47.

2. Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé (OPEPS), Debré B. Rapport n°318 (2008-2009) sur le dépistage et le traitement du cancer de la prostate. Paris : Assemblée nationale et Sénat ; 2 Avril 2009. 455 p.

3. HAS. Détection précoce du cancer de la prostate. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). Mai 2013. 55 p.

4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de prostate. Recommandations. ANAES. Mars 2003. 94 p.

5. Association Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Recommandations de bonne pratique. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte. Saint-Denis : AFSSAPS ; Juin 2008.

6. Salomon L, Azria D, Bastide C, Beuzeboc P, Cormier L, Cornud F, et al. [Recommendations Onco-Urology 2010: Prostate cancer]. Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol. 2010 Nov;20 Suppl 4:S217–51.

7. Janssen T, Schulman C. [Prostate-specific antigen: an evaluation 15 years after its discovery]. Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol. 1994 Apr;4(2):171–80.

8. Benchikh El Fegoun A, Villers A. [Molecular forms of PSA]. Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol. 2007 Apr;17(2):165–71.

9. Hara M, Koyanagi Y, Inoue T, Fukuyama T. [Some physico-chemical characteristics of " -seminoprotein", an antigenic component specific for human seminal plasma. Forensic immunological study of body fluids and secretion. VII]. Nihon Hōigaku Zasshi Jpn J Leg Med. 1971 Jul;25(4):322–4.

10. Deperthes D, Gygi CM, Jichlinski P, Leisinger H-J. L'antigène spécifique de la prostate (PSA) : un marqueur tumoral en fin de règne ? : Urologie. Médecine Hygiène. 2003;61(2461):2377–81.

11. Rao AR, Motiwala HG, Karim OMA. The discovery of prostate-specific antigen. BJU Int. 2008 Jan;101(1):5–10.

12. INCa. Etat des lieux des connaissances : la situation du cancer en France en 2012. Décembre 2012. 352 p.

13. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jougla E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Dépidémiologie Santé Publique. 2008 Jun;56(3):159–75.

14. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2013. 122 p.

15. HAS. 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. HAS. fevrier 2012. 80 p.

16. Haute Autorité de santé. Eléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Document à l'usage des professionnels de santé. HAS. Septembre 2004. 8 p.

17. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate chez les populations d'homme présentant des facteurs de risque. HAS. 4 Avril 2012. 7 p.

18. Potter SR, Horniger W, Tinzl M, Bartsch G, Partin AW. Age, prostate-specific antigen, and digital rectal examination as determinants of the probability of having prostate cancer. Urology. 2001 Jun;57(6):1100–4.

19. Agence Française d'Urologie. Communiqué de presse : Cancer de la prostate et dépistage : les dernières analyses de l'ERSPC. AFU. 15 mars 2012. 8 p.

20. Catalona WJ, Partin AW, Sanda MG, Wei JT, Klee GG, Bangma CH, et al. A Multi-Center Study of [−2]Pro-Prostate-Specific Antigen (PSA) in Combination with PSA and Free PSA for Prostate Cancer Detection in the 2.0 to 10.0 ng/mL PSA Range. J Urol. 2011 May;185(5):1650–5.

21. Ploussard G, de la Taille A. Test urinaire PCA3 en pratique clinique. Prog En Urol - FMC. 2009 Sep;19(3):F86–90.

22. Cantiello F, Russo GI, Ferro M, Cicione A, Cimino S, Favilla V, et al. Prognostic accuracy of Prostate Health Index and urinary Prostate Cancer Antigen 3 in predicting pathologic features after radical prostatectomy. Urol Oncol. 2015 Jan 6;S1078–439(14)00448–7.

23. Nordström T, Vickers A, Assel M, Lilja H, Grönberg H, Eklund M. Comparison Between the Four-kallikrein Panel and Prostate Health Index for Predicting Prostate Cancer. Eur Urol. 2015 Jul;68(1):139–46.

24. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results after 13 Years of Follow-up. J Natl Cancer Inst. 2012 Jan 18;104(2):125–32.

25. 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):1310–9.

26. 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):1320–8.

27. 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. 2014 Dec 6;384(9959):2027–35.

28. Heijnsdijk EAM, Wever EM, Auvinen A, Hugosson J, Ciatto S, Nelen V, et al. Quality-of-life effects of prostate-specific antigen screening. N Engl J Med. 2012 Aug 16;367(7):595–605.

29. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer de la prostate. Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. HAS. Juin 2010. 50 p.

30. Greene KL, Albertsen PC, Babaian RJ, Carter HB, Gann PH, Han M, et al. Prostate specific antigen best practice statement: 2009 update. J Urol. 2009 Nov;182(5):2232–41.

31. Ciezki JP, Reddy CA, Kupelian PA, Klein EA. Effect of prostate-specific antigen screening on metastatic disease burden 10 years after diagnosis. Urology. 2012 Aug;80(2):367–72.

32. Scosyrev E, Wu G, Mohile S, Messing EM. Prostate-specific antigen screening for prostate cancer and the risk of overt metastatic disease at presentation: analysis of trends over time. Cancer. 2012 Dec 1;118(23):5768–76.

33. Le Collège de la Médecine Générale communique sur le dépistage du cancer de la prostate [Internet]. [cited 2015 Jan 26]. Available from: http://www.atoute.org/n/Le-College-de-la-Medecine-Generale.html

34. Institut National du Cancer. Enquêtes et sondages. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Juin 2011. 20 p.

35. Lim LS, Sherin K. Screening for Prostate Cancer in U.S. Men: ACPM Position Statement on Preventive Practice. Am J Prev Med. 2008 février;34(2):164–70.

36. Qaseem A, Barry MJ, Denberg TD, Owens DK, Shekelle P. Screening for Prostate Cancer: A Guidance Statement From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2013 mai;158(10):761–9.

37. Smith RA, Cokkinides V, Brawley OW. Cancer screening in the United States, 2009: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. CA Cancer J Clin. 2009;59(1):27–41.

38. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, van der Kwast T, et al. EAU guidelines on prostate cancer. part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-update 2013. Eur Urol. 2014 Jan;65(1):124–37.

39. Roehrborn CG, Bartsch G, Kirby R, Andriole G, Boyle P, de la Rosette J, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia: a comparative, international overview. Urology. 2001 Nov;58(5):642–50.

40. Descazeaud A, Robert G, Delongchamps NB, Cornu J-N, Saussine C, Haillot O, et al. Bilan initial, suivi et traitement des troubles mictionnels en rapport avec hyperplasie bénigne de prostate : recommandations du CTMH de l'AFU. Prog En Urol. 2012 décembre;22(16):977–88.

41. Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, Sanz CR, Emberton M, de la Rosette JJMCH. EAU 2004 Guidelines on Assessment, Therapy and Follow-Up of Men with Lower Urinary Tract Symptoms Suggestive of Benign Prostatic Obstruction (BPH Guidelines). Eur Urol. 2004 Nov;46(5):547–54.

42. Giacomo Novara, Antonio Galfano, Mario Gardi, Vincenzo Ficarra, Laurent Boccon-Gibod, Walter Artibani. Critical Review of Guidelines for BPH Diagnosis and Treatment Strategy. European Association of Urology. European Urology Supplements 5. 2006. 418-429.

43. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL, Dixon CM, Kusek JW, et al. The Long-Term Effect of Doxazosin, Finasteride, and Combination Therapy on the Clinical Progression of Benign Prostatic Hyperplasia. N Engl J Med. 2003 décembre;349(25):2387–98.

44. Marberger M. The MTOPS Study: New Findings, New Insights, and Clinical Implications for the Management of BPH. Eur Urol Suppl. 2006;5(9):628–33.

45. Etienne M, Chavanet P, Sibert L, Michel F, Levesque H, Lorcerie B, et al. Acute bacterial prostatitis: heterogeneity in diagnostic criteria and management. Retrospective multicentric analysis of 371 patients diagnosed with acute prostatitis. BMC Infect Dis. 2008;8:12.

46. Bruyère F, Amine Lakmichi M. Intérêt de l'utilisation du PSA dans la prise en charge des prostatites : revue de la littérature. Prog En Urol. 2013 Dec;23(16):1377–81.

47. Nickel JC, Downey J, Young I, Boag S. Asymptomatic inflammation and/or infection in benign prostatic hyperplasia. BJU Int. 1999 Dec;84(9):976–81.

48. Kandirali E, Boran C, Serin E, Semercioz A, Metin A. Association of extent and aggressiveness of inflammation with serum PSA levels and PSA density in asymptomatic patients. Urology. 2007 Oct;70(4):743–7.

49. Nadler RB, Humphrey PA, Smith DS, Catalona WJ, Ratliff TL. Effect of inflammation and benign prostatic hyperplasia on elevated serum prostate specific antigen levels. J Urol. 1995 Aug;154(2 Pt 1):407–13.

50. Del Rosso A, Saldutto P, Di Pierro ED, Masciovecchio S, Galatioto GP, Vicentini C. Impacts of antibiotic and anti-inflammatory therapy on serum prostate specific antigen in asymptomatic men: our experience. Riv Urol. 2012 Jun 21;0–0.

51. Bozeman CB, Carver BS, Eastham JA, Venable DD. Treatment of chronic prostatitis lowers serum prostate specific antigen. J Urol. 2002 Apr;167(4):1723–6.

52. Kyung Y-S, Lee H-C, Kim H-J. Changes in serum prostate-specific antigen after treatment with antibiotics in patients with lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia with prostatitis. Int Neurourol J. 2010 Aug;14(2):100–4.

53. 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 [Thèse Médecine]. Lille ; 2012. 92 p.

54. Ait Ouali-Berkane S. Enquête pratique auprès des médecins généralistes de Reims dans le cadre du dépistage du cancer de prostate par dosage du PSA [Thèse Médecine]. Reims ; 2014.

55. Ospital J. Prescription du dosage de PSA et information des patients : Enquête transversale auprès de 212 patients lors du prélèvement sanguin [Thèse médecine]. Bordeaux ; 2014. 83 p.

56. Le Tanneur M. Evolution et déterminants des pratiques de dépistage du cancer de la prostate en médecine générale en situation de controverse [Thèse médecine]. Montpellier ; 2012. 230 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

1è partie :

Quelles sont les raisons qui vous ont amené à réaliser chez le patient numéro 1 un dépistage du cancer de la prostate par le dosage des PSA ?

Puis même question pour le patient numéro 2.

2é partie : considérations plus générales concernant le dépistage du cancer de la prostate par les PSA

Question 1 : Quelles sont les bases de votre savoir sur la question, ainsi que les communications extérieures, qui guident votre démarche sur le dosage des PSA, dans le cadre d'un dépistage du cancer de la prostate ?

Question 2 : Existe-t-il des expériences professionnelles qui ont modifié ou influencé votre pratique sur ce dépistage ?
Si oui, lesquelles ?

Question 3 : Y-a-t-il des expériences personnelles qui influencent votre démarche ?
Si oui, lesquelles ?

Question 4 : Si les convictions ne sont encore ressorties, poser la question : Quelles sont vos convictions personnelles concernant ce dépistage ?

Question 5 : Est-ce que les avis, les convictions, les attitudes des patients peuvent modifier votre pratique ?
Si oui, lesquels ?

Question 6 : Existe-t-il d'autres éléments pouvant influencer votre démarche qui n'ont pas été relevés ?

Si oui, lesquels ?

Parmi les éléments que vous avez précédemment cités, quels sont ceux qui ont influencé votre démarche auprès du patient numéro 1 et numéro 2 ?

Annexe 2 : Déterminants retrouvés médecins par médecin

Ces descriptions reprennent et résument les propos tenus par les médecins, par mots clés, par déterminants, au fil des questions posées lors de l'entretien.

MG 1 :

1è partie :

- patient 1 :
  - en systématique
  - clinique : démarche diagnostique devant dysurie

- patient 2 :
  - en systématique
  - bilan annuel
  - patient peu suivi

2è partie :

- question 1 :
  - recommandations floues, inapplicables, mais connaissance de la controverse
  - revues sans plus de précisions

- question 2 : OUI
  - en faveur : dépistage de plusieurs cancers prostate, et même quand asymptomatique

- question 3 : NON

- question 4 : POUR
    - recommandations peu claires
    - test pratique, facile à réaliser, non invasif
    - PSA : test efficace
    - âge : le fait en systématique de 50 à 75 ans

- question 5 NON

MG 2 :

1è partie :

- patient 1 :
    - bilan standard
    - premier contact
    - en systématique

- patient 2 :
    - en systématique
    - clinique : démarche diagnostique devant dysurie
    - bilan standard
    - premier contact

2è partie :

- question 1 :
    - Méconnaissance recommandations
    - Cours universités (même si à l'époque pas de consensus)
    - Conseils urologues

- question 2 : NON (jeune installé)

- question 3 : OUI
    - en faveur du dépistage : concernant un autre dépistage, trop tardif, entraînant le décès d'un proche

- question 4 : POUR
    - rôle du médecin généraliste de dépister
    - notion de gain sur la mortalité
    - peur du médico-légal
    - peur du médecin de passer à côté d'un cancer
    - TR peu fiable
    - âge : entre 50 et 75 ans

- question 5 : OUI
    - laisse libre le patient de décider

MG 3 :

1è partie :

- patient 1 :
    - en systématique
    - clinique : démarche diagnostique devant signes urinaires
    - bilan standard

- patient 2 :
    - en systématique
    - bilan standard
    - signes infectieux

2è partie :

- question 1 :
    - recommandations AFU
    - cours universités
    - conseils urologues
    - lectures presse (pas plus de précision)

- question 2 : OUI :
    - en faveur : dépistage de cancers prostate

- question 3 : NON

- question 4 : POUR

- question 5 : OUI
    - patient insistant, demandeur
    - patient anxieux, réassurance du patient

- question 6 :
    - antécédents familiaux

MG 4 :

1è partie :

- patient 1 :
    - en systématique
    - clinique : démarche diagnostique devant une dysurie

- patient 2 :
    - en systématique
    - clinique : démarche diagnostique devant dysurie
    - bilan standard

2è partie :

- question 1 :
    - connaissance controverse

- question 2 : OUI
    - en faveur : cancer patient jeunes, vieux, agressif, asymptomatiques

- question 3 : OUI
    - mort d'un cancer de la prostate jeune dans les proches

- question 4 : POUR
    - rôle du médecin généraliste de dépister
    - âge : entre 50 et 75 ans
    - efficacité PSA
    - culpabilité de ne pas avoir dépisté un cancer de la prostate

- question 5 : OUI
    - patient demandeur, insistant
    - conseils, ou demande d'un proche
    - patient anxieux, réassurance du patient
    - gène des patients concernant la prostate, les organes génitaux

- question 6 :
    - signes dysuriques avant 50 ans
    - contre le dépistage : conflit d'intérêt urologues, cancer d'évolution lente
    - antécédents familiaux

MG 5 :

1è partie :

- patient 1 :
    - bilan annuel
    - en systématique

- patient 2 :
    - bilan annuel
    - en systématique

2è partie :

- question 1 :
    - recommandations type RMO (?)
    - cours université
    - ignorance de la controverse actuelle (persuadé que le dosage annuel PSA ne se discute pas)

- question 2 : NON

- question 3 : NON

- question 4 : POUR
    - rôle de dépistage du MG
    - test biologique facile, pas invasif
    - dépistage PSA avec contrôle de la cinétique
    - âge : entre 50 et 75 ans

- question 5 : NON

- question 6 :
    - antécédents familiaux
    - méconnaissance de la controverse et des recommandations
    - Signes dysuriques avant 50 ans (mélange un peu symptômes HBP et cancer de la prostate

MG 6 :

1è partie :

- patient 1 :
    - en systématique
    - patient peu suivi

- patient 2 :
    - en systématique
    - bilan standard annuel

2è partie :

- question 1 :
    - conseils urologues
    - FMC
    - Articles médicaux

- question 2 : OUI
    - en faveur : dépistage plusieurs cancers prostatique, même asymptomatique

- question 3 : NON

- question 4 : POUR
    - âge : 50 à 75 ans

- question 5 : NON

- question 6 :
    - signes clinique : si dysurie

MG 7 :

1è partie :

- patient 1 :
    - en systématique
    - bilan standard annuel
    - âge

- patient 2 :
    - en systématique
    - âge

2è partie :

- question 1 :
    - conseils urologues
    - connaissances université
- question 2 : NON

- question 3 : NON

- question 4 : POUR
    - rôle du médecin généraliste de dépister
    - PSA : test facile à réaliser, pratique, non invasif
    - âge : de 50 à 75 ans
    - TR : peu fiable
    - TR : délicat vis-à-vis des patients
    - Peur de passer à côté du diagnostic
    - PSA : test acceptable pour le patient

- question 5 : NON

- question 6 :
    - antécédents familiaux
    - clinique : dysurie

MG 8 :

1è partie :

- patient 1 :
    - en systématique
    - clinique : démarche diagnostique devant dysurie

- patient 2 :
    - en systématique
    - clinique : démarche diagnostique devant dysurie
    - antécédent personnel d'autre cancer

2è partie :

- question 1 :
    - conseils urologues

- question 2 : OUI
    - en faveur : dépistage de plusieurs cancer prostatiques, non symptomatique

- question 3 : OUI
    - en faveur : un proche médecin qui s'est vu découvrir trop tardivement un cancer de la prostate métastatique
      Thématique de peur de passer à côté de ce diagnostic vis-à-vis de ces patients et peut-être de lui-même (réassurance personnelle ?)

- question 4 : POUR
    - PSA : pratique, facile à réaliser
    - PSA : peu coûteux
    - PSA : faute de mieux
    - âge : à partir de 45 ans
    - limites du TR (peu sensible)
    - antécédents familiaux
    - peur de passer à côté du diagnostic

- question 5 : NON

- question 6 : dans la question 4
    - contre : médico-légal
    - autocritique sa pratique concernant la dysurie qui n'est pas un signe de cancer de la prostate

MG 9 :

1è partie :

- patient 1 :
    - en systématique
    - bilan annuel
    - âge

- patient 2 :
    - en systématique
    - bilan annuel
    - âge

2è partie :

- question 1 : ne sait pas

- question 2 : NON

- question 3 : NON

- question 4 : POUR
    - âge : à partir de 50 ans
    - clinique : signes dysuriques

- question 5 : NON

MG 10 :

1è partie :

- patient 1 :
    - en systématique
    - clinique : démarche diagnostique devant dysurie

- patient 2 :
    - en systématique
    - clinique : démarche diagnostique devant dysurie

2è partie :

- question 1 :
    - conseils urologues

- question 2 : OUI, en faveur
    - dépistage de plusieurs cancers prostatiques évolution rapide
    - dépistage cancer chez des patients asymptomatiques

- question 3 : NON

- question 4 : POUR
    - reproche du patient pour un diagnostic tardif
    - critique les recommandations
    - origine ethnique
    - antécédents familiaux

- question 5 : OUI
    - patient anxieux, notion de réassurance

MG 11 :

1è partie :

- patient 1 :
    - antécédents familiaux

- patient 2 :
    - bilan standard
    - clinique : démarche diagnostique devant dysurie
    - premier contact

2è partie :

- question 1 :
    - discussions confrères
    - conseils urologues
    - recommandations pas claires, méconnaissance recommandations

- question 2 : OUI en faveur
    - dépistage de plusieurs cancers prostatiques asymptomatiques

- question 3 : NON

- question 4 : POUR
    - faute de mieux
    - problème d'analyse PSA
    - TR peu sensible
    - Age
    - PSA : surveillance cinétique

- question 5 : OUI (parfois)
    - réassurance patient anxieux
- question 6 :
    - antécédents familiaux
    - flou décisionnel

MG 12 :

1è partie :

- patient 1 :
    - conseil urologue
    - suivi HBP
    - patient peu suivi

- patient 2 :
    - dysurie
    - conseil urologue

2è partie :

- question 1 :
    - étude belge
    - recommandations HAS
    - groupe de pairs
    - université bordelaise

- question 2 : OUI
    - en défaveur : complications liées à la biopsie, prostatites induites
    - en faveur : 1 cas de cancer métastatique diagnostiqué, traité

- question 3 : NON

- question 4 : CONTRE
    - cancer d'évolution lente
    - risque morbidité lié à la biopsie
    - surtraitement du cancer de la prostate
    - culpabilité du médecin d'avoir entraîné des prostatites secondaires aux biopsies

- question 5 : OUI
    - patient demandeur, insistant
    - habitude de bénéficier de ce dosage (incompréhension de modification de pratique, contradiction pour les patients)

- Question 6 : (autres éléments)
    - conflit d'intérêts (PSA et urologues)

MG 13 :

1è partie :

- patient 1 :
    - dysurie

- patient 2 :
    - premier contact
    - réassurance du patient

2è partie :

- question 1 :
    - recommandations HAS
    - documents divers sur Internet (dont explications donnés aux patients issues du British Medical Journal)

- question 2 : NON

- question 3 : OUI
    - CONTRE : familial, surdiagnostic, et surtraitement d'un cancer localisé entraînant des effets secondaires

- question 4 : CONTRE
    - cercle universitaire et cabinet de groupe ou l'on ne pratique pas le dépistage en systématique
    - cancer d'évolution lente
    - surtraitement de cancer de la prostate
    - manque de sensibilité des PSA

- question 5 : OUI
    - patient demandeur, insistant
    - patient anxieux (réassurance)
    - habitude pour le patient de bénéficier de ce dosage (notamment avec médecin antérieur), contradiction pour les patients

MG 14 :

1è partie :

- patient 1 :
    - réassurance du patient
    - patient insistant
    - bilan général

- patient 2 :
    - demande sa femme
    - clinique : démarche diagnostique devant dysurie
    - réassurance patient

2è partie :

- question 1 :
    - Recommandations HAS
    - Discussions entre confrères
    - Groupe de pairs
    - Revue Prescrire

- question 2 : OUI, mais dans les 2 sens
    - en faveur : dépistage de plusieurs cancers prostatiques d'évolution rapide
    - en défaveur : complications liées à la biopsie, complications liées à prostatectomie

- question 3 : NON

- question 4 : convictions : PARTAGE
    - flou décisionnel
    - recommandations peu claires
    - PSA : manque sensibilité/spécificité
    - réassurance du médecin
    - pratique dépistage individuel : « Non, ce n'est pas un dosage que fais en systématique, après c'est souvent le patient qui prend sa décision en fait ».

- question 5 : OUI
    - patient demandeur, insistant
    - patient maître de sa décision

- question 6 :
    - suivi de la cinétique
    - négligence du patient

MG 15 :

1è partie :

- patient 1 :
    - en systématique

- patient 2 :
    - en systématique

2è partie :

- question 1 :
    - conseils urologues
    - EPU
    - Laboratoires

- question 2 : NON

- question 3 : NON

- question 4 : POUR
    - âge : à partir de 60 ans
    - PSA : test pratique
    - rôle du médecin généraliste de dépister

- question 5 : NON

Annexe 3 : Exemple de 2 verbatims

MG 8

Médecin homme de ville, d'un certain âge, expérimenté, courtois, a pris le temps de me recevoir dans de bonnes conditions.

1è partie, question :

- patient 1 : réponse (et démarrage enregistrement), où il m'a répondu en systématique : « il a premièrement une dysurie, et au toucher rectal, une bonne grosse prostate molle, mais je préférais faire quand même un dosage des PSA libre et total, qui s'est avéré banal puisqu'il a 3.22 de PSA et un rapport de 30%, donc j'ai pas été plus loin, sinon que je l'ai vivement encouragé à voir l'urologue s'il pissait de plus en plus mal, mais il est quand même sous bithérapie, alpha bloquant plus plantes ».

Je reprends la main pour l'interroger sur le patient 2

- patient 2 : réponse : « antécédents de cancer intestinal opéré, donc déjà suspect d'un tempérament cancérigène, et lui aussi une dysurie banale, donc je lui ai fais un dosage des PSA lui aussi, il avait des PSA à 0.23, et un rapport à 30%, mais il avait une dysurie, mais il a quand même un certain âge, 80 ans.

Je reprends la main pour introduire la **2è partie**

Question 1 (savoir)

Réponse « je pense que c'est le seul dépistage qui actuellement est efficace ; c'est évident qu'on peut le critiquer, qu'il va y avoir d'autres méthodes qui vont arriver sur le marché, c'est le moins cher et le plus facile à faire.

Je reprends la main pour réorienter vers les bases de savoir qui guident sa démarche (il m'avait parlé en introduction d'équipe d'urologie, je le relance sur le sujet en disant que les urologues préconisent un dépistage large…)

Réponse : « Les équipes avec qui je travaille, Dr X, qui est quand même un référence sur Bordeaux, est la première à recommander le dosage des PSA (interruption par son téléphone, il répond), reprise : quand vous regardez la littérature, il y a des équipes lyonnaises et parisiennes qui sont contre, qui trouvent que c'est de l'argent foutu en l'air, et d'autres qui ne sont pas d'accord.
Moi je trouve que d'un point de vu pratique, j'ai dépisté énormément de choses qui n'étaient pas apparentes (il insiste sur le PAS), parce que c'est très gentil le toucher rectal, mais d'abord les gens ne sont pas tous disposés, à se faire foutre un doigt au cul, et quand vous êtes chez un type de 55 ans et qui a un petit cancer démarrant, vous le mettez pas dans le doigt (thème TR pas toujours sensible).

Je reprends la parole : « Là, vous parlez des recommandations car il y a les recommandations de l'AFU, et les recommandations de l'HAS, qui sont en fait discordantes ».

Réponse : « C'est pour ça que je vous dis, moi personnellement, j'ai dépisté des tas de cancer de prostate qui étaient non parlants, parce que quand ils parlent et que le mec a des métastases partout, on peut faire un dosage des PSA là (ironique) ; <u>discordance</u> entre ses connaissances et sa pratique car dose aussi dans les troubles dysurique
Parce que le souci, c'est que moi j'ai un copain médecin qui a fait ça, qui disait que le dosage des PSA ça servait à rien, et un jour il s'est levé avec un dosage à 3800 et des métastases partout.

Je reprends la main, en lui disant qu'il venait de devancer mes questions concernant les expériences professionnelles, avec la découverte de plusieurs cancers de la prostate non parlant dans sa patientèle, et personnelles avec son collègue (et là je me trompe en reformulant en disant qu'il était symptomatique)
Il coupe, en insistant : « il n'avait aucun symptômes (son collègue), il s'est réveillé justement avec les emmerdements, avec la fracture vertébrale spontanée, et pourquoi tu t'es pété une vertèbre ?, et bingo. »

(Je le sens marqué par cet épisode, témoignant d'une peur, d'une angoisse de passer à côté de ce diagnostic pour ses patients et peut-être pour lui également)

Je reprends la main pour la question 4 (avis, convictions des patients)

Réponse : « NON, vous savez, je suis un vieux médecin, alors ce que je dis, en général, c'est parole d'évangile »
Je rigole : « c'est la médecine paternaliste »
Il me répond : « Très paternaliste, c'est d'ailleurs très fatiguant car vous tenez les patients à bout de bras ».

Je relance : « en fait c'est un dosage que vous demandez à titre systématique chez les patients de plus de 50 ans avec le TR ?

Réponse : « 50 ans, je démarre, 45 ans je démarre avec les PSA simples et je commence à demander le rapport à partir de 55 ans, bien entendu, chez un mec dont le papa a eu un cancer de la prostate, plus tôt, parce que là aussi il y a des familles de cancers de la prostate ».

Je reprends la main : Y a t il d'autres éléments qui peuvent influencer votre démarche ?

Réponse « Non, il est évident que, c'est ce que j'appelle le flush royal, s'il y a mec qui vous dit j'ai des difficultés à uriner, vous lui foutez un doigt au cul, et là vous trouvez une masse, là ça justifie pleinement les PSA, et là, je ne suis pas contre la loi (notion médico légale ?),

Je tempère « il n'y a pas dans ce que vous faites du contre la loi »

Réponse : « Vous savez la grande idée de la sécu et de l'HAS, c'est que les choses soient bien claires et qu'on fasse exactement ce que l'on doit faire et qu'on soit pénalisé si on fait autre chose, et qu'on ne soit pas reconnu par les assurances » (nouvelle interruption de téléphone).

Je reprends la main pour le feed back sur ces 2 patients

Réponse : « Je critique ma propre méthode la dysurie n'est absolument pas un signe de cancer de la prostate, qui ne parle pas, s'il y a dysurie, c'est en général un adénome, mais on peut être facteur et cocu, donc je préfère donc faire le dosage ».

MG 14 :

Médecin homme, jeune, en cabinet de groupe en semi rural, a pris le temps de répondre à mes questions.

1è partie :

Patient 1 :
Réponse : « C'était une demande de bilan systématique, car on n'en avait pas fait depuis un moment, il allait se faire opérer en mars d'une prothèse du genou, et c'était une demande du patient ; le PSA est venu sur le table parce qu'il avait un copain qui s'est fait enlevé la prostate, mais je n'avais pas d'autres critères, pas de symptômes, aucunes plaintes du patient »

Je reprends : « en fait, il s'agit d'une demande pour rassurer le patient ? »

Réponse : « Oui, après on a du discuté du fait d'être rassurer ou pas, je pense que j'ai du avoir un discours sur le fait qu'en fonction des PSA, on verrait ce qu'on ferait… »

Moi : « C'est-à-dire ? »

Réponse : « Qu'on irait par forcément voir tout de suite l'urologue, qu'on ne ferait pas tout de suite les biopsies, et qu'on se donnerait d'abord du temps pour suivre l'évolution des PSA».

Patient 2 :
Réponse : « Alors lui, c'est à la demande de sa femme ! C'est sa femme qui a absolument voulu qu'il fasse les PSA ; c'est un homme qui ne s'occupait absolument pas de lui, qui ne

faisait rien ; elle a des problèmes de santé, elle est venu avec lui, elle voulait absolument lui faire faire le taux de cholestérol, lui faire prendre la tension, lui n'avait aucune demande.
Il se levait 2 fois par nuit, mais, (il regarde son ordinateur, je regarde s'il y a une antériorité, parce que cela peut jouer sur ma décision de le faire ou pas), non je n'en ai pas d'autres ; c'est original comme demande !

2è partie :

Question 1 :

Réponse : « en premier, je vais donner les 2 revues, Prescrire et Médecine, et après ça va commencer à être l'expérience personnelle »

Je rebondis : « Y a-t-il des communications extérieures ou avec d'autres confrères qui rentrent en jeu ? »

Réponse : « Oui, le groupe de pair, puisque ce sont des sujets qui sont débattus, c'est un sujet qui revient sur la table tous les ans, c'est quelque chose qu'on discute ».

Question 2 :

Réponse : « Oui, mais dans les 2 sens ; j'ai en tête 2 cancers de prostate qui ont été très vite, donc derrière ça m'a fait réfléchir à ma façon de considérer les choses ; j'ai la même chose concernant 2 ou 3 patients qui ont des effets secondaires liées à la biopsie prostatique ou à une prostatectomie, qui font y aller avec parcimonie aussi… »

Question 3 : NON

Je rebondis car ses convictions vis-à-vis du dépistage ne sont pas ressorties : « Quelles sont vos convictions par rapport au dépistage du cancer de la prostate par le dosage des PSA ? »

Réponse : « C'est casse gueule ! Je trouve que la décision derrière n'est jamais simple. Comment vous dire, le questionnement d'avant fait qu'après il y a toujours un

questionnement. J'ai presque l'impression de prendre ma décision avant d'avoir le dosage, parce que si je fais le dosage comme ça sans avoir ma démarche dans ma tête avant, je me perd et je sais plus trop ou aller ; après, je fais rarement un PSA tout seul ; il y a souvent une échographie avec ou un avis urologique, qui reste un avis et sur lequel on rediscute après avec le patient, et surtout après c'est l'évolution du PSA, quitte à les faire plus régulièrement au début ; en fait c'est rare que je prenne une décision que sur un PSA »

Moi : « Ce n'est donc pas quelque chose que faites en systématique ? »

Réponse : « Non, ce n'est pas un dosage que fais en systématique, mais ça demande beaucoup de préparation avec le patient, et après c'est souvent le patient qui prend sa décision en fait

Moi : « Vous l'abordez quand même assez facilement dans la conversation quand il y a une prise de sang à faire ? »

Réponse : « Oui, parce que c'est souvent une demande des patients, donc c'est pour leur répondre, après discussion, il y en a qui vont décider de le faire ou de pas le faire ; ça fait partie des prise de sang que je discute le plus dans le sens ou l'on discute avant des pistes et des possibilités derrière »

Moi : « Quand vous dites que c'est casse gueule, vous dites ça du dosage en lui-même des PSA ? »

Réponse : Oui, à moins d' avoir un PSA très élevé, mais surtout sur des premiers dosages, parce qu'on ne sait pas ou l'on va, et l'on s'aperçoit parfois qu'on a des PSA à 5-6 pendant X temps et sur lesquels on ne va rien faire, alors que sur le premier dosage on a tendance à se dire qu'il y a peut-être un truc, et donc il faut bien expliquer au gens cette notion de cinétique »

Moi : « Oui, parce que ce dosage n'est pas très sensible et spécifique ? »

Réponse : « Exactement »

Question 5 :

Réponse : « Oui, oui, il y a des gens qui demandent des explications, et on va pouvoir discuter, il y a des gens qui ont perdu des proches d'un cancer de la prostate, et la discussion est impossible, enfin la décision finale sera de réaliser les PSA, ils n'en démordront pas, alors en fonction des patients… c'est dans ce sens là, ou ce sont eux qui décident ».

Question 6 :

Réponse : « Oui, ce sont les discussions que l'on a entre confrères, les recommandations HAS ou autres lectures, qui font que régulièrement on se dit, merde, tu ne fais pas ce qu'il faut, et en fait, si peut-être que oui, ce sont des choses qui nous font dire régulièrement il faut peut-être que j'y retourne, que je modifie ma façon de voir les choses ».

SERMENT D’HIPPOCRATE

Au moment d’être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferais tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j’y manque.